

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**EU E O(S) OUTRO(S): AUTO-ESTIMA, PERCEPÇÃO DE
SUPORTE SOCIAL E RECAÍDA NO ALCOOLISMO**

Sandra Isabel Mendes Gomes

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**EU E O(S) OUTRO(S): AUTO-ESTIMA, PERCEPÇÃO DE
SUPORTE SOCIAL E RECAÍDA NO ALCOOLISMO**

Sandra Isabel Mendes Gomes

Dissertação orientada pela Professora Doutora Sandra Santos Oliveira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada
Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Sandra Santos Oliveira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sandra Santos Oliveira pelas críticas, sugestões, empenho e orientação que me auxiliaram na elaboração e melhoramento deste trabalho.

Ao Professor Dr. Paulo Jorge Santos pela constante amabilidade e atenção em disponibilizar material necessário à recolha de dados e em esclarecer as minhas (inúmeras) dúvidas.

Ao Professor Pedro Martins que pacientemente me auxiliou na elaboração da parte estatística deste trabalho.

À UTITA, sobretudo à Dr.^a Mónica Maymone, pela constante e incansável disponibilidade e pela facilitação na recolha de dados.

Aos pacientes que a UTITA acolhe e que simpaticamente se prestaram a participar neste estudo.

Aos meus pais, que me permitiram chegar até aqui.

À minha mana pelo incentivo, suporte e apoio constantes... e porque sem ela nada era possível.

RESUMO

Pretende-se, com este estudo, compreender como se articula a auto-estima, a percepção do suporte social e a recaída em pessoas que realizam um tratamento intensivo para o alcoolismo.

Participam 33 sujeitos, com idades compreendidas entre os 29 e os 59 anos, todos do sexo masculino, que efectuem tratamento para problemas de dependência de alcoolismo. 51,5% dos sujeitos nunca teve recaídas mas 48,5% já recaiu pelo menos uma vez. É utilizado um questionário sócio demográfico, a Escala de Auto-Estima de Rosenberg aferida para a população portuguesa por Santos & Maia (2003) e a Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social de Ensel & Woelfel com versão portuguesa de Paixão & Oliveira (1996).

Os resultados evidenciam uma forte correlação entre a auto-estima e o suporte social, bem como uma relação entre a primeira variável e a existência de recaídas nos sujeitos. Existem ainda relações significativas entre estas variáveis e o estado civil.

Palavras-chave: alcoolismo, auto-estima, suporte social, recaída.

ABSTRACT

We would like, with this study, to understand how self-esteem, social support perception and relapse are related in people that make an intensive treatment for alcohol abuse.

33 subjects take part in the study, with ages between 29 and 59 years old, all males, that make a treatment for alcohol abuse. 51,5% of the subjects never had a relapse but 48,5% had at least one. Is used a socio-demographic questionnaire, the Rosenberg Self-Esteem Scale gauged for portuguese population by Santos & Maia (2003) and the Instrumental and Expressive Social Support Scale by Ensel & Woelfel, portuguese version from Paixão & Oliveira (1996).

The results show a strong correlation between self-esteem and social support, as well a relation between the first variable and the relapse. The are also significative relations between these variables and the marital status.

Key-words: alcohol abuse, self-esteem, social support, relapse.

ÍNDICE

Introdução.....	1
Metodologia.....	5
<i>Participantes</i>	5
<i>Instrumentos</i>	5
Apresentação dos Resultados.....	6
<i>Análise Descritiva</i>	6
<i>População geral</i>	6
<i>Questões abertas</i>	6
<i>Grupo sem recaída</i>	7
<i>Grupo com recaída</i>	8
<i>Análise Inferencial</i>	9
<i>Estudo da correlação (auto-estima vs. suporte social)</i>	9
<i>Estudo das diferenças</i>	9
<i>Auto-estima e percepção de suporte social vs. grupo (recaída e não recaída)</i>	9
<i>Auto-estima e suporte social vs. actividades profissionais (militar, militarizado, civil, desempregado)</i>	9
<i>Auto-estima e percepção de suporte social vs. estado civil (solteiro, casado, divorciado)</i>	10
<i>Auto-estima e percepção de suporte social vs. frequência (ou não) de reuniões de A.A.</i>	10
<i>Auto-estima e percepção de suporte social vs. companhia durante a recaída</i>	10
Discussão.....	11
Considerações Finais.....	18
Referências Bibliográficas.....	19
Anexos.....	23
<i>Anexo A: Revisão literária</i>	24
<i>Anexo B: Apresentação detalhada dos instrumentos utilizados</i>	41
<i>Anexo C: Procedimentos efectuados</i>	43
<i>Anexo D: Apresentação complementar de resultados e tabelas</i>	45
<i>Anexo E: Questionário Sócio-Demográfico</i>	57

<i>Anexo F: Escala de Auto-Estima de Rosenberg.....</i>	<i>58</i>
<i>Anexo G: Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social.....</i>	<i>59</i>
<i>Anexo H: Carta de Consentimento Informado.....</i>	<i>60</i>
<i>Anexo I: Referências bibliográficas referentes aos anexos.....</i>	<i>61</i>

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Resultados da média, desvio padrão, valor mínimo e máximo das variáveis auto-estima e suporte social.....	6
TABELA 2: Correlação entre a variável auto-estima e a percepção de suporte social.....	9

INTRODUÇÃO

O consumo abusivo de álcool tem início, por norma, na adolescência e são vários os factores que levam ao mesmo. Entre eles encontram-se a depressão, a baixa auto-estima e o apoio social (ou seja, a pressão do grupo de pares ou da sociedade para o consumo sendo este, nestes casos, visto como algo positivo). O consumo de substâncias alteradoras do comportamento leva os sujeitos a sentirem-se mais felizes, mais capazes física e socialmente, com maior facilidade em interagir com o sexo oposto, com melhoria das capacidades cognitivas e motoras e mais fortes, poderosos e com sentimentos de grandeza (Gaspar, 2006). Dias (2001) defende que o uso da droga serve para minorar o sofrimento, para obter prazer, evitar os problemas pessoais, como forma de auto-afirmação, de aliviar tensões ou até para ter uma sensação de evasão e bem-estar.

Segundo Gameiro (1979) os traços mais salientes dos consumidores de álcool são a dependência afectiva e a intolerância à frustração, uma sensibilidade reduzida à culpa e à ansiedade acerca das consequências sociais dos seus actos - a ciclotimia, uma certa disforia ou disposição depressiva pessimista associada a um baixo conceito de si, uma falta de objectivos para o futuro, uma incapacidade de manter relações sociais, um desejo de atrair as atenções, uma falta de identificação com o adulto de confiança (pai, figura de autoridade), sentimentos de inferioridade, personalidade impulsiva, narcisismo, fraca estrutura do eu, funcionamento deficiente do superego e desconfiança.

A procura de uma substância alteradora do comportamento está sobretudo relacionada com a baixa auto-estima do sujeito. Este consome na tentativa de recuperar o valor próprio, de se tornar onipotente. Quando o efeito termina, a realidade torna-se dolorosa e o indivíduo é levado a um novo consumo (Dias, 1980; Neto, 1990; Sequeira, 2006). Estes sujeitos têm grandes falhas narcísicas, um baixo conceito de si (Gameiro, 1979), uma elevada debilidade egóica (Vieira, 2001) bem como uma representação própria onipotente e desvalorizada (Matos, 2001).

Morel, Hervé & Fontaine (1998) referem que o consumo não passa de uma tentativa de apaziguar todos os males e também de preencher os seus vazios utilizando, como tal, uma prótese narcísica. O alcoólico tenta, ao consumir, evitar o sofrimento psíquico (Vieira, 2001) e lutar contra o estado depressivo (Barroso, 2004). Está, desta forma, perante uma tentativa de cura e, ao mesmo tempo, perante um sofrimento auto-induzido (Pinto-Coelho, 2001).

O alcoolismo está, portanto, relacionado com uma personalidade auto-destrutiva ou com a necessidade de se sentir poderoso. Existe, portanto, uma anomalia psicológica irreversível e precoce que antecede o desenrolar do comportamento de dependência (Ogden, 1999).

