

## Recaída em alcoólicos: causas e consequências

### Fernando Pereira

Instituto Politécnico de Bragança; Centro de Investigação de Montanha; Centro de Investigação e Intervenção Educativa; Associação Reaprender a Viver

### Solange Gonçalves

Associação Reaprender a Viver

**Palavras-chave: alcoolismo, modelo explicativo do alcoolismo, modelo de recaída.**

Esta comunicação surge na continuidade da comunicação apresentada ao II Congresso de Saúde, Cultura e Sociedade realizado em 2006. Nessa altura, através da experiência da Associação Reaprender a Viver (ARV), discutimos as causas e consequências do co-alcoolismo nos hábitos de consumo alcoólico. Propusemos um modelo explicativo do alcoolismo, no contexto da realidade Transmontana, no qual eram factores responsáveis o contexto sócio-cultural e económico, a prática de outras dependências, uma autonomização mal conseguida e a ausência de uma resposta preventiva e terapêutica eficaz.

Na presente comunicação discutiremos as causas e consequências da recaída após tratamento. A partir da experiência de um ano de trabalho com alcoólicos da ARV, no qual tentamos levar em consideração o modelo explicativo então apresentado, e enquadrado conceptualmente pelo modelo de recaída proposto por Marlatt & Gordon (1985), apresentaremos um caso de estudo que, por um lado, revela a complexidade do modelo explicativo do alcoolismo e, por outro lado, escapa ao modelo de recaída proposto.

## 1. INTRODUÇÃO

Esta comunicação surge na continuidade da comunicação apresentada ao II Congresso de Saúde, Cultura e Sociedade realizado em 2006. Nessa altura, através da experiência da Associação Reaprender a Viver (ARV), discutimos as causas e consequências do co-alcoolismo nos hábitos de consumo alcoólico. Propusemos um modelo explicativo do alcoolismo, no contexto da realidade Transmontana, no qual eram factores responsáveis o contexto sócio-cultural e económico, a prática de outras dependências, uma autonomização mal conseguida e a ausência de uma resposta preventiva e terapêutica eficaz.

Na presente comunicação discutiremos as causas e consequências da recaída após tratamento. A partir da experiência de um ano de trabalho com alcoólicos da ARV, no qual tentamos levar em consideração o modelo explicativo então apresentado, e enquadrado conceptualmente pelo modelo de recaída proposto por Marlatt & Gordon (1985), apresentaremos um caso de estudo que, por um lado, revela a complexidade do modelo explicativo do alcoolismo e, por outro lado, escapa ao modelo de recaída proposto.

Recordando, sinteticamente, modelo explicativo do alcoolismo, desenvolvido a partir da experiência da ARV (Pereira *et al*, 2006), o qual se inspira nos três tipos de alcoolismo propostos por Roussaux (2002), designadamente: alcoolismo precoce, co-alcoolismo e alcoolismo desinserido. Identificamos cinco causas/consequências que, segundo a nossa experiência, explicam, em grande medida, o fenómeno do alcoolismo. Essas causas consequências são: um contexto sócio-cultural, caracterizado por níveis de conhecimento e de educação baixos e poucas competências do ponto de vista da gestão dos sentimentos e emoções; situações de carência económica, devidas a baixos salários, desemprego, encargos com a saúde, etc.; a dependência de drogas ilícitas e também do jogo, ambas, como se sabe, altamente penalizadores dos frágeis equilíbrios familiares; a autonomização dos indivíduos não se dá de forma satisfatória, registando estes

agregados familiares indivíduos que nunca se chegam a autonomizar, ou então de indivíduos autonomizados (provavelmente mal autonomizados) que “retornam” à família original no seguimento de rupturas conjugais e/ou profissionais; e, por fim a insuficiência das respostas preventivas e terapêuticas.

