

5

Da “falta de força de vontade” ao empowerment na dependência de álcool

MARTA RODRIGUES, ZÉLIA ÂNGELA TATO DE MACEDO TEIXEIRA

Artigo recebido em 26/12/09; versão final aceite em 23/02/10.

RESUMO

O presente artigo descreve, ainda que de forma sucinta, alguns momentos de referência na conceptualização da dependência alcoólica a nível histórico. Centra-se particularmente no modelo moral e no modelo “doença”, para se deter numa abordagem que tem vindo a ser empiricamente validada: a abordagem motivacional, enquadrada numa perspectiva cognitivo-comportamental. Se o dependente alcoólico foi, em tempos, visto como desprovido de força para mudar a sua condição, hoje, à luz da abordagem motivacional, é imbuído de poder de escolha no que respeita ao percurso que tem pela frente. O *empowerment* do utente acaba por resultar num funcionamento em sinergia com o terapeuta.

Palavras-chave: Dependência Alcoólica; Abordagem Motivacional; *Empowerment*.

RÉSUMÉ

Cette révision bibliographique se centre dans les effets de la toxicomanie au niveau de la parentalité et de la santé mentale des enfants et des adolescents, fils de toxicomanes. Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs indiqués par la littérature comme étant associés à cette problématique seront aussi abordés. Nous finissons avec une présentation du type d'intervention qui a été mise en oeuvre pour la promotion d'une parentalité appropriée et pour la santé mentale des enfants et des adolescents.

Mots-clé: Dépendance Alcoolique; Approche Motivationnelle, *Empowerment*.

ABSTRACT

This bibliographical overview is focused on the effect of drug addiction in parenthood and the mental health of children and adolescents, whose parents are drug users. The risk factors and protective factors suggested by literature as being associated to this issue will be also be adressed. We finish with a presentation of the type of intervention that has been put in place for the promotion of both an adequate parenthood and the mental health of children and adolescents.

Key Words: Alcohol Dependence; Motivational Approach; Empowerment.

RESUMEN

El presente artículo describe, aunque de forma breve, algunos momentos de referencia en la conceptualización de la dependencia alcohólica a nivel histórico. Se fija sobre todo en el modelo moral y en el modelo “enfermedad”, para detenerse en un abordaje que ha sido empíricamente validada (tem vindo a ser empiricamente validada): el abordaje motivacional, encuadrada en una perspectiva cognitivo-comportamental. Si el dependiente alcohólico fue, en tiempos pasados, visto como alguien sin fuerza para cambiar su condición, hoy, desde la perspectiva del abordaje motivacional es imbuído de un poder de escoger en lo que respecta a su propio camino de vida. El *empowerment* del paciente resulta en un funcionamiento en sinergia con el terapeuta.

Palabras Clave: Dependencia Alcohólica; Abordaje Motivacional; *Empowerment*.

1 - INTRODUÇÃO

Não sou nada

Nunca serei nada

Não posso querer ser nada.

À parte disso, tenho em mim todos os sonhos do mundo. (...)

Estou hoje vencido, como soubesse a verdade.

Estou hoje lúcido, como se estivesse para morrer. (...)

Fiz de mim o que não soube

E o que podia fazer de mim não o fiz.

O dominó que vesti era errado.

*Conheceram-me logo por quem não era e não desmenti,
e perdi-me.*

Quando quis tirar a máscara,

Estava pegada à cara.

Quando a tirei e me vi ao espelho,

Já tinha envelhecido,

*Estava bêbado, já não sabia vestir o dominó que não tinha
tirado.*

Deitei fora a máscara e dormi no vestiário

Como um cão tolerado pela gerência

Por ser inofensivo.

E vou escrever esta história para provar que sou sublime.