Neto (1990) e Vieira (2001) também defendem que existem graves carências narcísicas na dependência. Acrescentam ainda que o alcoolismo está relacionado com perturbações da oralidade (os sujeitos são incapazes de distinguir a mãe boa da mãe que envenena) e que o mundo interno dos alcoólicos é clivado, pelo que são incapazes de aprender e integrar as experiências vivenciadas. Repetem, no consumo, as falhas básicas (nomeadamente as que dizem respeito à relação materna). Este funciona como forma de escapar ao vazio e à falta de sentido.

Sequeira (2006) refere que o álcool (bem como outras substâncias alteradoras do comportamento) traz ao eu “uma inflação enganadora do narcisismo” (p. 52). Além disso, “reencontrar a auto-estima é um dos objectivos fundamentais” (p. 98) que os adictos procuram. “Ou seja, quando a auto-estima é insuficiente, qualquer experiência satisfatória produzida pela droga é a fonte para a aumentar” (p. 101).

Drogar-se para muitos, traduz, na perspectiva psicanalítica, uma tentativa de derrubar os limites que separam o indivíduo da satisfação total; tentativa de evasão aos sofrimentos à custa dum mergulho narcísico no seio caótico do prazer, orgasmo sem par sexualizado. O drogado tenta voltar àquela fase de confusão sincrética e oral em que o prazer lhe era ministrado totalmente pela boca e em que o bebé se funde inconscientemente com a mãe. Não é normalmente a excitação sexual que o drogado procura (encontraria apenas certa desinibição seguida de impotência e frigidez), mas um substituto dessa satisfação (Gameiro, 1979, p. 201).

A auto-estima é de facto importante para o dependente de substâncias e para o sucesso do seu tratamento. Pinto-Coelho (2001) refere que quando os sujeitos se valorizam e se sentem qualificados para fazer as suas escolhas, sentem-se também mais interessados pelos outros e com mais vontade de se integrarem socialmente.

No entanto, uma imagem própria desvalorizada leva ao isolamento social (Trulsson & Hedin, 2004). As dificuldades que os consumidores de substâncias têm nas relações, bem como uma auto-imagem desvalorizada, levam-nos a um retraimento social (Gameiro, 1979; Sequeira, 2006) que aumenta o risco de recaída (Trulsson & Hedin, 2004). Além disso, os alcoólicos tendem a optar pelo isolamento para obterem

com a substância o prazer e a satisfação que a maioria das pessoas procura através das relações íntimas (Blatt, 1984 e Neto, 1990 citados por Cruz, 2003).

O contacto, o apoio, o suporte social podem ser vitais na manutenção da abstinência sendo até considerados como os factores mais importantes no período pós-tratamento (Broome, Simpson & Joe, 2002; George & Marlatt, 1986). Segundo Kerns (1996) e Miller & Rollnick (2001) o envolvimento da família no processo de tratamento pode aumentar o sucesso do mesmo sendo que o suporte do companheiro(a) é tido como o melhor preditor da continuação da abstinência. A família é um elemento essencial para o indivíduo já que foi no seu seio que nasceu e nele elaborou a sua organização e/ou desorganização pessoal (Ribeiro, 1997).

Wills & Cleary (1996) referem que o suporte social está inversamente relacionado com o abuso de substâncias. No entanto, quando é instável, contribui para o início e continuação do uso de substâncias. É ainda de salientar que quanto mais grave a dependência de álcool, menor a percepção de suporte social recebido (Staton-Tindall, Royse & Leukfeld, 2007).

Acrescente-se que, se o apoio não for positivo, a sua influência pode ser extremamente nefasta. Broome, Simpson & Joe (2004) e Straub (2005) salientam que, quando um sujeito que efectuou um tratamento vive ou convive com consumidores, a possibilidade de recair aumenta. Por seu turno, quando o suporte é considerado positivo, existem menos riscos de violar a abstinência.

A violação da abstinência ou recaída é recorrente na patologia dependente. Vieira (2001) entende a recaída como o retorno ao consumo da droga de eleição depois de um período de abstinência e de mudança de vida. “Pode significar um retorno, para desbloquear um processo de desenvolvimento ou relacional que marca passo, que encalhou” (p. 26) já que na recaída se repetem as falhas básicas e se tenta compensar as carências pessoais, sociais e narcísicas.

Entre outros factores, a baixa auto-estima e a ausência de um adequado suporte emocional são aspectos que podem dificultar a adesão a um tratamento e a manutenção da abstinência.

O objectivo do presente estudo consiste na análise da relação entre a auto-estima expressa pelo sujeito, a forma como ele percepçiona o seu suporte social e a possibilidade de recaída em indivíduos que estão a efectuar um tratamento no âmbito do alcoolismo.

Assim sendo, pretende-se compreender de que forma específica se inter-relaciona o conceito de auto-estima e o suporte social tal como é percebido pelo sujeito e em que medida estes se inter-relacionam com a existência de recaídas. Secundariamente pretende-se ainda tornar compreensível de que forma a auto-estima e a percepção do suporte social se inter-relacionam com a actividade profissional, com o estado civil, com a frequência de reuniões de Alcoólicos Anónimos ou com a companhia durante a recaída e de que modo o sujeito representa e vivencia a sua abstinência ou consumo junto dos familiares.

METODOLOGIA

Participantes

Amostra não probabilística ou intencional (onde a probabilidade de qualquer sujeito ser incluído na amostra é desconhecida) seleccionada por conveniência (Ribeiro, 1999) constituída por 33 sujeitos que efectuem tratamento na Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA). O modelo de intervenção da instituição tem uma orientação cognitivo-comportamental e é prioritariamente direccionada para o meio militar. No entanto, recebe pessoas que queiram realizar tratamento e que sejam civis (ou seja, não militares). Todos os sujeitos são do sexo masculino e têm idades compreendidas entre os 29 e os 59, com média de 44 anos de idade. 42,4% dos sujeitos são militares, 24,2% são militarizados (isto é, agentes da PSP ou da GNR), 21,2% são civis e 12,1% estão desempregados. 24,2% são solteiros, 51,5% são casados e 24,2% são divorciados.

Instrumentos

É seleccionada a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Anexo F), criada em 1965, para medir a variável auto-estima. A Rosenberg Self-Esteem Scale é uma das mais antigas escalas de avaliação da auto-estima global¹ (Rosenberg, 1982 citado por Santos & Maia, 2003). É constituída por 10 itens sendo 5 deles de orientação positiva (ex.: “Sinto que tenho algumas qualidades.”) e os restantes de orientação negativa (ex.: “Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.”). É uma escala de auto-preenchimento.

A versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg foi analisada e validada por Santos & Maia (2003).

É ainda aplicada a Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social (Anexo G). Esta visa a avaliação da percepção do suporte social. Foi apresentada pela primeira vez por Walter M. Ensel e Mary Woelfel em 1986. Contudo, a sua construção e operacionalização havia sido iniciada no princípio da década de 80 (Lin, Dean & Ensel, 1981 citados por Paixão & Oliveira, 1996).

A versão portuguesa foi adaptada e validada por Paixão e Oliveira (1996).

¹ A auto-estima global é, segundo Rosenberg (1982 citado por Faria, Pepi & Alesi, 2004), a soma dos juízos de valor de uma pessoa acerca de si mesma. Avalia, portanto, as várias componentes da auto-estima.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Análise Descritiva

População Geral

Os 33 sujeitos que constituem a amostra consomem, em média, há 28 anos (desvio padrão de 11,025 e variação entre 7 e 50 anos). O início médio dos consumos aconteceu aos 16 anos (com desvio padrão de 4,500 e variação entre os 4 e os 29 anos). O tempo actual de abstinência varia entre os 4 e os 60 meses (média de 13 meses).

36,4% dos indivíduos vive sozinho, 24,2% vive com o companheiro(a)/cônjuge, 3% vive só com os filhos, 30,3% vive com o companheiro(a)/cônjuge e com os filhos, 3% vive com os pais e os restantes 3% vive com outros familiares.