Dissemos, ainda, que dentro do grupo dos utentes da ARV o alcoolismo conjugado é a forma mais frequente. O alcoolismo conjugado, por um lado, concorre para o alcoolismo precoce pela via do (mau) exemplo e também pela via do consentimento e por vezes do incentivo, dos familiares adultos, ambas conducentes ao consumo de álcool na adolescência e até em idades mais precoces. Por outro lado, o alcoolismo conjugado está relacionado com o alcoolismo desinserido, pela ruptura dos compromissos familiares acima invocados. Esta ruptura é, obviamente, potenciada pelo contexto sócio-cultural e pelo efeito da não-autonomização, na medida em que este contribuiu para a tentativa, quase sempre vã, do indivíduo co-alcoólico “aguentar” o problema sozinho. No sentido inverso o alcoolismo desinserido pode dar origem a alcoolismo conjugado pela constituição de novas relações pessoais, mais ou menos, (ins)estáveis. Este caso não é tão raro quanto a razão o podia aconselhar, contando que, frequentemente, se trata de um meio social que prima pela escassez de recursos e de conhecimentos (contexto sócio-cultural e económico e também efeito da perda de autonomia). Há ainda uma outra forma de passagem, pelo menos simbólica, do alcoolismo desinserido ao conjugado, que ocorre quando o alcoólico procura o “suporte” familiar em relações de amizade ou, mais frequentemente, junto das entidades como serviços de ajuda terapêutica e social, públicos ou privados.

Assim, percebe-se como o ciclo dos três tipos de alcoolismo se fecha, e portanto, se produz e reproduz. Julgámos ser possível ao leitor, como seria a nós da nossa experiência, encontrar inúmeros casos facilmente enquadrados neste modelo explicativo, sobretudo se e quando as condições sociais e de comunidade se verificarem.

## 2. MODELO DE RECAÍDA E MARLATT & GORDON (1985)

Tratar o consumo de álcool segundo a perspectiva da doença, significa ter como objectivo a abstinência total, uma vez que não existe uma substituição aceitável para o álcool. O indivíduo dependente é alguém que adquiriu tolerância e dependência em relação à substância. Como tal, beber não é simplesmente encarado como um comportamento indesejável que deve parar, mas como tendo uma função na vida do alcoólico. Embora muitas pessoas tenham êxito no início de deixar de beber e de modificar a forma como bebem, as taxas de recaída são elevadas.

Marlatt e Gordon, 1985, desenvolveram um modelo de prevenção de recaída na dependência, que analisava em especial os processos envolvidos nas tentativas de deixar de beber, com ou sem êxito (Ogden, 2004).

Este modelo é baseado na disfunção dos comportamentos de dependência, em que: estes comportamentos são aprendidos, e como tal, podem ser desaprendidos; os comportamentos de dependência não são comportamentos de “tudo ou nada”, existindo num continuum; lapsos na abstinência são prováveis e aceitáveis; acreditar no ditado “uma bebida, um bêbedo” é uma profecia que se auto-realiza.

É necessário distinguir um lapso, como sendo um deslize (e.g. dois copos de bebida) e a recaída, considerado o regresso ao comportamento anterior (e.g. embebedar-se). Se o indivíduo tem como fim a abstinência total, então a abstinência será considerada o comportamento-alvo, indicando que esse é o estado de controlo comportamental.

Durante o estado de abstinência o indivíduo vai passar por situações de alto risco (qualquer situação que possa motivar o indivíduo a ter um determinado comportamento). As situações de risco podem ser desencadeadas por indícios externos (e.g. estar num local onde há bebidas alcoólicas), ou por indícios internos (e.g. a ansiedade, emoções negativas, conflitos interpessoais e a pressão social).

Uma vez exposto a uma situação de risco, o indivíduo vai utilizar as suas estratégias de *coping* (e.g. o evitamento da situação de risco; o comportamento de substituição –

comer), sendo estas estratégias comportamentais, ou utilizar estratégias cognitivas como lembrar-se da razão que o levou á abstinência.

Segundo estes autores, se o indivíduo usar mecanismos de *coping* e desenvolver expectativas de obtenção de resultados negativos (e.g. embebedar-me fará com que me sinta mal) quando exposto a uma situação de elevado risco, a probabilidade de um lapso será menor e a sua auto-eficácia aumentará. Mas, se pelo contrário, o indivíduo usar estratégias de *coping* pouco suficientes ou insatisfatórias e tiver expectativas de resultados positivos (e.g. beber ao fim de semana não me fará mal), a probabilidade de ocorrência de um lapso será elevada e a sua auto-eficácia reduzida.

