

DE BACO A FARRAPO... AS EXPECTATIVAS E O CONSUMO DE ÁLCOOL

Estela Alexandra Neves Landeiro

Psicóloga Clínica. Mestre em Psicoterapia e Psicologia da Saúde.
Unidade de Tratamento de Alcoologia – Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E (Portugal)

Contacto da autora:
estelalandeiro@hotmail.com

RESUMO

Actualmente, o abuso de bebidas alcoólicas constitui um problema de saúde pública, quer física, quer mental, sendo este problema exacerbado nos países produtores de álcool como é o caso de Portugal. Os seus efeitos nefastos são muitas vezes camuflados devido à permissividade do consumo e as crenças sociais e culturais a que o indivíduo é sujeito, o que faz com que se crie uma certa predisposição para não reconhecer o alcoolismo como uma problemática, sendo muitas vezes envolvido numa atmosfera de aceitação. Neste contexto, as expectativas prendem-se com as consequências/crenças positivas antecipadas resultantes da eventual ingestão de álcool. As expectativas operam como variáveis mediadoras, que possibilitam o estabelecimento da relação entre as influências sentidas e a decisão de beber. Assim, a ingestão de bebidas alcoólicas poderá funcionar como reforçadora de determinadas expectativas, que por sua vez, terão também um papel preponderante em futuras decisões de comportamentos alcoólicos.

Palavras-chave: Alcoolismo, modelos explicativos, repercussões do consumo, avaliação, expectativas, tratamento e prevenção da recaída

O ALCOOLISMO

A origem e descoberta do álcool leva-nos a tempos e lugares remotos, obriga-nos a uma passagem por civilizações gregas, romanas, hindus, egípcias, entre outras. É um facto que o álcool acompanha o Homem desde a antiguidade, o que se encontra patente em algo tão simples como a adoração dos Deuses do Olimpo Baco e Dionísio, famosos pelo abuso de álcool durante as orgias que realizavam. O facto do vinho e da cerveja terem sido descobertos na antiga Babilónia, indica segundo Brannon e Feist (2001), que a produção de bebidas alcoólicas, não requer a existência de tecnologia sofisticada. O próprio processo de destilação (bebidas provenientes da destilação de outras bebidas, obtendo maior graduação alcoólica do que a bebida que lhe deu origem), remonta à China antiga ou ao século XVIII, em Inglaterra onde se verificou um proliferar de destilarias, que estimulou o aumento do comércio de bebidas fermentadas. Verificou-se que o aumento de intoxicações por licores destilados ocorria essencialmente entre as classes socio-económicas mais baixas e os hábitos de bebida estendiam-se a homens, mulheres e crianças, sendo uma prática aceitável para todos (Harichaux e Humbert, 1978).

Desde sempre o álcool foi um hábito, muitas vezes social, quase exigido. Verifica-se que ao longo da história, o álcool aparece como uma das preferências psicótópicas mais acentuadas, porém, para muitas pessoas esta problemática não ultrapassa a sua experiência pessoal e/ou os mitos próprios do tempo e da cultura em que se insere (Shaw, Cartwright, Spratley e Harwin, 1978).

Para a permissividade deste consumo, os seus efeitos nefastos foram muitas vezes camuflados com o manto dos mitos, tais como: o álcool dá força, faz bem ao coração, alimenta, etc. Devido a crenças sociais e culturais a que o indivíduo é sujeito, faz com que se crie uma certa predisposição para não reconhecer o alcoolismo como uma problemática, sendo muitas vezes envolvido numa atmosfera de aceitação.

Surgiu, gradualmente a proliferação de sociedades apologistas da moderação do consumo de álcool (dado que era peceptionado como gerador de pobreza e responsável pela debilitação das inibições, contribuindo quer para o desabrcochar de desejos e paixões proibidas, quer para um aumento da criminalidade). Neste contexto, surgiram nos Estados Unidos da América, movimentos que visavam a proibição do consumo de álcool, objectivo que devido à sua impopularidade foi posteriormente anulado.

Segundo Pinto e Melo (1993), no século XIX, passou-se a relacionar o álcool com a doença. Nomeadamente, com os trabalhos de Thomas Sutton relativos ao *delirium tremens* e sobre o alcoolism crónico de Magnus Huss.

Nos anos 80, foi postulado, com carácter científico, que o consumo de álcool, quando feito de forma moderada, poderia contribuir para um eventual aumento das resistências face às doenças cardiovasculares, mas contudo, estudos realizados neste sentido não descuravam a existência de factores negativos quando o consumo era excessivo (Brannon e Feist, 2001).

Hoje em dia, é importante reconhecer que em grande parte dos países industrializados, o abuso de álcool aparece como um grave problema de saúde, com consequências aos mais diversos níveis.