81,8% dos sujeitos frequenta sessões de AA (Alcoólicos Anónimos) e 17,6% não frequenta. Sendo que 18,5% frequenta uma vez por semana, 33,3% duas vezes, 40,7% três vezes e 7,4% quatro vezes por semana.

Os valores totais da escala de auto-estima variam entre 16 e 40, com média de 26,21 e desvio padrão de 6,066. O suporte social varia entre 29 e 135, com média de 81,79 e desvio padrão de 24,822 sendo a média mais baixa na questão 1 (2,33) e a mais elevada na 14ª questão (3,48).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Auto-Estima	26,21	6,066	16	40
Suporte Social	81,79	24,822	29	135

Tabela 1 - Resultados da média, desvio padrão, valor mínimo e máximo das variáveis auto-estima e suporte social.

51,5% dos sujeitos que constituem a amostra nunca tiveram qualquer recaída, sendo que 48,5% já teve. Ou seja, a amostra é constituída por dois grupos: os que já tiveram recaída(s) e os que nunca voltaram a consumir. Note-se que os grupos foram constituídos após conhecimento das características da amostra.

Questões Abertas

No que diz respeito às questões abertas do questionário de caracterização sócio-demográfico, a análise que podemos fazer é a seguinte:

- Reacção da família perante a abstinência: de forma geral os sujeitos sentem a família como mais próxima, existindo mais convívio e mais intimidade. As pessoas sentem também que a família confia mais em si. O grupo que nunca recaiu percebe a família como muito mais afectuosa e atenciosa comparativamente ao período em que consumia (tabela 11, p. 47);
- Reacção da família perante o consumo: os sujeitos tendem a sentir a família como mais afastada. A convivência cessa e o abandono faz-se notar. Os sentimentos de isolamento aparecem, nesta questão, com alguma frequência. Surgem ainda alguns comportamentos de agressividade, violência e discussão com os elementos que constituem o agregado familiar. No grupo de sujeitos que nunca recaiu, aparecem com frequência respostas de controlo por parte dos familiares e de alguma ansiedade quanto à possibilidade de uma recaída (tabela 12, p. 47);
- Actividade de ocupação de tempos-livres: de forma geral 75,8% dos sujeitos ocupa o tempo com outras pessoas (familiares e/ou amigos) e 24,2% em actividades de isolamento sendo a actividade principal ver televisão. O grupo que já teve recaídas ocupa também grande parte do tempo a passear (praia e campo). O outro grupo ocupa-se bastante de actividades desportivas, cinema e idas ao café. Esta última actividade aparece com muito mais frequência neste grupo (tabela 13, p. 47).

Grupo Sem Recaídas

Os 17 elementos que nunca tiveram qualquer recaída, têm uma média de idades de 45 anos (com desvio padrão de 9,007 e oscilação entre 29 e 59 anos). 35,3% são militares, 35,5% militarizados, 17,6% são civis e os desempregados representam 11,8% desta população. Quanto ao estado civil, 23,5% são solteiros, 52,9% são casados e 23,5% são divorciados.

Consomem em média há 30 anos (desvio padrão de 11,233 e oscilação entre 14 e 50) tendo iniciado os consumos de álcool entre os 4 e os 25 anos (média de 15 anos e desvio padrão de 4,512). Estão abstinentes há cerca de 12 meses (variação entre 6 e 48).

23,5% vive sozinho, 29,4% vive com o companheiro(a)/cônjuge, 5,9% vive com os filhos, 29,4% com o companheiro(a)/cônjuge e com os filhos, 5,9% vive com os pais e os restantes 5,9% residem com outros familiares.

Relativamente às reuniões de grupos de auto-ajuda: 82,4% frequente e 17,6% não o faz. Dos 82,4%, 21,4% fá-lo uma vez por semana, 42,9% duas vezes, 28,6% três vezes e 7,1% quatro vezes por semana.

Os valores médios de auto-estima são de 28,24 com desvio padrão de 6,515 enquanto os resultados médios de suporte social apontam para uma média de 88,65 com desvio padrão de 25,727.

Grupo Com Recaídas

Quanto aos 16 elementos do grupo que já teve recaídas: a idade varia entre os 31 e os 57 anos, com média de 42 anos e desvio padrão de 7,711. 50% são militares, 12,5% militarizados, 25% civis e 12,5% estão desempregados. 25% são solteiros, 50% são casados e os restantes 25% divorciados.

Iniciaram o consumo de álcool há cerca de 25 anos (desvio padrão de 10,696 e oscilação entre 7 e 49 anos) sendo a idade média de iniciação de 16 anos (desvio padrão de 4,500 e variação entre 8 e 29 anos). Terminaram o último tratamento há cerca de 15 meses (desvio padrão de 15,993, variação entre 4 e 60 meses). Estiveram abstinentes, no período após o primeiro tratamento, em média 23 meses (com variação entre 1 e 108 meses e desvio padrão de 13,072). O tempo de recaída varia entre os 2 e os 96 meses, com média de 21 meses e desvio padrão de 25,367. As situações de recaída destes sujeitos são as seguintes:

- 40% recaiu numa situação de pressão social;
- 40% recaiu quando se sentiu frustrado, triste, zangado, ou seja, perante um estado emocional negativo;
- 10% recaiu numa situação de teste de controle pessoal;
- 10% recaiu após uma situação de discussão, isto é, após uma situação de conflito interpessoal.

53,3% destes sujeitos estavam sozinhos quando voltaram a beber e 46,7% estavam acompanhados.

Vivem sozinhos (50%), com o companheiro(a)/cônjuge (18,8%) ou com o companheiro(a)/cônjuge e os filhos (31,3%).

81,3% frequenta sessões de Alcoólicos Anónimos (15,4% uma vez por semana, 23,1% duas vezes, 53,8% três vezes e 7,7% quatro vezes) e 18,8% não frequenta grupos de auto-ajuda.

O valor médio da auto-estima é de 24,06 (desvio padrão de 4,864) sendo a média dos resultados da percepção do suporte social de 74,50 (desvio padrão de 22,325).

De forma geral os valores médios dos resultados das duas escalas aplicadas são inferiores no grupo que já teve recaídas sendo que este apresenta valores menos elevados de auto-estima e de percepção de suporte social.

Análise Inferencial

Estudo da Correlação (Auto-Estima vs. Suporte Social)

Da análise dos resultados do coeficiente de correlação de Pearson, verifica-se que a auto-estima e o suporte social apresentam uma correlação significativa, forte e positiva:

	Suporte Social	
Auto-Estima	Correlação de Pearson	0,803
	Significância	0,000
	N	33

Tabela 2 – Correlação entre a variável auto-estima e a percepção de suporte social.

Estudo Das Diferenças

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Grupo (Recaída e Não Recaída)

Utilizaremos um teste paramétrico - teste T-Student - para percebermos se existem diferenças na auto-estima e na percepção de suporte social entre os sujeitos que já tiveram recaídas e os que nunca recaíram. Assim sendo, existem diferenças significativas entre os grupos quanto à auto-estima ($t=2,074$, $df=31$, $p<0,05$) sendo que o segundo grupo referido apresenta valores mais elevados.

Quanto à percepção do suporte social, não existem diferenças significativas entre os grupos ($t=1,682$, $df=31$, $p>0,05$).

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Actividades Profissionais (Militar, Militarizado, Civil, Desempregado)

Utilizamos um teste não paramétrico para a variável auto-estima - teste Kruskal-Wallis - e para o suporte social uma metodologia paramétrica - Anova one way - para percebermos se existem diferenças significativas entre os diferentes grupos. No

primeiro teste podemos constatar que essas diferenças não são relevantes entre os grupos profissionais quanto à auto-estima ($H=2,988$; $p>0,05$). O teste de Anova mostra-nos que também não existem diferenças significativas entre os grupos quanto ao suporte social ($F=1,551$; $df_1=3$; $df_2=29$; $p>0,05$).