Excerto de *A Tabacaria*, Álvaro de Campos, 1953

As palavras de Álvaro de Campos "Não sou nada / nunca serei nada / não posso querer ser nada" podem, em nossa opinião, ser entendidas como exemplo da impotência patente no discurso do sujeito dependente de álcool, quando interpretado à luz do modelo moral ("não tenho fibra moral para tal..."), ou do modelo "doença" ("nunca me vou poder curar deste mal..."), e serviram como ponto de partida para a apresentação de uma abordagem que, nos últimos anos, tem sido implementada com sucesso empiricamente validado no âmbito cognitivo-comportamental, por autores como Miller e Rolnick: a abordagem motivacional na dependência alcoólica.

2 - DO MODELO MORAL AO MODELO DE DOENÇA

No que diz respeito à conceptualização da dependência alcoólica, a maior parte da produção de saber neste domínio coincide com a predominância do conhecimento científico positivista, típico da modernidade. Neste enquadramento surgem diversas obras que, à luz da disponibilidade científica da época, traduzem essencial-

mente uma perspectiva moralista na apreciação desta temática e que podem ser encontradas desde o século XVI até ao tempo do movimento da temperança nos Estados Unidos (Peele, 1987, 1990, White, 2000, *cit in* Teixeira, 2004).

Mas a grande produção científica da modernidade sobre o alcoolismo associa-se à constatação de que a comunidade científica, e não só, se encontra perante uma doença, o que ocorre em meados do século XIX, para se vir a solidificar durante o século XX.

Numa perspectiva evolutiva na definição do alcoolismo, verificamos que a abordagem inicial deste tipo de problemas assumia um ponto de vista claramente moralista. Os alcoólicos não dispunham da "força de vontade" necessária para regular o consumo de álcool e os comportamentos daí derivados apareciam como a prova irrefutável da sua natureza imoral (Ellis, McInerney, DiGiuseppe & Yeager, 1988, citados por Teixeira, 2004). O adicto em geral, e o alcoólico em particular, não possuíam a "fibra moral" para resistir à tentação. As consequências desta posição, que apresenta o acto de beber em excesso como um acto pecaminoso, são o aumento da culpa e da vergonha pelo desenvolvimento do problema, não deixando antever qualquer forma de resolução do mesmo, uma vez que o que está em causa é um défice de uma característica "vital": a força de vontade (Teixeira, 2004). Todavia, no evoluir do percurso que a noção de alcoolismo assumiu nos últimos dois séculos, o modelo que perspectiva este problema como "doença" é sem dúvida o mais divulgado, quer em termos de investigação, quer no que respeita ao delinear de estratégias de tratamento e intervenção junto do dependente alcoólico.

Para Kurtz (1979), é no início do séc. XX que se começa a considerar o alcoolismo como um problema médico e também psicológico. Uma hipotética alergia, ou qualquer outro processo patológico inespecífico, estariam na base da obsessão com o álcool, e a compulsão para beber aparecia como a causa deste distúrbio. Para Wilkey (1986), esta mudança de conceitos em relação ao modelo anterior estaria intrinsecamente ligada ao movimento dos Alcoólicos Anónimos, surgido em 1935, e à definição do alcoolismo como um problema médico, o que vai implicar que o "doente alcoólico" não fique confinado

aos hospitais psiquiátricos e possa ser tratado noutros contextos (Teixeira, 2004).

Hoje, os defensores do modelo "doença" sustentam que esta perspectiva é conveniente do ponto de vista individual e social. No primeiro caso, porque substitui o enquadramento de censura moral e punição criminal associado ao alcoólico e ao seu comportamento característico do modelo anterior; no segundo, porque viabiliza o acesso às instituições de saúde e designa as autoridades públicas neste domínio como agentes responsáveis pela prevenção e tratamento (Bauer, 1982; Mann *et al.*, 2000). Desta forma alivia a culpa e aumenta a iniciativa individual na procura de ajuda profissional (Room, 1972; Lindstrom, 1992; White, 2000).