A transição do lapso inicial para a recaída é determinada pelo conflito dissonante – conflito entre a auto-imagem do indivíduo que já não bebe e o comportamento real (beber). A partir do momento que houve um lapso, o indivíduo vai ser motivado a perceber a sua causa. Se o indivíduo atribuir a causa ao próprio (e.g. a culpa é minha), poderá fazer uma atribuição interna, criar a culpabilização, podendo diminuir a auto-eficácia e aumentar a possibilidade de o lapso passar a recaída. Por outro lado se o lapso for atribuído ao meio externo (e.g. a presença de outras pessoas), a culpabilização diminuirá e aumentará a possibilidade de o lapso não passar a recaída (Ogden, 2004).

### 3. ESTUDO DE CASO

Neste ponto tentaremos ilustrar através da análise de um caso real, codificado de “A”, a resistência versus aderência desse indivíduo aos modelos anteriormente propostos.

A seguir ao tratamento de desintoxicação de álcool, o indivíduo “A” esteve aproximadamente três meses em abstinência total de álcool. Durante esse tempo os comportamentos de dependência aprendidos foram sendo desaprendidos. Neste fase, “A” teve acompanhamento psicológico, social e médico constante. “A” é um indivíduo com competências intelectuais, cognitivas e sociais relativamente elevadas para o grupo social que integra. Nomeadamente, apresenta uma elevada capacidade de reflexão, traduzida na forma oral e escrita, sobre o seu percurso de vida e sobre as suas vivências

de alcoólico (facto amplamente pela eloquência e reflexividade do diário que “A” manteve durante a fase pós-tratamento).

Durante o seu estado de abstinência, “A” passou por situações de alto risco (identificadas e inscritas no diário) e sempre acompanhadas e discutidas pelos técnicos da ARV que faziam o acompanhamento. Os indícios externos dessa situação de risco, entre outros foram: continuou a frequentar os mesmos locais, os mesmos cafés, o mesmo ambiente; abandonou a instituição de acolhimento para viver sozinho sem condições mínimas. Como indícios internos, evidenciou: extrema ansiedade (necessidade consciente de “queimar” do processo de reintegração, como a ânsia de arranjar dinheiro para tabaco e outros bens materiais), as emoções negativas (lamentos recorrentes apropriados pelo próprio como inúteis), os conflitos interpessoais e a pressão social (que estão na base do abandono da instituição), dificuldade em gerir e seguir o aconselhamento de que era alvo.

“A” teve então lapsos na sua abstinência (é necessário considerar que um lapso é um deslize e não uma recaída), lapsos anunciados pelo próprio (nos seus escritos) e lapsos esses que conduziram a situação de recaída, também ela anunciada, recaída essa para uma situação de degradação pessoal muito mais extrema que a anterior ao tratamento. O extraordinário da situação é que “A”, exposto a uma situação de alto risco, usou as suas estratégias de *coping* (evitamento à situação, ou um comportamento de substituição), ou as estratégias cognitivas (lembrar-se da razão que o levou à abstinência).

#### 4. NOTAS CONCLUSIVAS

O que se passou com “A” a partir da situação de risco? De acordo com o modelo de Marlatt e Gordon (1985), “A” revelou estratégias de *coping* pouco satisfatórias, ou mesmo insatisfatórias, atribuindo o “erro” ou lapso ao próprio (e.g. “sou fraco, não consigo ultrapassar o sofrimento da abstinência”, nas palavras do próprio), tendo assim expectativas de resultado positivas (e.g. “o álcool ajuda-me a pensar melhor”, ainda segundo o próprio), o que determinou uma probabilidade de ocorrência de lapso

elevada, com reduzida auto-eficácia, levando-o à recaída. Ainda segundo este modelo, “A” para fazer uma desintoxicação e manter-se abstinente total, não recaindo de novo, terá que alterar as suas estratégias comportamentais e de *coping*, ou seja, alterar os indícios internos (aprender a lidar com as suas emoções, ansiedade, conflitos interpessoais e pressão social) e os indícios externos (os locais que frequenta, cafés, o seu trabalho “pedir pelas ruas”, etc.).