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Estado Civil (Solteiro, Casado, Divorciado)

Para os elementos relativos à auto-estima utilizamos um teste Kruskal-Wallis e para os do suporte social um teste Anova. O valor do primeiro é de 7,846 para $p<0,05$, ou seja, existem diferenças significativas no estado civil quanto à auto-estima. Através do teste de Scheffé podemos perceber que essas diferenças estão presentes no grupo de solteiros e casados e entre o grupo de casados e divorciados. Em ambas as situações o grupo de casados revela valores mais elevados quanto à auto-estima.

Existem diferenças significativas no suporte social ($F = 5,028$; $df_1 = 2$; $df_2 = 30$; $p<0,05$). Estas existem entre o grupo de solteiros e casados sendo que o segundo apresenta valores mais elevados quanto ao suporte social.

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Frequência (Ou Não) De Reuniões De AA

Utilizamos o teste de comparação de médias T-Student, através do qual percebemos que os valores de auto-estima ($t=1,299$; $df=31$; $p>0,05$) e de suporte social ($t=1,821$; $df=31$; $p>0,05$) não diferem entre os grupos.

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Companhia Durante a Recaída

No teste de comparação de médias T-Student percebemos que não existem diferenças significativas entre os grupos quanto à auto-estima e à percepção de suporte social já que para a primeira variável $t=-1,944$; $df=13$; $p>0,05$ e para a segunda $t=-0,872$; $df=13$; $p>0,05$.

DISCUSSÃO

Abordámos, ao longo de todo o trabalho, a temática do alcoolismo e da dependência. Debrucemo-nos, agora, a partir da análise dos resultados obtidos, sobre as reflexões a que esta temática nos permite chegar.

O presente estudo constitui dois grupos de sujeitos, nos quais agrupamos num deles todos os indivíduos que afirmam não ter tido qualquer recaída e no outro, todas as pessoas que afirmam ter recaído nos seus consumos alcoólicos. Propomo-nos então reflectir sobre as diferenciações/ relações entre estes dois grupos de sujeitos .

No que às questões abertas diz respeito, relativamente à totalidade da amostra, podemos sublinhar o facto de que os sujeitos tendem a sentir e vivenciar a sua família tal como eles próprios se sentem. Neste sentido, à luz do mecanismo da identificação projectiva podemos compreender que, uma vez abstinentes, tendem a considerar que a família está mais atenciosa, mais carinhosa e mais próxima. Se por outro lado estão a consumir, expressam o seu sentimento de que a família está mais afastada, sentem-se mais isolados e sentem que existem mais conflitos (vivendo-a como que uma espécie de reflexo da distância que ele próprio imprime ao outro, pelo e através do seu consumo, que de facto o alheia e afasta dos outros).

Curiosamente, nesta mesma questão, o grupo que nunca recaiu vê a família como mais ansiosa relativamente à possibilidade de um retorno ao álcool. Não negamos que esse medo possa de facto estar na família... mas não estará e partirá antes de mais deles próprios?

Reparemos como existem, nesta questão, dois pólos: por um lado a perspectiva da família que se comportará em função do comportamento do adicto; por outro a interpretação do sujeito dependente que, uma vez consumidor, gera conflitos, discute e se afasta dos seus mas que na sua verdade estes comportamentos são entendidos como vindos dos seus parentes e não a si mesmo. No outro é depositado, projectado, o que em si parece não conseguir perceber e tolerar, sendo ainda que o papel de um intenso sentimento de culpabilidade, nos parece ser aqui particularmente relevante.

Inclinemo-nos agora sobre as questões sócio-demográficas. No grupo onde já houve retornos ao consumo metade dos elementos está ligado ao ramo militar (50%) e um quarto dos elementos do grupo é civil (25%). Os militares são, com alguma frequência, chamados a provar a sua abstinência através de testes realizados nas unidades a que pertencem. No entanto, este facto não se assume de todo impeditivo de

voltarem a consumir. Parece existir também, neste ambiente, alguma pressão ao consumo e, apesar dos rastreios frequentes de que são alvo, os militares tendem a recair com mais facilidades do que os outros elementos inquiridos.

Por outro lado, os elementos civis têm também uma taxa de recaída extremamente elevada. Neste caso, pode existir algum descontrolo por parte dos sujeitos que não os permita uma completa integração e que os leve novamente à repetição dos comportamentos anteriores. São, por norma, sujeito com empregos ligados ao álcool (ramo da restauração) e menos fiscalizados laboralmente. Estes factos podem fazer com que o retorno ao consumo aconteça sem que a entidade laboral se dê conta e, portanto, sem consequências a nível profissional.

Os elementos que já voltaram a consumir fizeram-no, em média, 23 meses depois de saírem de um primeiro tratamento. Estes resultados não estão em consonância com os de Guerra (2004) que refere que as taxas de recaída de um dependente de substância que volta a consumir se verificam principalmente entre os seis meses e um ano.

Metade dos sujeitos que já teve recaídas vive sozinho (50%). Uma recaída pode fazer com que as pessoas se afastem e tenham menos confiança no sujeito; ou, por outro lado, se um indivíduo quer consumir, afasta-se do seu grupo de modo a fazê-lo sem qualquer tipo de pressão ou impedimento. É de reforçar que, de facto, o isolamento aumenta o risco de recaída (Trulsson & Hedin, 2004).

No grupo que nunca recaiu 58,8% dos sujeitos vive com a esposa ou com a esposa e os filhos. Neste caso, as separações não acontecem com tanta frequência talvez porque os sujeitos se sentem (mais) acompanhados. Parece não existir um afastamento de nenhuma das partes já que o dependente volta a ter uma vida sem consumos.

Note-se agora com particularidade como entre os sujeitos com recaídas, encontramos naturalmente associadas as variáveis relacionadas com o nível expresso de auto-estima (situação de tristeza, frustração, sentimentos de incapacidade – 40%) e em situações que envolvem uma má percepção social (pressão social para consumir – 40%). Estas situações tornam mais clara a importância destas duas variáveis na recaída dos sujeitos. De facto, indivíduos narcisicamente frágeis tendem a expressar capacidades internas limitadas de lidar com a pressão e com a frustração que tantas vezes as relações sociais acarretam. Neste sentido, o estudo de Barroso (2004) mostra-nos como a pressão do grupo de pares é sem dúvida importante já que o álcool funciona como meio, por vezes único de possibilidade de integração social (pela ausência de recursos internos de

melhor qualidade e eficácia). Também Gaspar (2006) refere que a pressão do grupo é um factor igualmente muito importante, desta feita, para a (re)iniciação do consumo de bebidas alcoólicas.

Surge ainda a situação de conflito interpessoal (10% das situações). Neste caso, existe uma incapacidade do sujeito para lidar com situações frustrantes e complicadas, com as quais se sente em dificuldade. Perante estas o indivíduo tende a retornar ao consumo de álcool. A pouca tolerância à frustração faz-se assim sublinhar enquanto característica desta população.

As situações de recaída destes sujeitos são as que no estudo de Cummings, Gordon & Marlatt (1980; citado por Marlatt & Gordon, 1993) aparecem como mais frequentes (exceptuando o teste de controle pessoal).

Desta forma, verificamos que 53,3% dos sujeitos estava sozinho quando voltou a consumir. De facto, os sentimentos de isolamento e de abandono podem estar muito presentes quando os dependentes de álcool voltam a beber. No entanto, cerca de 46,7% das pessoas estava acompanhada quando voltou a consumir. A pressão que os outros exercem sobre o consumo e a necessidade de se identificar com o grupo de pares pode ser um factor importante de recaída. Esta necessidade de identificação com o grupo, que sabemos intimamente relacionada com a fragilidade narcísica, levará os sujeitos a facilmente cederem. O consumo eleva-se então como que uma medida remediativa, ilusoriamente adaptativa, face á sua impossibilidade de entrar em contacto com o que em si não encontra, e através do consumo espera encontrar. Ainda que por vezes se possa pensar ser a procura da adaptação e integração aquilo que move o consumo, este não é mais do que a expressão do lugar da falha: não se adapta, mas sim tenta anestesiar a dor da não adaptação.