Critérios de Diagnóstico

Segundo a American Psychiatric Association (2002), o álcool aparece associado a um avultado móbil de morbilidade e letalidade, sendo importante focar as perturbações relacionadas com o seu consumo (dependência do álcool/abuso do álcool), sem descurar, a referência a outras perturbações induzidas pelo mesmo agente, tais como:

Intoxicação pelo álcool	Delirium de intoxicação pelo álcool	Demência persistente induzida pelo álcool	Perturbação psicótica induzida pelo álcool, com ideias delirantes	Perturbação do humor induzida pelo álcool	Disfunção sexual induzida pelo álcool	Perturbação relacionada com o álcool sem outra especificação
Abstinência do álcool	Delirium de abstinência pelo álcool	Perturbação mnésica persistente induzida pelo álcool	Perturbação psicótica induzida pelo álcool, com alucinações	Perturbação da ansiedade induzida pelo álcool	Perturbação do sono induzida pelo álcool	

De seguida serão expostos os critérios de diagnóstico para as principais perturbações:

a) Critérios de diagnóstico para Abuso de Álcool:

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p.e. ausências repetidas, fraco desempenho profissional, suspensões ou expulsões escolares, negligência das crianças ou deveres domésticos);

2. Utilização recorrente da substância em situações em que tal se torne fisicamente perigoso (p.e. condução, trabalho com máquinas);
3. Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (p.e. prisão, comportamentos desordeiros);
4. Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (p.e. discussões com conjugue, agressividade física ou verbal).

b) Critérios de diagnóstico para Abstinência do Álcool:

- Interrupção (ou redução) da utilização maciça e prolongada de álcool
- Dois ou mais dos seguintes critérios, que se desenvolvam entre várias horas ou poucos dias após o critério anterior:

1. hiperactividade autonómica (p.e. diaforese ou pulsação superior a 100);
2. tremor dos membros superiores (mãos) acentuado;
3. insónia;
4. náuseas ou vómitos;
5. alucinações ou ilusões visuais, tácteis ou auditivas transitórias;
6. agitação psicomotora;
7. ansiedade
8. convulsões do tipo grande-mal.

Estes sintomas causam sofrimento ou défices clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes e não são devidos a um estado físico geral ou outra perturbação mental.

c) Critérios de diagnóstico de Dependência do Álcool

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por 3 ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer ocasião, no período de 12 meses:

1. Tolerância definida por qualquer um dos seguintes critérios:
 - a) necessidade de quantidades crescentes de substâncias para atingir a intoxicação ou efeito desejado;

b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.

2. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes critérios:

a) síndrome de abstinência característica da substância (SPA)

b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

3. A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4. Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5. É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos.

6. É abandonada ou diminuída a participação em actividades importantes sociais, ocupacionais ou recreativas, devido à utilização da substância.

7. A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

d) Critérios de diagnóstico para Intoxicação por Álcool

- Ingestão recente do álcool

- Alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas, clinicamente significativas (p.e comportamento agressivo ou sexual desadaptativo, labilidade de humor, perturbação do discernimento), que se desenvolve durante ou pouco depois da ingestão de álcool.

- Um ou mais dos seguintes sinais, durante ou pouco depois do consumo de álcool:

1. discurso empastado

2. descoordenação

3. marcha instável

4. nistagmo

5. défice na atenção ou memória

6. estupor ou coma

Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou a qualquer outra perturbação mental.

e) Diagnóstico Diferencial

De acordo com o DSM IV, as perturbações induzidas pelo álcool, podem caracterizar-se por variada sintomatologia, nomeadamente ao nível do humor, que podem ser confundidas com perturbações mentais primárias (p.e. perturbação depressiva major, perturbação de humor induzida pelo álcool, com características depressivas, com início durante a intoxicação).

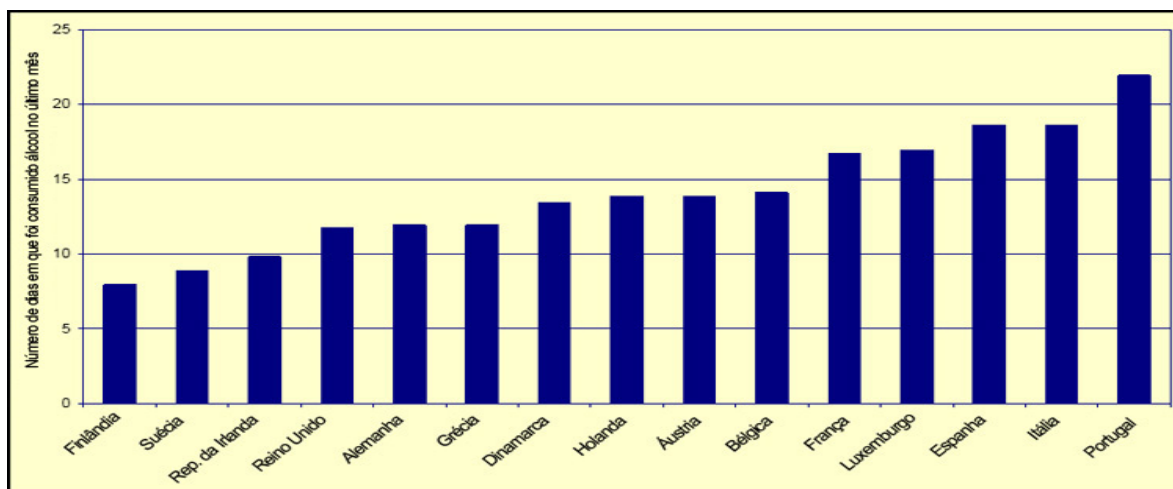
A intoxicação pelo álcool poderá evidenciar alguns sintomas similares a certos estados físicos gerais (p.e hipoglicemia, ataxia cerebral ou outras disfunções neurológicas), sendo pertinente realçar que o tremor essencial (muitas vezes característico na família) pode lembrar o tremor relacionado com a abstinência do álcool.

Aquando da ocorrência de intoxicação, é pertinente a consideração de um diagnóstico de dependência ou abuso do álcool, que por sua vez se diferenciam de outras perturbações induzidas pelo álcool (p.e. perturbação da ansiedade induzida pelo álcool) dado que os sintomas desta última excedem os normalmente relacionados com intoxicação e abstinência do álcool.