O caso de “A” levanta ainda outras questões que o modelo de recaída apresentado não explica totalmente. Questões essas que podem ser enquadradas pelo modelo explicativo do alcoolismo acima referido. Mais, o caso “A” permite, ao mesmo tempo, definir melhor os contornos desse modelo, corporizando assim um exemplo de análise da praxis pela teoria e posterior revisão da mesma, na linha do pensamento praxeológico de Bourdieu (1989) e também da perspectiva interaccionista (Blumer, 1982: 16-44).

Aquando da discussão do modelo identificamos o co-alcoolismo como um elemento altamente presente e determinante dos comportamentos alcoólicos dos utentes da ARV. A análise ao percurso de vida de “A”, bem como, o seu desconsertante comportamento actual, particularmente a forma distanciada e reflexiva com que verbaliza e escreve a sua condição de alcoólico, sugere a hipótese (que merece aqui ser debatida, e merece estudo psicológico posterior) de “A” dos indícios internos e externos estarem profundamente inscritos na sua personalidade. Esta inscrição é ao ponto do indivíduo poder, como de facto pode, aprender e utilizar (temporariamente, ou quando lhe apetece) as estratégias de *coping* referidas e depois, conscientemente, obrigado ou não pelas circunstâncias, mas sempre conscientemente (produz um discurso organizado sobre a intenção e sobre a acção) a cair no lapso e posteriormente na recaída. O impressionante é que todo este processo de ter a noção prévia da iminência do lapso e igualmente da certeza que esse lapso o levará à recaída é, amplamente assumido, por vezes desejado, e abundantemente verbalizado na forma oral e escrita.

Levantam-se uma série de questões que julgamos merecer o debate. São elas, entre outras:

O co-alcoolismo (“A” é co-alcoólico, uma vez que desde sempre conviveu com o problema de alcoolismo do pai) pode em dadas circunstâncias tornar-se um factor de socialização, e bem assim, um elemento fundador da personalidade dos co-alcoólicos? Se estamos certos como podemos (nós sociedade) atalhar o co-alcoolismo de forma mais eficaz, mitigando as suas enormes consequências?

Ainda a propósito do modelo explicativo do alcoolismo, fizemos notar a insuficiência dos recurso de acompanhamento e terapéuticos (o que continuamos a atestar), todavia o caso de “A” não pode ser explicado por esta via, pois, bem ou mal decidido, justo ou injusto, “A” teve todas as oportunidades (por parte dos serviços públicos e das IPSS envolvidas) de que carecia em termos de acompanhamento médico, psicológico e social, teve inclusivé uma rede informal de solidariedade que o apoiou. O que faltou então?

Finalmente, o que fazer com “A”? Como evitar que, nós sociedade, tenhamos de pagar, literalmente pagar, as solicitações diárias do 112 e subseqüentes internamentos nos serviços hospitalares? Como evitar que “A” se degrade um pouco todos os dias do ano, anos a fio?

*“Também não me vou lamentar, já chega. Só quero fazer entender (aquilo que eu já sabia) as pessoas, que estou completamente abandonado. Eu explico, estive todo o fim de semana com o telemóvel ligado, ninguém me ligou; nem que fosse para perguntar se estava bêbado”.*

#### 4. BIBLIOGRAFIA

Bourdieu, Pierre (1989). O poder Simbólico. Coleção Memória e Sociedade. Divel, Difusão Editorial, S.A. – 4ª Edição. (Tradução de Fernando Tomaz).

Blumer, Herbert, (1982), El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método, Colección Psicología Social y Sociología, Hora, S.A. Barcelona.

Ogden, Jane (2004). Psicologia da Saúde. 2ª Edição, Climepsi Editores: Lisboa

Roussaux, Jean-Paul, (2002), “Dimensões Sociofamiliares dos Alcoolismos”, in *O Alcoólico em Família*, Jean-Paul Roussaux, Blandine Faoro-Kreit, Denis-Hers, Climepsi-Editores.