Temos por um lado o isolamento como factor de possível retorno ao consumo e por outro a companhia de consumidores e/ou de pessoas que pressionem ao consumo. Ambos os factores podem ser relevantes na recaída (Broome, Simpson & Joe, 2004; Straub, 2005). Esta é certamente uma perspectiva importante, mas sem dúvida algo acessória: questionamo-nos antes, o que levará sistematicamente o sujeito a expor-se a situações que tantas vezes se constituem de risco de retorno ao consumo. Em que lugar dentro de si mesmo se posiciona este sujeito de forma a que aquilo que pertence à esfera do real externo é não raras vezes ultrapassado?

Vimos anteriormente que a auto-estima e a percepção de suporte social estão forte e significativamente correlacionadas ($R_p=0,803$; $N = 33$; $p<0,05$). Esta correlação

indica-nos que, de facto, quando uma variável aumenta a outra varia no mesmo sentido aumentando também. A reciprocidade e inter-relacionalidade entre estas variáveis não deixa de poder ser aqui enfatizada: sentir-se amado e valorizado pelos outros, contribui para que se valorize a si mesmo e se sinta bem consigo próprio. Assim, pessoas isoladas sentem-se provavelmente abandonadas pelos outros e, como tal, desvalorizadas e depreciadas. Não esqueçamos porém, o reflexo entre o dentro e o fora, lembrando aqui uma vez mais os nossos primeiros parágrafos, tecidos à luz do mecanismo da identificação projectiva.

Segundo Fonseca, Santos, Tap & Vasconcelos (2004) a auto-estima tem uma grande importância na adaptação psicossocial do indivíduo. É de acrescentar que, se falha o desenvolvimento de capacidades adequadas de socialização, aparece o isolamento e a auto-desvalorização (Scheier, Botvin, Griffin & Diaz, 2000). Estes estudos mostram como as duas variáveis estão interligadas e como o desenvolvimento de uma pode influenciar o crescimento da outra.

Entre os dois grupos testados estatisticamente, existem diferenças significativas quanto aos valores de auto-estima. Assim sendo, as pessoas que nunca recaíram sentem-se mais valorizadas, menos culpadas e mais seguras de si mesmas sendo que as que voltaram a consumir se sentem desmoralizadas e desmotivadas – sentimentos comuns nestas situações (Miller & Rollnick, 2001). De facto, se a auto-estima se refere à avaliação própria da eficiência (Scheier, Botvin, Griffin & Diaz, 2000) a existência de uma recaída traz sentimentos de desvalorização e incapacidade. Os sujeitos sentem que não são capazes de fazer aquilo a que se propuseram que, no caso, será manter a abstinência. Um estudo de Wilke (2004), revela-nos que a auto-estima da população dependente de substâncias é mais elevada quando se encontram em abstinência e menor quando existem ou existiram recaídas.

Gorski & Miller (1986) referem que, entre outras causas, os sentimentos de depressão, de desvalorização e de desmotivação muito fortes podem fazer com que o sujeito sinta que a vida a consumir vale mais a pena do que a vida em abstinência. Assim, o retorno ao consumo aparece como forma de tapar o buraco do amor próprio. Para além dos sujeitos com recaídas terem uma auto-estima menos elevada que os restantes, parecem estar mais predispostos a novos consumos já que se sentem desvalorizados.

Vimos também que quanto à variável auto-estima existem diferenças significativas entre o grupo de casados, solteiros e divorciados. O primeiro apresenta

valores estatisticamente mais elevados que os restantes. Quanto ao suporte social o grupo de elementos que são casados tem valores significativamente mais elevados que o grupo de solteiros. De facto as pessoas solteiras sentem-se mais isoladas e menos valorizadas que as restantes, nomeadamente daquelas que têm um relacionamento conjugal. Estas últimas têm pelo menos um elemento com quem têm uma ligação forte e com quem sentem que podem contar. As pessoas solteiras sentem que são menos estimadas, que têm menos pessoas que cuidem delas e que as apreciem. A família constituiu uma fonte de valorização (Noack & Puschner, 1999 e Sandler, Miller, Short & Wolchik, 1989, citados por Lipschitz-Elhawi & Itzhaky, 2005), e é um elemento de suporte facilitador do ajustamento social (Colarossi & Eccles, 2003, citados por Lipschitz-Elhawi & Itzhaky, 2005).

Quanto aos elementos que são divorciados: sentem-se de facto mais desvalorizados que os sujeitos que são casados, apresentando valores de auto-estima mais baixos. Talvez se sintam também mais incapazes e menos amados já que não têm ninguém íntimo ou próximo que os auxilie diariamente nas dificuldades que sentem.

Kerns (1996) refere que o suporte do companheiro ou companheira é um dos factores de maior importância para a manutenção da abstinência sendo que pode ser extremamente positivo para o alcoólico. Consideramos que este constitui um apoio constante e uma fonte de informação sobre o seu próprio comportamento. Este elemento de suporte está constantemente presente e pode tomar parte activa na manutenção da doença, motivando o sujeito a tomar as opções mais correctas para si e orientando o dependente, de certa forma, para o não consumo.

Recordemos que 51,5% dos sujeitos que constituem a amostra nunca voltaram a consumir álcool e que 48,5% já teve recaídas. Estas percentagens estão, de facto, muito equilibradas. Pensamos que esta constância de retornar ao consumo estão muito relacionadas com a necessidade de preencher uma lacuna (Matos, 2001) que não ficou cimentada com a vida enquanto abstinente. Gorski & Miller (1986) referem que o dependente volta a consumir se se sente desconfortável e em sofrimento.

É importante salientar que os elementos da nossa amostra realizam um tratamento de base biomédica e cognitivo-comportamentalista. Note-se portanto que as questões de fundo não foram trabalhadas e que, assim sendo, a probabilidade de uma recaída é maior.

O retorno ao consumo – ou recaída – funciona como uma forma contínua de lidar com uma realidade com a qual o sujeito não é capaz de conviver. Ao voltar a

consumir obtém uma enorme satisfação e elimina temporariamente a realidade dolorosa que o envolve. Durante o novo consumo o ego volta à sua forma de onipotência sendo que durante períodos de abstinência podem voltar as ansiedades, a culpabilidade e as fragilidades egóicas (Cruz, 2003). A substância funciona como uma forma de neutralizar a depressão e a solidão. Cortam-se as relações com o meio externos para se relacionar, unicamente, com o álcool (Cruz, 2003).

Em suma: percebemos anteriormente que a auto-estima nesta população, sobretudo quando existem recaídas, é baixa. Percebemos ainda que esta variável está fortemente correlacionada com o suporte social.

De facto, pensamos que a grande problemática dos dependentes de álcool se encontra em falhas precoces, falhas essas que levam o alcoólico a sentir-se desvalorizado, inferiorizado e desligado do mundo.

A qualidade das relações precoces influencia grandemente os relacionamentos subsequentes bem como a forma como a criança se vê a si mesma e aos outros. Oliveira (1998) refere que os sujeitos utilizam as suas relações sociais, inconscientemente, para lidar com situações complexas como a ansiedade e os sentimentos de culpa. O jogo da relação, através da projecção/introjecção funciona como espelho da imagem própria. Quando o sujeito tem dificuldades na relação com o outro, o conceito de si funcionará em consonância.

Acrescente-se que esta população tem características marcadamente imaturas que se devem à desresponsabilização e à falta de liberdade que os pais de adictos tendem a atribuir aos seus filhos. Esta imaturidade leva-os a um desenvolvimento tardio e portanto a sentimentos de inferioridade e a uma sensação de isolamento social (Berryman, Hargreaves, Herbert & Taylor, 2002). Além disso, manifestam uma enorme dificuldade de comunicação que os faz sentir minimizados. Acontece que o alcoólico espera, muitas vezes, por uma oportunidade para poder falar funcionando a bebida como a ponte de comunicação com o meio envolvente, como pedido de ajuda e/ou como forma de escapar de uma realidade dolorosa, marcada por sentimentos de solidão. O diálogo impossível com o mundo externo passa a existir com o próprio corpo, sendo por isso uma forma de narcisismo (Pinto-Coelho, 2001).