EPIDEMIOLOGIA

Portugal é um dos países com maior consumo de álcool per capita, a par dos países europeus, que são os maiores consumidores mundiais.

Reportando-nos aos países da União Europeia, o consumo tende a ser mais frequente nos países produtores de vinho, do que nos que apenas o consomem. Portugal é um bom exemplo, tal como os países do sul da Europa (Espanha, Itália), em que as pessoas tendem a consumir diariamente. No norte da Europa, tende-se a consumir ocasionalmente, por exemplo, aos fins-de-semana, embora, dessas vezes, o possam fazer em maiores quantidades.



Em Portugal, de acordo com Mello, Barrias e Breda (2001), aproximadamente 10% da população evidencia graves incapacidades ligadas ao álcool, sabendo-se que cerca de 15 a 25% dos indivíduos se abstêm ou consomem álcool apenas esporadicamente. Aproximadamente 60% da população adulta, defronta-se com o facto de pertencer ao grupo dos bebedores regulares de álcool (sendo que é dentro destes 60% que se encontram os bebedores excessivos).

ETIOLOGIA

Para Kaplan e Sadock (1998), a dependência do álcool incorpora-se a nível familiar, sendo que os descendentes exibem um risco elevado para o desenvolvimento de abuso de álcool, independentemente se serem ou não educados pelos progenitores biológicos. Os mesmos autores sublinham o facto de existirem diferenças étnicas e culturais no que se prende com a sensibilidade ao álcool e consequentemente aos efeitos que daí advêm. Porém, enfatiza-se que as principais causas do alcoolismo prendem-se com factores sociais, psicológicos e genéticos.

MODELOS EXPLICATIVOS

O alcoolismo compreende em si vários modelos explicativos, sendo pertinente para a sua compreensão, uma breve explanação de alguns deles.

1. Modelo Espiritual

Para Marlatt et al., (1988), este modelo desresponsabiliza o sujeito alcoólico, no que se refere ao tratamento do seu problema, defendendo que o indivíduo se encontra desprovido de qualquer capacidade de auto-regulação necessária, sendo imperativo o recurso a algo superior para conseguir ultrapassar a problemática em causa.

2. Modelo Médico

Para este modelo, o alcoolismo é perspectivado como uma problemática que resulta de toda uma junção de factores biológicos, fisiológicos e genéticos/hereditários. Com o objectivo de averiguar a contribuição destes factores, foram realizados estudos, onde se concluí que existe uma mais estreita concordância do consumo de álcool entre gémeos monozigóticos, do que entre gémeos dizigóticos, o que poderá indicar a presença de uma componente genética no abuso do álcool.

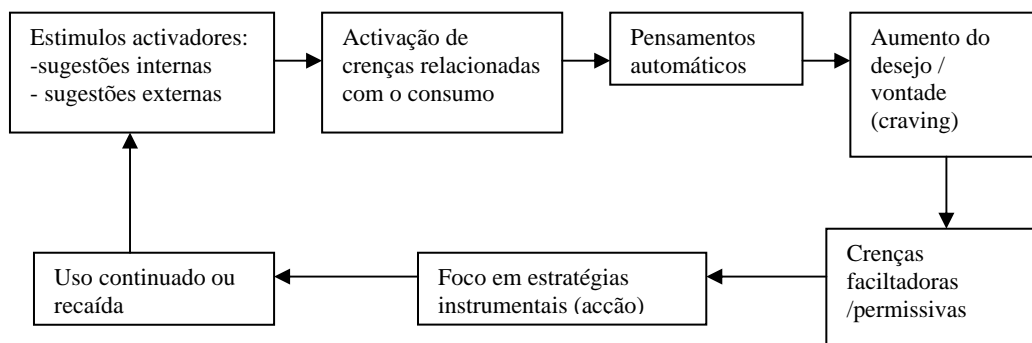
Marlatt e Gordon (1985), enfatizam o papel dos conceitos de tolerância, privação e dependência, na explicação do comportamento do indivíduo alcoólico, admitindo que o comportamento aditivo ocorre porque se apresenta inerente uma dependência física, que poderá ser despoletada com a ingestão de apenas um copo de bebida alcoólica, sendo por isso imperativo a manutenção da abstinência.

3. Modelo Biopsicossocial

Esta abordagem surge nos anos 70, integrando todo um conjunto de factores, tais como: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Para este modelo. O alcoolismo enquanto comportamento aditivo aparece devido a uma multiplicidade de determinantes etiológicos (Marlatt et al., 1988).

4. Modelo Cognitivo de Beck

Podemos esquematizar este modelo dos comportamentos aditivos da seguinte forma:



Fonte: Beck, Wright e Liese, 1993:47

Assim, de acordo com as linhas orientadoras deste modelo, o sujeito face a uma situação activadora, desenvolve crenças antecipatórias relacionadas com o consumo (p.e. “*vou sentir-me mais divertido*”), que conduzirão ao aumento do craving. A capacidade do sujeito se controlar é abalada pela existência de crenças permissivas (p.e. “*é só um copo*”), o que o leva a uma ambivalência entre a necessidade de se controlar e os impulsos que sente para ingerir álcool. Tal pode culminar na capacidade do sujeito se auto-controlar ou, por outro lado, de sofrer uma recaída.