O modelo "doença" facilita o surgimento de uma grelha de interpretação alternativa, para o alcoólico, para o contexto social mais íntimo (família) e para a sociedade em geral, que permite a compreensão da natureza do seu problema (doença), as manifestações passíveis de ser evidenciadas (sintomas), as eventuais causas do problema (etiologia), bem como a sua mais provável e natural evolução (curso). Simultaneamente, cria condições para propor as intervenções consideradas mais adequadas (tratamento) e facilita o estabelecimento de expectativas face a estas intervenções (prognóstico) (Goodman, 1997; White, 2000, *cit in* Teixeira, 2004).

Neste movimento, o alcoolismo assume a configuração de uma doença primária e crónica, o seu percurso é contínuo, associado ao consumo que inevitavelmente levará à deterioração ou à morte. A remissão dos sintomas é possível, mas a cura não. Os sintomas e estádios são muito consistentes, variando apenas de acordo com o género ou com o tipo de bebida preferido (Peele, 1985; White, 2000). Subsequente ao presente modelo, e tal como se verifica com o diabético ou com o asmático, o alcoólico não é responsável pela sua condição – o comportamento adictivo não é um hábito de que alguém se possa descartar, mas uma doença do corpo e da vontade...

Assistimos, desta forma, à reutilização da etiqueta "doença", usualmente empregue para conferir uma diminuída responsabilidade, que reemerge na definição de responsabilidade pessoal. Todavia, em termos de linguagem, de atribuição de significado, a noção de ser portador de

uma limitação ou de uma fragilidade é a que continua a definir a percepção que o alcoólico e a sociedade têm de si e do seu "problema" (Teixeira, 2004).

Curiosamente, vai ser ainda no seio do modelo do alcoolismo como doença, que propõe um registo claramente patológico para a compreensão deste problema, que podemos encontrar duas abordagens psicológicas paradigmáticas: a psicanálise e a terapia do comportamento, esta última preparando o advento de um terceiro modelo de natureza comportamental-cognitiva.

Na abordagem psicanalítica, o alcoolismo aparece como um sintoma, de tal modo que neste contexto o acto de ingestão de álcool surge como a "ponta visível do *iceberg*", enquanto o restante se encontra ao nível da dinâmica funcional da sua personalidade (Saliba, 1982).

Por outro lado, o espaço interior, foco de interesse da perspectiva psicodinâmica, é substituído na perspectiva comportamental pelo espaço exterior, pelo comportamento manifesto. Aqui, o comportamento patológico é aprendido e mal adaptado, de tal forma que o alcoolismo deixa de ser um sinal de um problema, para se converter no próprio problema, para se converter na doença. (Teixeira, 2004). Para os seguidores deste movimento, por trás de um bebedor excessivo não há uma "personalidade frágil" ou uma neurose. Pelo contrário, ele comporta-se desta forma, porque assim foi condicionado, porque aprendeu esta conduta e, sobretudo, porque este comportamento é continuamente reforçado.

3 - O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Durante os últimos 25 anos, numerosas intervenções cognitivo-comportamentais têm sido desenvolvidas e testadas no domínio da compreensão e do tratamento do alcoolismo. Dentro da sua multiplicidade diferenciam-se, contudo, na sua duração, na modalidade assumida (grupo ou individual), no conteúdo (estrito ou de âmbito alargado), no contexto (ambulatório ou internamento) e na combinação com outras técnicas terapêuticas (Morgenstern & Longabaugh, 2000).

Em termos teóricos, duas correntes contribuíram mais especificamente para o desenvolvimento das terapias comportamentais e cognitivas nos domínios das adicções: a adopção da perspectiva do autocontrolo

oriunda da tradição comportamental e o sucesso das terapias cognitivas como as de Beck, Meichenbaum e Ellis, desenvolvidas junto de populações clínicas (Scott, Williams & Beck, 1994).