O retorno constante ao consumo funciona como uma forma de tentar colmatar as falhas que o sujeito tem. Parando o consumo voltam os sentimentos de inferioridade, de culpabilização, de isolamento, a realidade que magoa.

Sendo incapaz de lidar com esta situação, o alcoólico retorna, mais uma vez, à realidade que lhe agrada: aquela que não é difícil de suportar, aquela onde se sente onnipotente e onde o ego está no seu mais alto nível.

O presente estudo apresenta algumas limitações. O número de sujeitos a que nos foi possível aceder é extremamente reduzido sendo, desta forma, impossível tirar conclusões deste tipo de população. As reflexões a que podemos chegar dizem apenas respeito a este grupo de pacientes.

Teria sido interessante ter sujeitos do sexo feminino. Poderíamos explorar e até comparar ambos os géneros, de modo a percebermos se existem semelhanças ou diferenças nos resultados.

Os testes aplicados são extremamente breves e objectivos e não permitem nem a projecção nem uma grande entrega pessoal. Se o permitissem, seria possível uma compreensão mais aprofundada das problemáticas aqui exploradas. Além disso não têm valores de corte que possam servir como referência para elações sobre a população em estudo.

Poder-se-ia, de futuro, tentar explorar de forma mais aprofundada as questões da auto-estima, do suporte social e da recaída com uma população mais abrangente, que permita conclusões mais aprofundadas. Além disso, que outras variáveis poderão estar interligadas com as recaídas? Será que estas e outras variáveis também se manifestam nas recaídas de outras substâncias alteradoras do comportamento?

Seria ainda interessante explorar a auto-estima e a percepção do suporte social na altura em que ocorre a recaída. Como será que estas variáveis se manifestam neste período?

Valeria a pena explorar também a origem de uma baixa auto-estima, de um fraco suporte social e da constância da recaída em cada sujeito. Que factores pessoais estão aqui envolvidos?

Este estudo está em consonância com alguns resultados já existentes na literatura e permitiu um ligeiro avanço à abordagem da recaída, sobretudo no que diz respeito à variável auto-estima. Ajuda-nos também a compreender a importância da valorização que o sujeito atribui a si mesmo e do apoio que os outros nos prestam na manutenção da abstinência. Permitiu ainda tornar mais esclarecedora a origem das falhas egóicas e sociais que os alcoólicos apresentam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que, de facto, o consumo de álcool é um problema recorrente e nefasto para o sujeito. De que forma se poderá prevenir o consumo excessivo de álcool ou auxiliar um dependente desta droga?

Uma das formas de prevenir as consequências do consumo de álcool é através da prevenção primária. É importante a realização de acções educativas, que incluam a facilitação do desenvolvimento individual e relacional do sujeito, promovendo competências que permitam a escolha de comportamentos saudáveis. Estas acções focam-se no jovem adolescente (Barroso, 2004).

Quando a dependência já está instalada, o tratamento de reabilitação é necessário e essencial. Deve-se, no entanto focar-se sobre determinados aspectos que Pinto-Coelho (2001) refere: a eliminação do comportamento auto-destrutivo, o encorajamento da expressão de sentimentos, o uso de sentimentos num comportamento produtivo, o desenvolvimento de preocupações responsáveis e o encorajamento de um pensamento independente e de uma acção independente (e não igual à do seu grupo de pares, como fazia enquanto consumidor). Acrescentamos que seria importante o reforço da auto-estima e da auto-eficácia, bem como criar capacidades de socialização e de comunicação com o exterior saudáveis e adequadas que permitam a integração social, familiar e profissional dos sujeitos. Estes factores (auto-estima elevada e competências relacionais) podem auxiliar os sujeitos na manutenção da abstinência (Pinto-Coelho, 2001).

Sendo a dependência de substâncias uma doença familiar, seria indicada terapia familiar. Nesta terapia tentar-se-ia modificar o sistema de interacções no seio de uma família empreendendo-se concomitantemente na transformação do membro da família designado de paciente. A mudança no sistema familiar deve influenciar todos os elementos, fazendo desaparecer o sintoma ou comportamento indesejável (Leal, 2005). Poder-se-ia trabalhar sobretudo nas questões de intimidade, envolvimento afectivo, padrões de comunicação claros e fronteiras nítidas. Reforçar-se-ia, sobretudo, a interdependência entre os membros da família e não o hiperenvolvimento ou o o hiperdistanciamento habitual nestes casos (Pinto-Coelho, 2001).

Segundo Pinto-Coelho (2001) a família pode, na prática, apoiar a parte sã e madura da personalidade do adicto, não se centrar na dependência do seu familiar, confiar no doente e promover um estilo de comunicação motivador e estimulante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barroso, T. (2004). Álcool e comportamentos de risco em estudantes. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 133-139). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Berryman, J. C., Hargreaves, D., Herbert, M. & Taylor, A. (2002). *A psicologia do desenvolvimento humano*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Broome, K. M., Simpson, D. D. & Joe, G. W. (2002). The role of social support following short-term inpatient treatment. *The American Journal On Addictions*, 11, 57-65.
- Cruz, C. S. (2003). *Reacções de frustração em indivíduos toxicodependentes em tratamento*. Tese de mestrado, em psicopatologia e psicologia clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa
- Dias, A. (1980). *A influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutoivo toxicomano*. Coimbra: Delagrangue.
- Dias, N. (2001). *Droga e toxicodependência na imprensa escrita: discurso e percurso*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fonseca, M., Santos, R., Tap, P. & Vasconcelos, M. L. (2004). Análise da auto-estima em função da situação sócio-económica, do sexo e da idade. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 67-69). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gameiro, A. (1979). *Psicopatologia e saúde mental – guia prático sobre a saúde mental, perturbações mentais, prevenção, internamento e reabilitação*. Porto: Edições Salesianas.
- Gaspar, T. (2006). Álcool na adolescência. *Psicologia Actual*, 3, 92-95.

- George, W. H. & Marlatt G. A. (1986). Problem drinking. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.). *Self management of chronic disease: handbook of clinical interventions and research* (pp. 59-98). Florida: Academic Press.
- Gorski, T. T. & Miller, M. (1986). *Staying sober – guide for relapse prevention*. Missouri: Independence Press.
- Guerra, M. P. (2004). A abstenção tabágica: reflexões sobre a recaída. *Análise Psicológica*, 3, 507-518.
- Kerns, R. D. (1996). Family assessment and intervention. In P. M. Nicassio & T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective* (pp. 207-244). Washington D. C.: APA.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Lipschitz-Elhawí, R. & Itzhaky, H. (2005). Social support, mastery, self-esteem and individual adjustment among at risk youth. *Child and Youth Care Forum*, 34, 329-346.
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Marlatt, G. A. & Gordon, R. J. (1993). *Prevenção da recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. São Paulo: Artmed.
- Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.
- Neto, D. (1990). *Deixar a droga: tratamento para os anos 90*. Lisboa: Edições 70.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

- Oliveira, R. A. (1998). *Do vínculo ao suporte social – aspectos psicodinâmicos em sujeitos com deficiências físicas adquiridas*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Paixão, R. & Oliveira, R. A. (1996). Escala instrumental e expressiva do suporte social. *Psychologica*, 16, 83-99.
- Pinto-Coelho, M. (2001). *Ser herói para a heroína*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ribeiro, J. L. P. (1997). A promoção da saúde de toxicodependentes em recuperação. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (341-353). Braga: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Santos, P. J. & Mais, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 253-268.
- Scheier, L., Botvin, G., Griffin, K & Diaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *Journal Of Early Adolescence*, 20, 178-209.
- Sequeira, J. P. (2006). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi.
- Staton-Tindall, M., Royse, D. & Leukfeld, C. (2007). Substance use criminality, and social support: an exploratory analysis with incarcerated woman. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 33, 237-243.
- Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. São Paulo: Artmed.
- Trulsson, K. & Hedin, U. (2004). The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective. *International journal Of Social Welfare*, 13, 145-157.
- Vieira, C. (2001). Repetição, compulsão à repetição e recaídas. *Toxicodependências*, 7, 23-28.