5. Modelo de Aprendizagem Social

Este modelo concebe a ingestão de álcool como um comportamento aprendido que ocorre por 3 razões: o prazer dos efeitos imediatos que o álcool provoca (reforço positivo); o facto de o indivíduo perspectivar o consumo de acordo com as suas normas pessoais (mediação cognitiva) e como resultado de observação desse comportamento em terceiros (modelagem).

Explica o consumo exagerado de álcool da seguinte forma: o consumo funciona como estratégia de coping; o álcool ingerido é ajustado às quantidades consumidas por terceiros e o consumo baseia-se nos princípios do reforço positivo (Brannon e Feist, 2001).

6. Modelo Cognitivo-Comportamental

Para este modelo o consumo de álcool é visto como um padrão socialmente aprendido, enaltecendo os aspectos referentes ao condicionamento clássico e operante, bem como ao modelamento e factores cognitivos. Estes possibilitam que as expectativas face aos efeitos do álcool, bem como estímulos antecedentes e consequências, influenciem a manutenção de um padrão de ingestão de álcool excessivo (Gouveia, 1991).

Torna-se ainda importante referir que este modelo reforça a interacção entre mecanismos comportamentais e genéticos, o que engloba a dificuldade do indivíduo na discriminação dos seus níveis de intoxicação.

REPERCUSSÕES DO CONSUMO DO ÁLCOOL

O alcoolismo acarreta todo um conjunto de consequências, que se manifestam não apenas no sujeito alcoólico, mas em toda a sua rede de suporte e interacção social, afectando, limitando e alienando-o na vivência da sua realidade.

Em consequência do seu consumo excessivo um alcoólico acabará por ter problemas que podem afectar as mais diversas áreas:

1. Na família e nos filhos (Moreira, 2005) – A relação existente com a esposa(o) começa por deteriorar-se, levando à degradação da vida familiar, que se poderá reflectir em discussões constantes (muitas vezes por motivos financeiros) que por sua vez conduzirão a um comportamento de agressividade e consequentemente afastamento do casal, que poderá inclusive levar a relação à ruptura. O alcoolismo aparece assim como fonte de instabilidade e insegurança, despolentando um ambiente de tensão e conflito (Santos, 2005). Para Harichaux e Humbert (1978), 75% dos delinquentes têm ascendência alcoólica e 25% dos divórcios têm como causa subjacente o alcoolismo, sendo que, ainda de acordo com os autores, o incesto aparece como um acto quase sempre praticado por alcoólicos.

Por outro lado, a nível da descendência, segundo Malignac (1978), verifica-se um aumento no número de abortos, nascimentos prematuros ou até mesmo nado-mortos. Segundo Moreira (2005), refere que existe uma relação entre o alcoolismo parental e psicopatologia na descendência, nomeadamente no que se prende com problemas de comportamento, hiperactividade, consumo e abuso de substâncias aditivas, dificuldades de interação social, delinquência, abstémismo escolar, problemas somáticos e sintomatologia ansiosa e depressiva.

Para Santos (2005), é corrente que os descendentes se tornem também alcoólicos.

2. A nível laboral, torna-se muitas vezes notória a perda do rendimento e de capacidades e aptidões (Santos, 2005), resultando por vezes em absentismo, desemprego, sinistralidade e reforma antecipada (Moreira, 2005). De acordo com Mello, Barrias e Breda (2001), é bastante evidente a perda de aptidão para o desempenho adequado por parte do trabalhador, uma vez que o álcool interfere nas suas áreas de performance (atitudes, percepção, motricidade, raciocínio, imaginação e criatividade), sendo afectadas diversas funções (atenção, vigilância, capacidade recolher, tratar, fixar e evocar informações, falta de crítica e gosto por correr riscos).

Neste contexto há todo um conjunto de evidências do consumo do álcool: atraso do tempo de reacção simples a estímulos, diminuição da velocidade de percepção, perturbação na acuidade visual, da acomodação, do equilíbrio, entre outras.

Para Terza (2002), do abuso de álcool advêm consequências laborais que se manifestam ao nível da falta de oferta de trabalho, performance e salário. Existem, também, características no local de trabalho que representam factores de risco para o desenvolvimento de problemas ligados ao álcool (Greenbeg e Grunberg, 1995).

3. Na comunidade em que se encontra inserido, já que de acordo com Moreira (2005), tal reflecte-se na sinistralidade rodoviária, na perturbação da ordem pública, na violência e criminalidade, nos índices de desemprego bem como na degradação do nível de vida e do bem-estar da comunidade, sendo que a componente relacional/inter-pessoal do sujeito é gravemente afectada (Santos, 2005).

Num estudo realizado em Portugal, citado por Mello et al. (2001), verificou-se que da população que se encontrava em estabelecimentos prisionais, 40% estava relacionada de forma directa ou indirecta com o consumo de álcool (destes 44% por homicídio, 27% por furto, 5% por fogo posto e 1,5% por violação),

4. Na própria saúde (Moreira, 2005), sendo as altas taxas de mortalidade causada por cirrose hepática e doenças crónicas. De acordo com Harichaux e Humbert (1978), são várias as afecções passíveis de se desenvolverem devido à acção do álcool no organismo: gastrites agudas ou crónicas, cirrose, problemas de visão, polinevrite (paralésia incompleta dos membros inferiores), delirium tremens, ou outras complicações do sistema nervoso, tais como síndrome de Korsakov, delírio de ciúme e demência alcoólica, perturbações cardíacas, hormonais, psíquicas, ou outras doenças que aparecem em relação com o alcoolismo: cancro (fígado, estômago,

esófago ou laringe), tuberculose, pneumonia e epilepsia. Segundo Santos (2005), será ainda de salientar o envelhecimento precoce.