Ao mesmo tempo reconhecem-se eventos particulares, situações de risco, bem como consequências que impõem a sua manutenção, o que deu origem ao surgimento dos tratamentos baseados na aquisição de competências e na gestão do *stress*. Posteriormente, os processos cognitivos são incluídos nesse jogo, alargando os dados para uma compreensão mais eficaz do problema: motivação, auto-eficácia e, inclusivamente, uma melhor compreensão da componente afectiva das práticas da modificação do comportamento (Sobell & Sobell, 2000; Réocreux, 2000).

3.1 - A Motivação

Não é muito antiga a concepção da motivação como um traço ou disposição estática, que o sujeito tinha ou da qual era totalmente desprovido, não existindo espaço para outras interpretações. Se o sujeito não estava motivado para a mudança, tal era interpretado como uma falta da sua inteira responsabilidade (Cornuz *et al.*, 2002). A motivação estava conotada como sendo a aceitação ou a vontade de seguir determinado programa terapêutico estabelecido pelo clínico responsável. Desta forma, estar motivado significava adoptar as estratégias terapêuticas e aceitar a rotulação. Caso o rótulo não fosse reconhecido pelo sujeito, ou se este questionasse os procedimentos terapêuticos, facilmente se concluiria que este não estava de todo motivado para o tratamento (Cornuz *et al.*, 2002).

Durante muito tempo, a procura de tratamento por dependentes de álcool era percebida como um processo individual, no qual a motivação representava uma entidade intrínseca e imutável, que se expressava no comportamento de querer ou não querer modificar o comportamento de ingestão alcoólica. Na ausência da compreensão dos antecedentes do processo motivacional, ou seja, dos factores que conduziram à procura de tratamento, o conceito de motivação pode ser usado e interpretado de forma errónea. Aspectos sociais, pessoais, traços culturais, determinados tipos de tratamento,

podem influenciar a acção de procura de ajuda de forma diferenciada (Moos & Moos, 2004, citado por Figlie, 2004). Pressões e influências externas, bem como factores internos, pensamentos e sentimentos, contribuem na motivação pessoal e são decisivos na implementação de mudanças de comportamento (Cunningham *et al.*, 1994, citado por DiClemente, Bellino & Neavins, 1999).

Na concepção actual, a motivação é compreendida como a chave para a mudança. É um constructo multidimensional, é dinâmica e por isso mesmo sujeita a flutuações, influenciada pelas interacções sociais, pelo estilo do terapeuta e passível de ser modificada.

Abandonar o uso de uma substância, está intrinsecamente ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada. Desta forma, aquilo que é susceptível de mover o indivíduo para produzir um comportamento orientado, é a motivação (Chaplin, 1989 *cit in* Ferreira, 2007).

A motivação apresenta um papel de relevo na dependência do álcool, ao orientar os sujeitos para procurarem, completarem e seguirem um tratamento, bem como para realizarem mudanças de sucesso, a longo prazo, no que respeita ao comportamento adictivo (DiClemente, Bellino & Neavins, 1999). No entanto, a motivação para mudar comportamentos problema como a dependência do álcool, não é sinónimo de motivação para participar num tratamento. Esta perspectiva integra todos os indivíduos que procuram tratamento devido à pressão de outros significativos (motivação claramente extrínseca). Tais sujeitos, possivelmente, ainda não estão preparados para mudar o seu relacionamento com a substância psicoactiva, nem participarão de forma produtiva no tratamento (DiClemente, Bellino & Neavins, 1999). Isto pode-se explicar, considerando que os sujeitos possuem expectativas próprias quanto aos resultados prováveis, tanto positivos como negativos, de certos cursos de acção, e que essas expectativas têm um efeito muito poderoso sobre o comportamento. Por exemplo, a baixa auto-estima, as expectativas negativas, bem como a ausência de percepção de auto-eficácia, levam a que indivíduos com problemas associados ao consumo de substâncias persistam nos seus comportamentos adictivos, apesar dos inúmeros

prejuízos transversais às áreas de vida (Figlie, 2004). Assim, apesar dos incalculáveis danos consequentes ao consumo de álcool, os indivíduos apresentam dificuldades em se manter por um longo período de tempo em tratamento psicoterapêutico (Edwards & Dare, 1997), o que parece estar vinculado a um evidente conflito motivacional experienciado por estes sujeitos, face à modificação do seu comportamento problema (Heather, 1992, citado por Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2003).