- Wilke, D. J. (2004). Predicting suicide ideation for substance users: the role of self-esteem, abstinence and attendance at 12 step meeting. *Addiction Research And Theory, 12*, 231-240.
- Wills, T. A. & Cleary, S. D. (1996). How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal Of Personality And Social Psychology, 71*, 937-952.

ANEXOS

Anexo A

REVISÃO LITERÁRIA

Alcoolismo

O alcoolismo é um problema que afecta milhões de pessoas em todo o mundo. Os efeitos que o álcool tem no corpo e na mente humana são semelhantes aos efeitos provocados por outras drogas. No entanto, o consumo de álcool é, na maioria dos países, aceite cultural e legalmente. Estes factos fazem com que seja mais difícil perceber quando existe dependência de álcool (Cook & Reuter, 2007).

O álcool é o depressor cerebral mais utilizado, constituindo uma causa de mortalidade e morbidade muito importante. A dependência desta substância pode ter consequências sérias (depressão, *black-outs*, doenças hepáticas, etc.). Segundo a APA (2004) a dependência de álcool manifesta-se por uma utilização desadaptativa do mesmo sendo que as consequências desse mesmo uso são manifestas. Quando se apresentam três ou mais dos seguintes sintomas considera-se, segundo a DSM-IV, dependência de álcool:

- Aumento da tolerância:
 - Necessidade de quantidades cada vez maiores para atingir o efeito desejado;
 - Diminuição do efeito com a utilização da mesma quantidade de álcool;
- Síndrome de abstinência:
 - Sintomas que ocorrem quando o sujeito se encontra em abstinência (tremuras, náuseas, enjoos, etc.);
 - Consumo da substância para diminuir os sintomas de abstinência;
- Consumo da substância em quantidades muito elevadas ou por um período longo;
- Desejo de consumo ou esforço (sem êxito) para diminuir ou parar a utilização de álcool;
- Gasto excessivo de tempo para obter ou consumir álcool;
- Abandono de actividades sociais, de lazer ou outras devido ao consumo excessivo de álcool;

- O consumo da substância é mantido durante muito tempo apesar das consequências que o sujeito que a consome tem.

Pinto-Coelho (2001) refere que a dependência é “um estado de intoxicação crónica ou periódica, provocada pelo consumo repetido de uma droga natural ou sintética, de forma voluntária” (p. 25) que se manifesta pelo desejo compulsivo de consumir (apesar das consequências), pelo aumento da tolerância e pelo aparecimento de um conjunto de sintomas e sinais físicos e psicológicos que se manifestam quando cessa o consumo.

Quando ingerido em doses moderadas, o álcool tem um efeito transitório estimulante sendo, no entanto, a sua acção final depressora do sistema nervoso central sobretudo nas áreas do córtex cerebral. O álcool diminui as capacidades de percepção, debilita a memória, a capacidade de integração associativa e a imparcialidade. O consumo desta substância perturba os hábitos mais complexos do dia-a-dia incapacitando a realização dos mesmos (Grande Enciclopédia Universal, 2004). Estimula a passagem ao acto e o envolvimento em comportamentos de risco e inebria parcialmente a capacidade de avaliação da situação. A noção de limites fica menos aguçada (Barroso, 2004).

A sintomatologia do consumo desta substância varia: pode-se manifestar sob a forma de ligeira euforia, através de alterações nas funções sensoriais (como a linguagem incoerente ou balbuciante), da confusão mental e da progressiva descoordenação dos movimentos. Nos casos mais graves (intoxicação aguda) podem aparecer alucinações ou delírios com características insultuosas ou persecutórias de cariz sexual ou homossexual, principalmente. O comportamento pode tornar-se violento e perigoso. No *delirium tremens*, uma das manifestações mais graves do consumo excessivo de álcool, surgem alucinações que tomam a forma de pequenos animais que correm pelo corpo ou pela parede. Podem também manifestar-se alucinações acústicas, tácteis e/ou gustativas aterradoras que levam o sujeito a um estado de pânico incontroável, desorientação e abatimento. Há grande agitação e tremores dos membros. Imediatamente antes de se manifestar a crise, o sujeito está inquieto e irritado, podendo apresentar insónias e pesadelos (Grande Enciclopédia Universal, 2004).

Segundo George & Marlatt (1986) o alcoolismo é permanente, irreversível e crónico sendo a abstinência o único objectivo aceitável de tratamento. No entanto para Pinto-Coelho (2001) e Ribeiro (1997) esta é uma doença não-crónica e, portanto, passível de cura. O dependente é ainda visto como uma pessoa em dificuldade que

adoptou um novo estilo de vida com o objectivo de encontrar satisfações imediatas. O alcoolismo aparece então como um sintoma de inadaptação do sujeito, característico de uma personalidade vazia que o dependente tenta preencher com a bebida.

Não está provado que a tendência para o alcoolismo seja herdada directamente (Pinto-Coelho, 2001). No entanto, em cerca de 40% das histórias de vida de alcoólicos, existem problemas de alcoolismo ou outro problema mental nos pais ou em familiares próximos. Há sujeitos que manifestam uma tendência irresistível para o abuso de bebidas denominada de dipsomania. Esta perturbação mental é intermitente e é activada pela ingestão excessiva de álcool. Alguns destes doentes manifestam timidez e retraimento enquanto outros se mostram violentos e conflituosos. Outros, ainda, manifestam perturbação do tipo paranóico. A dipsomania pode ser a manifestação de uma acentuada dependência materna que se desenvolveu no estágio oral da infância durante a lactação (Grande Enciclopédia Universal, 2004).

Neste tipo de patologia existe uma incapacidade por parte do doente de contrariar o impulso sendo que há uma tensão antes do comportamento impulsivo, uma sensação de prazer durante o acto e uma possibilidade de vir a experimentar sentimentos de arrependimento, culpa, tristeza e vergonha depois de ingerir álcool (Teixeira, 2005).

Auto-Estima

A auto-estima é um conceito extremamente estudado e, como tal, são diversas as formas de o descrever. Pode ser descrita, por exemplo, como

O grau com que as qualidades e características englobadas no auto-conceito de uma pessoa são percebidas como positivas. Reflete a auto-imagem física, a percepção do cumprimento do dever e das capacidades, bem como a forma como os outros vêem a pessoa e lhe respondem. Quanto mais positiva for a concepção dessas qualidades e características, mais elevada é a auto-estima. Um alto ou razoável grau de auto-estima é considerado um importante ingrediente de saúde mental, sendo que uma baixa auto-estima e sentimentos de desvalorização são ambos sintomas depressivos (APA, 2007, p. 830).

Consiste nos pensamentos e sentimentos que o sujeito atribui a si mesmo em várias áreas da sua vida, incluindo a forma como se sente acerca da sua pessoa ou o julgamento pessoal (positivo ou negativo) do seu próprio valor (Dusek, 2000; Faria, Pepi & Alesi, 2004; Scheier, Botvin, Griffin & Diaz, 2000). Webber (s.d.) descreve-a

como a forma como cada um se estima, ou seja, a forma como cada um se vê, se aceita, se aprecia.

Gaspar (2006) diz que esta resulta da forma como interpretamos e valorizamos os factos mais positivos ou negativos e os integramos (o quanto gostamos de nós, de ser como somos, a opinião e o sentimento que temos por nós próprios), e que está intimamente ligada ao auto-conceito (o que pensamos e conhecemos de nós mesmos). Scheier, Botvin, Griffin & Diaz (2000) salientam que a auto-estima se refere à avaliação própria da eficiência que os sujeitos apresentam nos vários papéis e atributos pessoais que constituem o auto-conceito.