ASPECTOS RELEVANTES NA AVALIAÇÃO/INTERVENÇÃO

A avaliação deve ter em conta as diferentes áreas problemáticas, sendo pertinente recolher informação em diversas fontes (familiares, amigos ou outros significativos), bem como o recurso a toda uma diversidade de métodos e instrumentos.

Assim, o diagnóstico é relevante quer para a operacionalização do problema, quer para o estabelecimento de objectivos terapêuticos apropriados à especificidade de cada situação.

Para Sobell, Toneatto e Sobell (1990), no caso de um bebedor excessivo com mais níveis de dependência e poucas consequências a nível psicológico poder-se-à delimitar uma abordagem com o objectivo de ingestão controlada de álcool. Há todo um conjunto de aspectos a ter em conta na avaliação em alcoologia, tais como: a existência de uma tendência de negação por parte do alcoólico da sua problemática; a necessidade de interpretar de forma cautelosa a informação transmitida pelo sujeito, tentando averiguar a sua veracidade sempre que possível; a eventual existência de outras patologias associadas ou induzidas pelo consumo (que podem intervir numa resposta de menor eficácia ao tratamento, bem como numa probabilidade de recaída mais elevada); o facto de poder haver uma história passada e/ou presente de abuso de outras substâncias; a necessidade de avaliar as consequências do comportamento aditivo exibido, os hábitos de consumo e os efeitos do consumo recorrendo a outros significativos.

EXPECTATIVAS DOS EFEITOS DO ÁLCOOL

O Papel das Expectativas

As expectativas prendem-se com as consequências antecipadas resultantes da eventual ingestão de álcool. As cognições sobre a ingestão de álcool, tais como expectativas positivas e a auto-eficácia, influenciam profundamente o comportamento de ingestão de álcool (Blume, Lostutter, Schamaling e Marlatt, 2003).

Ao longo do nosso desenvolvimento estamos sujeitos a um conjunto de influências, para Gouveia (1996), a informação relativa aos efeitos do álcool é armazenada sob a forma de expectativa face aos efeitos do mesmo, sendo que, posteriormente, quando o sujeito se encontra perante a ambivalência de ingerir ou não álcool, essas expectativas (anteriormente adquiridas), influenciarão a tomada de decisão.

As expectativas operam como variáveis mediadoras, que possibilitam o estabelecimento da relação entre as influências sentidas e a decisão de beber. Assim, a ingestão de bebidas alcoólicas poderá funcionar como reforçadora de determinadas expectativas, que por sua vez, terão também um papel preponderante em futuras decisões de comportamentos alcoólicos ou não.

Desta feita é importante ter em atenção o papel que as expectativas relativas aos efeitos do álcool, desempenham na mediação, ingestão e comportamento do sujeito que se encontra sob o efeito do álcool. De sublinhar que se constatou que alguns efeitos do álcool apenas se evidenciam quando o indivíduo pensa que o está a consumir (Gouveia, Ramalheira, Robalo, Borges e Almeida, 1993).

Tipos de Expecativas

Um dos instrumentos mais utilizados na investigação do efeito das expectativas é o *Alcohol Expectancy Questionnaire* (AEQ), segundo Gouveia (1996), as expectativas agrupam-se nos seguintes domínios: efeitos globais positivos; activação e experiência sexual; prazer físico e social; auto-afirmação social; relaxamento e diminuição da tensão e sentimentos de activação e agressão.

Estudos realizados (em adolescentes), no sentido de examinar a relação presente em 3 tipos de expectativas sobre o álcool (auto-afirmação social, diminuição da tensão e activação e experiência sexual) face a 3 contextos de ingestão de bebida, concluíram que as expectativas de auto afirmação social e diminuição da tensão variavam directamente com os 3 contextos de ingestão em causa. Por outro lado, as expectativas de activação e experiência sexual variavam significativamente em contextos em que a ingestão ocorria a um nível mais íntimo (O'Hare, 1998).

Relativamente a Portugal, foi contruído o Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA), neste as expecativas são agrupadas e diferenciadas em diferentes tipos, nomeadamente as que se prendem com:

- efeitos globais positivos e facilitação da interação social
- activação e prazer sexual
- efeitos positivos na actividade e humor
- escape a estados emocionais negativos
- desinibição sexual
- diminuição de sentimentos negativos de si mesmo

Assim, de acordo com Gouveia (1996), como resultado da articulação de resultados alcançados com o AEQ e o IECPA, em adultos e adolescentes, no estudo da relação padrão de bebida com os tipos de expectativas envolvidas, verificou-se a conclusão do seguinte:

	Relação suportada por resultados do AEQ e IECPA
Adultos	O padrão de bebida social frequente, mas sem problemas associados encontra-se associado a expectativas face ao álcool no sentido de ser facilitado o comportamento social.
	O padrão de bebida, com dependência associada, encontra-se interligado a expectativas no sentido de redução da tensão, de modificar percepções negativas de si mesmo e também de diminuir estados emocionais negativos.
Adolescentes	O padrão relativo a bebedores sociais, sem problemas associados, encontra-se relacionado com expectativas de facilitação do comportamento social.
	O padrão de bebida, com problemas associados, encontra-se relacionado com expectativas do álcool no sentido de melhorar o funcionamento cognitivo e motor.