Geralmente, os sujeitos chegam ao tratamento com motivações flutuantes e conflitantes entre continuar e cessar o consumo de álcool, ou seja, encontram-se verdadeiramente ambivalentes perante a mudança de comportamento. Consequentemente, "a ambivalência é um estado mental no qual a pessoa tem sentimentos coexistentes e conflitantes a respeito de algum comportamento a ser modificado" (Figlie & Laranjeira, 2004). A ambivalência não deve ser entendida com um carácter negativo, mas antes pelo contrário, como uma ferramenta de trabalho, que facilita a possibilidade de mudança. Como tal, é nas alturas mais críticas, mais sensíveis, que os sujeitos podem estar mais aptos para a mudança, o que justifica a necessidade de respostas a curto prazo por parte dos serviços de saúde, porque é necessário preservar os momentos chave que garantem o sucesso do início da intervenção terapêutica.

3.2 - Motivação, ambivalência e discrepância

Tendo como enquadramento o modelo transteórico dos estádios de disponibilidade para a mudança de DiClemente e Prochaska (1998), as estratégias motivacionais visam a diminuição da ambivalência, no sentido da passagem da Contemplação para Acção e Manutenção, uma vez que os sujeitos já discriminam a possibilidade de mudar. Desenvolver a discrepância, consiste em promover a consciencialização dos custos do comportamento actual e, concomitantemente, dos recursos pessoais para traçar um novo projecto de vida. Muitas vezes é mais produtivo trabalhar com os utentes aquilo que eles têm como certo, ou seja, o que podem perder com a manutenção do comportamento desadaptativo, do que incidir numa fase inicial, na consciencialização

das vantagens da abstinência, algo cuja antevisão está à partida limitada ou até impossibilitada. Neste sentido, a consciencialização das consequências do consumo pode ser útil na ultrapassagem da negação inicial do problema e no aumento do compromisso para a mudança. Motivação é saber porque se quer mudar, ou seja, ter a consciência das vantagens da abstinência corporalizada na vontade de mudança.

No entanto, não se pode negligenciar o papel de reforço positivo resultante dos efeitos do álcool, que é um poderoso lubrificante social, bem como o seu papel de reforço positivo que actua através da redução da tensão e do humor negativo, do alívio momentâneo da dor e a libertação de inibições sociais (Rangé & Marlatt, 2008). O comportamento de ingerir álcool, é reforçado de forma imediata pela agradável sensação que esta substância psicoactiva produz no organismo. Este comportamento de dependência continua a ser reforçado até que as consequências negativas, a longo prazo, comecem a surgir. Neste ponto, o comportamento não é mais sustentado por contingências reforçadoras positivas, mas por contingências reforçadoras negativas. Ou seja, o indivíduo continua a ingerir bebidas alcoólicas para tentar controlar as sensações adversas que a falta do álcool lhe traz, nos momentos de abstinência (síndrome de privação), o que caracteriza um comportamento mantido por reforço negativo. Isto resulta em consequências lesivas transversais a todos os níveis de vida do sujeito, nomeadamente consequências sociais, familiares e funcionais. Quando estas contingências atingem um impacto bastante significativo, o indivíduo pode começar a apresentar comportamentos indicadores de motivação para a mudança de estilo de vida (Resende, Amaral, Bandeira, Gomide & Andrade, 2005), o que vem corroborar a ideia de que o desequilíbrio conduz à mudança.

