

Saúde, Cultura e Sociedade

(Actas do III Congresso Internacional)

Bragança, 28 e 29 de Setembro de 2007

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 terapêuticos (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 subsequentes 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. Difel, 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.