Padrão de bebida e tipos/domínios de expectativas (Gouveia, 1996: 18)

Os dados apresentados sugerem um aumento das expectativas positivas acerca do efeito do álcool, consoante o consumo se acentua, bem como o facto de diferentes tipos de expectativas se encontrarem relacionadas com diferentes consumos.

Expectativas Positivas *Versus* Expectativas Negativas

Para Gouveia (1996), os modelos referentes às expectativas para o alcoolismo diferenciam as expectativas de efeitos positivos no consumo de álcool das expectativas de efeitos negativos a nível conceptual (devido a razões experimentais e teóricas, tendo-se verificado um maior valor predictivo das expectativas positivas no consumo de álcool) e experimental.

Christiansen e Goldman (1983), postularam que o poder predictivo das expectativas negativas é fraco, chegando por vezes a ser nulo. Numa perspectiva comportamentalista, onde o reforço imediato assume um papel fulcral (em detrimento de um reforço mais espaçado no tempo), aceitando-se que as consequências positivas do consumo são mais imediatas, do que as negativas (devido ao carácter bifásico dos efeitos do álcool), as primeiras seriam uma fonte de

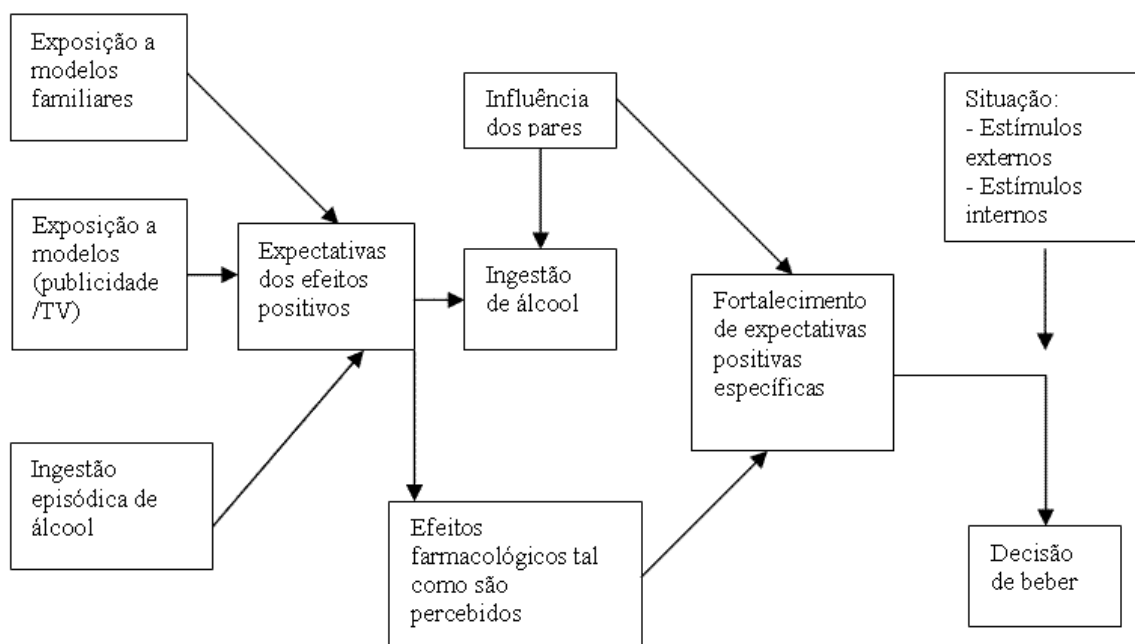
inflência mais acentuada do que as segundas devido às diferenças a nível temporal que separam ambas.

Numa abordagem cognitiva, para Tulving, 1993 citado por Gouveia (1996), os efeitos imediatos da ingestão, são percebidos como consequências positivas com o princípio de especificidade de codificação na memória. Neste seguimento, determinado contexto aparece como facilitador da recuperação de memórias que foram codificadas nesse mesmo contexto. Assim, as consequências positivas seriam codificadas na fase inicial de ingestão, o que faria com que fossem mais facilmente recuperadas numa fase inicial, isto é, quando o indivíduo delibera sobre a decisão de ingerir ou não bebidas alcoólicas (conferindo-lhe desta forma, um valor preditivo na ingestão de álcool).

Num trabalho de Wiers, Hoogveen, Sergeant e Gunning (1997), verificou-se que elevados níveis de expectativas (positivas ou negativas) aparecem como fortes preditores de consumo em adolescentes.

Expectativas Positivas em Relação aos Efeitos do Álcool

As expectativas positivas relacionam-se com o consumo de álcool, de uma forma bidireccional, o que se pode observar na explicação de Gouveia (1996):



Importância do Tratamento e Prevenção da Recaída

Segundo Gouveia et al., (1993), verificou-se que os indivíduos que ingerem maior quantidade de álcool, são também aqueles que endossam mais expectativas positivas relativamente aos efeitos do álcool.

Torna-se então importante descortinar a função das expectativas e crenças positivas acerca dos efeitos do consumo de álcool, visando a prevenção e recaída, uma vez que tal permite:

- a elaboração de programas terapêuticos mais adequados às necessidades do paciente;
- a identificação de quais as expectativas e crenças pessoais específicas patentes, sobre os efeitos da ingestão de álcool, de forma a que possam ser abordadas e modificadas durante a intervenção;
- a monitorização dos progressos obtidos com o tratamentos, sendo importante na prevenção da recaída;
- o estudo dos determinantes causais da aquisição e/ou manutenção de hábitos de bebida (disfuncionais ou não);
- a realização de prevenção primária, através da caracterização de grupos com diferentes pedrões cognitivos;
- a predição de um futuro eventual consumo.