3.3 - Da mudança de comportamento ao *empowerment*

Um sujeito altamente motivado, é aquele que está preparado, disposto e apto para a mudança. Preparado na medida em que está motivado para a mudança de comportamento e para a inerente mudança de estilo de

vida, disposto no sentido em que está disponível para cumprir o programa terapêutico que lhe foi proposto e no qual teve um papel activo e, por fim, apto na medida em que possui os recursos necessários para adopção de um estilo de vida saudável e diferente.

Embora anteriormente a intervenção terapêutica estivesse maioritariamente direccionada para os défices e limitações dos sujeitos, actualmente o foco da intervenção centra-se igualmente na identificação e exploração das competências e forças pessoais. Esta visão das problemáticas individuais vai ao encontro dos princípios motivacionais, como a promoção do direito de escolha, no qual se insere a responsabilização pela possibilidade de tomada de decisões conscientes, o *empowerment* e o optimismo (Cornuz *et al.*, 2002).

A noção de *empowerment* reflecte uma profunda mudança de paradigma de compreensão do fenómeno da dependência alcoólica, na medida em que é com base nesta noção que o dependente deixa de possuir um papel passivo e passa a ser detentor de poder e a ter um papel activo no seu processo de mudança. O *empowerment* é o processo pelo qual se atribui influência ou poder acrescido ao indivíduo através do envolvimento no processo de decisão, concedendo-lhe autonomia e responsabilidade. Desta forma, o utente é então percebido como um agente de mudança e não apenas como um objecto de mudanças.

Scriven e Stiddard (2003, *cit in* Carvalho, 2006) identificaram três aspectos específicos fundamentais para os requisitos e competências pessoais que representam o *empowerment*: a aquisição de competências, que envolve a presença de pensamento crítico e a tomada de decisão crítica e consciente; a auto-confiança e competências interpessoais, que pressupõem o conhecimento cognitivo, incluindo a compreensão sobre a informação relacionada com a saúde e aumento da consciência crítica e, por fim, a percepção psicológica, que envolve a auto-estima, auto-eficiência e percepção de controlo. Conclui-se então, que o *empowerment* está directamente ligado à capacidade do sujeito de fazer opções informadas sobre a sua saúde (MacDonal, 1998, citado por Carvalho, 2006).

Neste sentido, para que o utente possa tomar opções

conscientes e informadas, dar-lhe poder é também dar-lhe informação, ou seja, para além do desenvolvimento de aspectos psicológicos positivos é necessário potenciar também os aspectos cognitivos sobre a saúde, de forma a tornar possível a tomada de decisão informada. Como tal, informação e *empowerment* são conceitos interligados, uma vez que a primeira contribui de forma decisiva para que os sujeitos se tornem capazes de identificar e de tomar consciência das suas próprias necessidades a nível da saúde e se movimentarem no sentido de desenvolver competências adequadas não só para promoverem as acções conducentes às mudanças, mas também para traçarem e conduzirem as suas próprias alterações de comportamento, no sentido da adopção de estilos de vida mais saudáveis (Carvalho, 2006).

A promoção do *empowerment* está sujeita a um reconhecimento genuíno da parte do técnico em relação às capacidades dos utentes, o que passa pela promoção da auto-eficácia, pela validação das capacidades e da expressão das necessidades e interesses dos sujeitos, e desta forma potenciar espaço para o desenvolvimento conjunto do processo de mudança. O envolvimento e comprometimento neste processo estimula a cooperação e a confiança recíproca, no entanto "Enquanto os terapeutas devem oferecer *feedback*, educação, técnicas e apoio aos seus pacientes, eles não podem assumir a responsabilidade pelos problemas dos pacientes" (Rangé & Marlatt, 2008), remetendo-nos para um funcionamento em sinergia, na medida em que o *empowerment* assenta em relacionamentos que visam potenciar os recursos e os resultados através da contribuição de ambas as partes, formando uma parceria para um fim que é comum.

4 - CONCLUSÃO

A abordagem actual dos problemas ligados ao álcool pressupõe o reconhecimento de um percurso de envolvimento com esta substância que é gradual e pode culminar na dependência. Esta condição, por si só, compreende diferentes níveis de gravidade, e a irrefutável constatação do comprometimento físico e psicológico, que se configura frequentemente em estados de adoecer.

A desintoxicação *per se*, enquanto intervenção exclusiva, embora salve vidas e represente uma oportunidade de repensar um dado comportamento, dificilmente modifica a história do dependente, a sua relação com o álcool, se outras dimensões não forem terapeuticamente trabalhadas. Nesta linha de pensamento alguns estudos sugerem que as desintoxicações, por si só, estão relacionadas com elevados níveis de recaída e outros estudos demonstram ainda, que a desintoxicação produz poucos resultados a longo prazo no que respeita à extinção do problema de dependência (Ferreira – Borges *et al.*, 2004).

Na perspectiva motivacional, a manutenção da abstinência é entendida como o resultado do uso de diversas competências cognitivo-comportamentais aprendidas. Este processo de aprendizagem pode incluir lapsos, mas, para que estes não se transformem em recaídas plenas, um repertório baseado em auto-eficácia, autocontrolo, assertividade e estratégias de *coping*, deve ser gradativamente adquirido (Marlatt & Gordon, 1993, citado por Murta & Trócoli, 2005).

Neste sentido, é importante que o sujeito seja acompanhado num processo terapêutico que envolva quer a desabitação física consequente à abstinência, quer a modificação de comportamentos e crenças disfuncionais concomitantes ao abuso de substâncias (Ferreira, 2007), o que só será possível através de uma abordagem integrada e equilibrada dos problemas ligados ao álcool, minimizando os danos e promovendo uma "engenharia" de vida saudável.

Finalizando, a crença do terapeuta na capacidade de mudar do indivíduo é um determinante significativo do resultado (Leake & King, 1977). Concluindo de forma paradoxal e parafraseando dois autores de referência na abordagem motivacional, o que (o terapeuta) "precisa, ao tentar ajudar as pessoas, são as qualidades de um bom *barman*: simpatia, disposição para ouvir e intuição" (Miller & Rollnick, 2001, p. 71).

CONTACTO:

MARTA ALEXANDRA FERNANDES RODRIGUES

Psicóloga Clínica, Doutoranda em Alcoologia na Universidade Fernando Pessoa do Porto
Contacto: 914211568 ou martalex.r@gmail.com

ZÉLIA ÂNGELA TATO DE MACEDO TEIXEIRA

Psicóloga Clínica no CRI Porto Oriental, DRN IDT-IP
Doutorada em Psicologia, Mestre em Psicologia da Educação
Professora Auxiliar na Universidade Fernando Pessoa
Contacto: zelia.teixeira@idt.min-saude.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bauer, J. (1982). *O Alcoolismo e as Mulheres*. São Paulo: Editora Cultrix.
- DiClemente, C. and J. Prochaska. (1998). Towards a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. *Treating addictive behaviors*, Eds. W. Miller and N. Heather, 3-24. New York: Plenum Press.
- Edwards, G. & Dare, C. (1997). *Psicoterapia e tratamento de adições*. São Paulo: Artes Médicas.
- Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R. J. (1988). *Rational Emotive Therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon Press.
- Ferreira-Borges, C., Cunha, H., Carvalho, A., Silva, A., Dias, C., Feijão, F. et al. (2004). *Usos, abusos e dependências: alcoolismo e Toxicoddependência*. Lisboa: Climepsi
- Kurtz, E. (1979). *Not-God: A History of Alcoholics Anonymous*. Center City, M.N.: Hazelden Educational Services.
- Leake, G. J. & King, S. A. (1977). "Effect of counselor expectations on alcoholic recovery". *Alcohol Health and Research World*, 11(3), 16-22.
- Lindstrom, L. (1992). *Managing Alcoholism – Matching Clients to Treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Mann, K., Hermann, D., & Heinz, A. (2000). "One hundred years of alcoholism: The twentieth century". *Alcohol & Alcoholism*, 35 (1), 10-15.
- Miller, W. e Rollnick, S. (2001). "Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos". 1ª edição, Porto Alegre: Artmed Editora. São Paulo.
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). "Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action". *Addiction*, 95 (10), 1475-1490.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: An unconventional view*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Peele, S. (1990). "Addiction as a cultural concept". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602, 205-220.
- Réocreux, M. (2000). "Alcool: Consommation nocive et alcoolodépendance". *Alcoologie et Adictologie*, 22-(4), 305-312.
- Room, R. (1972). "Comments on "The alcoholists' addiction"". *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 1049-1059.