Assim, no decorrer do tratamento, a intervenção poderia ser realizada sequencialmente, de acordo com as linhas orientadoras que se seguem:

- apresentação do racional sobre os efeitos farmacológicos e consequências de ingestão do álcool;
- apresentação do racional teórico de modelos explicativos da problemática;
- identificação das expectativas positivas do sujeito face aos comportamentos de ingestão de álcool (sendo necessário descortinar os hábitos de bebida, bem como as emoções e pensamentos que aparecem nessas situações);
- debate com o paciente acerca da congruência em relação às expectativas/consequências, averiguando se as expectativas corresponderam aos resultados obtidos com a ingestão;
- avaliação das reais consequências da ingestão de álcool;
- desenvolvimento de expectativas alternativas face às consequências já discutidas anteriormente.

Modelo de Prevenção da Recaída de Marlatt

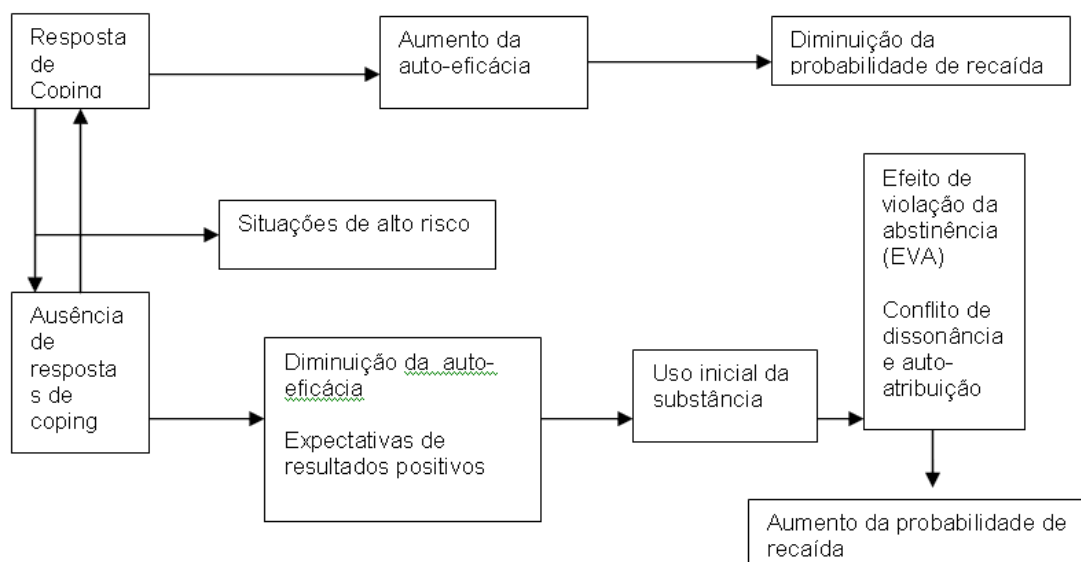
O modelo de prevenção de recaída, desenvolvido por Marlatt e Gordon (1985), aparece como uma referência no estudo dos comportamentos aditivos, prosperando numa perspectiva de aprendizagem social, com integração de factores comportamentais e cognitivos.

Esta abordagem aos comportamentos aditivos enfatiza a necessidade de avaliar aspectos, nomeadamente: determinantes dos comportamentos aditivos; antecedentes situacionais; crenças,

expectativas; história familiar; experiências prévias no uso da substância; consequências de consumo; efeitos reforçadores; reacções sociais e interpessoais que antecedem, acompanham e sucedem o consumo; factores sociais (envolvidos na aprendizagem inicial e na manutenção do uso da substância).

Vários estudos realizados (citados por Gouveia, 1991 e Marlatt e Gordon, 1985), permitiram concluir a existência de uma elevada taxa de recaída. Neste seguimento, e com o objectivo de colmatar lacunas deixadas por outras abordagens, surge o modelo de prevenção de recaída. A centralidade deste passa exactamente pela prevenção da recaída (percepcionada como uma falha na manutenção da alteração do comportamento, após o tratamento), sem descurar a explicação do desenvolvimento de comportamentos aditivos, explanando também em relação à razão das altas taxas de recaída, bem como sobre o que fazer para o evitar.

De seguida passa-se à esquematização do modelo para facilitar a compreensão de vários conceitos e aspectos relacionados com o mesmo:



Fonte: Marlatt e Gordon, 1985:39

De acordo com Marlatt e Gordon (1985), o perspectiva um sentimento de auto-controlo aquando da manutenção da abstinência. Esta percepção aumenta de forma directamente proporcional à duração do período em que o indivíduo se mantém abstinente, permanecendo até que este se defronte com uma situação de elevado risco de recaída.

Estas situações podem dizer respeito a determinantes intra e inter-pessoais (estados emocionais negativos, conflitos interpessoais e pressão social). No que respeita os conflitos interpessoais, estes apresentam-se como causa explicativa de 16% das recaídas. A pressão social, por outro lado, explica cerca de 20% das recaídas, podendo ser exercida directa ou

indirectamente, por persuasão verbal ou pela mera presença de outros indivíduos a ingerir bebidas alcoólicas. Perante uma situação potenciadora de recaída, o sujeito oscila entre a vontade de manter o controlo e o seu desejo de beber. Quando consegue produzir uma resposta de coping eficaz perante a situação de risco, a probabilidade de recair diminui, uma vez que consegue lidar de forma eficaz com a situação, o que aumenta a sua percepção de auto-controle.

No entanto, face ao domínio da situação o sujeito vê a sua expectativa aumentada no que se prende com o facto de ser capaz ou não de lidar de forma adequada com a próxima situação de potencial recaída. Contudo, quando o sujeito não lida eficazmente com a situação a sua auto-eficácia desce, diminuindo também as suas expectativas de saber lidar eficazmente com situações de risco.

Torna-se importante referir que, caso a situação de alto risco envolva stress, se o recurso à ingestão de álcool for perspectivado como uma forma eficaz de lidar com ele, a probabilidade de recaída aumenta. Se o sujeito tiver expectativas positivas acerca dos efeitos do álcool, pode ignorar e/ou minimizar as consequências negativas, bebendo para obter gratificação imediata.

De acordo com Marlatt e Gordon (1985), o efeito de violação da abstinência (EVA) varia de acordo com vários factores:

- o grau de justificação exterior;
- o esforço dispendido;
- o grau de compromisso com a manutenção da abstinência;
- a duração temporal do período de abstinência;
- a presença de outros significativos no momento em que ocorre o lapso (diferente da verdadeira recaída, sendo neste caso, possível retomar o comportamento anterior);
- a percepção do lapso inicial como uma escolha voluntária, resultante de uma actividade pré-programada;
- o valor subjectivo do comportamento para o sujeito.

No que concerne ao efeito de atribuição pessoal Marlatt e Gordon (1985), considera-se que o sujeito atribui a causa do deslize/lapso à sua fraqueza pessoal. Assim, as expectativas de fracasso aumentam na proporção do número de copos ingeridos.

Finalmente, este modelo de prevenção da recaída considera os efeitos subjectivos da ingestão do álcool como sendo outro factor implicado no processo de recaída. Tal acontece porque o álcool produz um estado inicial de excitação fisiológica (que pode ser subjectivamente interpretado como euforia, aumento de energia e poder). Quando esta situação acontece, os sentimentos de baixa eficácia na situação de alto risco, vão ser compensados reforçando fortemente o uso de álcool.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA). Fernandes J. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores

Beck, A., Wright, F., Newman, C., e Liesse, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press

Blume, A., Lostutter, T., Schmaling, K., E Marlatt, G. (2003). Beliefs about Drinking Behaviour Predict Drinking Consequences. *Journal of Psychoactive Drugs* (3): 395

Brannon, L. e Feist, J. (2001). *Psicologia de la Salud*. Madrid: Internacional Thomson Editores Spain Paraninfo.

Christensen, L. (2004). *Experimental Methodology*. (9th Ed.). Boston: The Book Company

Gouveia, J. (1996). A Importância das Expectativas Acerca dos Efeitos do Álcool nos Modelos de Tratamento e Prevenção da Recaída no Alcoolismo. *Interacções*, 4:7-24

Gouveia, P. (1991). Contribuições do Modelo Cognitivo-Comportamental para a Compreensão do Alcoolismo. *Psiquiatria Clinica*. 12 (3): 109-115

Gouveia, J., Ramalheira, C., Robalo, M., Borges e Almeida, J. (1993). Inventário de Expectativas e Crenças Acerca do Álcool. *Psiquiatria Clinica*, 14 (3):147-163

Greenberg, E. e Grunberg, L. (1995). Work Alienation and Problem Alcohol Behaviour. *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1): 20-83

Harichaux, P. e Humbert, J. (1978). *O Alcoolismo*. Coimbra: Livraria Almedina

Kaplan, H. e Sadock, B. (1998). *Manual de Psiquiatria Clinica*. Porto Alegre: Artmed

Marlatt, G., Baer, J., Donovan, D. e Kivlahan. (1988). Addictive Behaviours: Etiology and Treatment. *Psychology*. 39:22-252

Marlatt, G. e Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviour*. New York: The Guilford Press

Mello, M., Barrias, J. e Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde

Moreira, R. (2005). *Alcoolismo e Psicopatologia Nos Filhos*. Sociedade Portuguesa de Alcoologia

O'Hare, T. (1998). Alcohol Expectancies and Excessive Drinking Contexts in Young Adults. *Social Work Research*, 22 (1): 7-44

Pinto, A., E Mello, L. (1993). Alcoolismo em Portugal. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 3 (6): 75-82

Santos, A. (2005). Modelos de Terapia Familiar na Explicação do Alcoolismo. *Sociedade Portuguesa de Alcoologia*

Shaw, S., Cartwright, A., Spratley, T. e Harwin, J. (1978). *Responding to Drinking Problems*. London: Croom Helm

Sobell, L., Toneatto, A. e Sobell, M. (1990). Behaviour Therapy. In Bellack, A. e Hersen, M. (Ed.), *Handbook of Comparative Treatments for Adult Disorders*. New York: Wiley-Interscience Publication

Terza, J. (2002). Alcohol Abuse and employment: a Second Look. *Journal of Applied Econometrics*, 17(4): 393

Wiers, R., Hoogeveen, K., Sergeant, J. e Gunning, W. (1997). High and Low Dose Alcohol – Related Expectancies and the Differential Associations With Drinking in Male and Female Adolescents and Young Adults. *Addiction*, 92(7): 18-871