Saliba, C. (1982). *La cure de désintoxication alcoolique et ses prolongements*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.

Scott, J., Williams, M.G., & Beck, A.T. (1994). *Cognitive Therapy in Clinical Practice: an illustrative casebook*. London: Routledge.

Sobell, M.B. & Sobell, L. (2000). "Évolution de l'approche cognitivo-comportementale des problèmes liés à l'alcool. Les modifications personnelles assistées du comportement prototpe de technique de motivation". *Alcoologie et Adictologie*, 22-(4), 295-304.

Teixeira, Z. (2004). *Construção e Validação de uma Narrativa Protótipo para a Dependência Alcoólica*, Tese de Doutorado não publicada, Universidade do Minho

White, W. (2000). "Addiction as a disease: Birth of a concept". *Counselor*, 1 (1), 45-51, 73.

Wilkey, W.W. (1986). "The influence of Alcoholics Anonymous on alcoholism treatment". *Comemoration of the golden anniversary of A.A. Employee Assistance Quarterly*. 1 (4) , 1 - 17.

WEBGRAFIA

Carvalho, G. (2006). "Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis". [Em linha]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5767/1/Ambientes%20favoraveis.pdf>. [Consultado em 15/05/2009].

Cornuz *et al.*, [2002]. *Chapter 1-Conceptualizing Motivation And Change*. Acedido em 26 de Novembro de 2008, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.61626>

DiClemente, C., Bellino, L. e Neavins, T. (1999). "Motivation for Change and Alcoholism Treatment. Alcohol Research & Health", Vol. 23 (2), 86-92. [Em linha]. Disponível em <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>. [Consultado em 18/05/2009].

Ferreira, A. (2007). "Gravidade de Dependência e Motivação para o Tratamento". [Em linha]. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>. [Consultado em 9/6/2009].

Figlie, B. (2004). "Motivação para tratamento do alcoolismo". [Em linha]. Disponível em <http://www.netianafiglie.com.br/doutorado.pdf>. [Consultado em 9/6/2009].

Figlie, N. e Laranjeira, R. (2004). "Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 26(II), 63-67. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a16v26s1.pdf>. [Consultado em 15/05/2009].

Health Services/ Technology Assessment Text. [Em linha]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat5.section.61626>. [Consultado em 15/05/2009].

Murta, S. e Tróccoli, B. (2005). "Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoólistas". *Estudos de Psicologia* (Campinas), Vol. 22(2), 157-166. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n2/v22n2a05.pdf>. [Consultado em 14/05/2009].

Oliveira, M., Laranjeira, R., Araújo, R., Camilo, R. e Schneider, D. (2003). "Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes de Álcool". *Psicologia Reflexão e Crítica*, Vol. 16 (2), 265-270. [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a06v16n2.pdf>. [Consultado em 14/05/2009].

Rangé, B. e Marlatt, G. (2008). "Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 30(2), 88-95. [Em linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf>. [Consultado em 15/05/2009].

Resende, G., Amaral, V., Bandeira, M., Gomilde, A. e Andrade, E. (2005). "Análise da prontidão para o tratamento em alcoólistas em um centro de tratamento". *Revista de Psiquiatria Clínica*, Vol. 32(4), 211-217. [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n4/26055.pdf>. [Consultado em 9/6/2009].