O valor próprio não é mais do que a relação entre o sucesso que se tem e aquilo que se aspira ou se pretende obter. Acrescente-se ainda que quanto mais exigente o indivíduo é consigo próprio, mais este conceito tende a ser reduzido. Por outro lado, quanto menos o nível de aspiração de um sujeito, maior tenderá a ser o valor que tem por si mesmo (Rogers, 1982). Peixoto (1998) descreve-o como a distância entre o *self* real e o *self* ideal.

Ter uma elevada auto-estima pode ser extremamente importante já que se uma pessoa se valoriza e acredita que tem capacidades para realizar uma determinada tarefa, é mais provável que o consiga fazer. Além disso, não desiste com tanta facilidade perante obstáculos (Gaspar, 2006), apresentando maior confiança nas suas opiniões e decisões (Fonseca, Santos, Tap & Vasconcelos, 2004).

Segundo Senos (1996) e Veiga (1995) a auto-estima tende a ser resistente a informações contrárias aos valores, ao modo como se comportam os sujeitos e ao modo como se vêem. Senos (1996) acrescenta que os sujeitos tendem a procurar, de forma activa, informações que confirmem a noção que têm de si mesmos, negando a informação contrária às suas próprias convicções.

A auto-estima nasce na relação com os outros. Assim sendo, as relações familiares, nomeadamente as atitudes dos pais para com o filho, vão reflectir a noção que a pessoa tem de si mesma (Rogers, 1982). Silbereisenn, Noack e Ritzle (1987) defendem que uma fraca noção de si mesmo pode ser resultante de rejeição por parte dos pais, professores e colegas.

A auto-valorização constrói-se, portanto, desde a infância sendo que carências afectivas, abandonos, rejeições, críticas constantes e/ou perdas significativas podem provocar sentimentos de insegurança, vergonha, timidez, raiva, severas autocríticas e, como tal, um fraco amor próprio. Um ambiente estável, de afecto, estabilidade, elogios,

comunicação eficaz e cooperação produz sentimentos positivos de si, segurança, alegria, motivação e respeito por si mesmo. Esta autora defende que numa baixa auto-estima está presente o fraco gosto por si, a maximização das incapacidades, a ansiedade, sentimentos de insegurança, incerteza, inadequação, dependência, baixa autoconfiança, necessidade de reconhecimento, desistência fácil, insatisfação, dificuldade em receber elogios e em estabelecer relações. No entanto, quando o sujeito se valoriza, apresenta mais autoconfiança, harmonia interior, satisfação, persistência, capacidade de pensar e lidar com os problemas, valorização das suas capacidades, respeito por si mesmo e pelos outros, bem como relações interpessoais mais abertas e saudáveis (Gaspar, 2006).

Segundo a Grande Enciclopédia Universal (2004) uma infância que tenha decorrido num ambiente descuidado e pouco higiénico, no abandono e com privações faz desenvolver sentimentos de insegurança e de hostilidade.

Hirsch & DuBois (2000) e Lipschitz-Elhawi & Itzhaky (2005) demonstram que este conceito é um dos contributos mais substanciais para o ajustamento dos jovens. Assim, estes autores referem que a baixa auto-estima está, de facto ligada a problemas de ajustamento.

Uma elevada auto-estima está associada ao bem estar físico e emocional, à ligação familiar, as relações inter-pessoais positivas, à resiliência (Scheier, Botvin, Griffin & Diaz, 2000), a bons resultados escolares, a uma elevada satisfação com a vida e a uma boa saúde física; enquanto uma baixa auto-valorização está associada à depressão, à rejeição dos pares e à delinquência (Dusek, 2000). Existe também uma relação entre esta variável e a tensão escolar, comportamento desviante e o risco de uso de substâncias em adolescentes (Dusek, 2000; Scheier, Botvin, Griffin & Diaz, 2000; Mitic, 1980 e Yanish & Batte, 1985 citados por Malcolm, 2004). Wang, Harvey, Falk & Carlson (2001) e Schroeder, Laflin & Weis (1993, citados por Malcolm, 2004) referem que quanto mais elevada a auto-estima, menos o nível de envolvimento com álcool e menor a tendência para o experimentar.

Existe uma relação entre a auto-estima e a solidão. Ou seja, uma menor valorização própria, leva a que os sujeitos se isolem mais e, portanto, tenham menos elementos de suporte social. Há também, no mesmo estudo, relações entre a depressão e a percepção de desconexão e desligamento social (Hudson, Elek & Campbell-Grossman, 2000). Dusek (2000) encontra também relações entre a apreciação própria, o nível de desenvolvimento social e a emergência de contactos familiares e entre pares.

Quando falha o desenvolvimento de capacidades adequadas de socialização, aparece o isolamento e a auto-desvalorização. Assim, podemos concluir que estas duas variáveis (auto-estima e isolamento) estão inter-ligadas entre si, variando no mesmo sentido (Scheier, Botvin, Griffin & Diaz, 2000).

A auto-estima ganha contornos particulares quando a população alvo é dependente de substâncias alteradoras do comportamento.

São diversos os autores que defendem a existência de uma baixa auto-estima no dependente de substâncias já que este apresenta um desinteresse e uma desmotivação em relação à sua vida e ao seu futuro (Grande Enciclopédia Universal, 2004; Dielman, Leech, Lorenger & Horvath, 1984 e Young, Werch & Bahema, 1989 citados por Moore, Laflin & Weis, 1996; Patrício, 1991) e até uma tendência para o suicídio e para a depressão (Gameiro, 1979).

McIntyre (s.d.) defende também a existência de uma baixa auto-estima nesta população. Isto acontece porque a pessoa se sente inadequada. O autor refere que o nível de valorização próprio está ligado à gravidade do alcoolismo: quanto mais grave menos elevada é a auto-estima. Pinto-Coelho (2001) acrescenta que a dependência de substâncias “é uma perturbação gigantesca do narcisismo, isto é, da auto-imagem (p. 33).

Nos dependentes de substâncias existe uma depressão primitiva ou simples onde quase não existe culpa e inferioridade devido à ausência de formação de um supereu e de um ideal do eu. Em substituição destes existe, por norma, um eu ideal ou *self* grandioso (originada pela introjecção da figura idealizada). O mundo interno destes sujeitos reduz-se a uma representação de si mesmo como onnipotente e desvalorizado e um objecto interno frouxo e não confortante. Não sentem entusiasmo, esperança e são extremamente inseguros (sempre com medo e ansiedade). Estão constantemente à procura de um objecto de apego ou, pelo menos, de alívio da ânsia e do sofrimento que a carência objectal comporta. Sentem-se vazios e com uma falta que não conseguem entender: é o “afecto doloroso da falta de afecto” (Matos, 2001, p. 512).

A sua carência é tão precoce que não existem afectos, só sentimentos de conforto ou desconforto, apatia ou elação, vazio e plenitude, dor ou prazer. É portanto uma pré-depressão onde falhou a constituição de um bom objecto interno consistente e constante. Não chega a ser uma verdadeira depressão já que, se assim fosse, o sujeito poderia sentir a perda de algo que já teve. Neste caso, não chegou a existir qualquer objecto que permitisse deixar saudade.

Marot (s.d.) considera que o alcoolismo é estigmatizante e, como tal, quando a pessoa reconhece o seu estado de dependência, a auto-imagem é extremamente atingida. Muitas vezes a dependência de qualquer substância é vista como o resultado de uma fraqueza e falta de fibra moral. Esta situação faz com que a pessoa se sinta e seja vista pelos outros como um ser fraco, sem resistência e sem princípios (Ogden, 1999; Leshner, 2005). Trulsson & Hedin (2004) referem que a imagem associada ao uso de drogas e aos dependentes contribui para uma menor auto-estima. No entanto, quando esta é fortalecida, os sujeitos sentem-se mais valorizados e, portanto, mais capazes de obter relações e de interagir.

Uma menor auto-estima deve ser compensada, por exemplo, com contactos sociais e, segundo Marot (s.d.) quando é elevada contribui de modo muito positivo para a manutenção da abstinência.

Suporte Social

O suporte social é

A provisão de assistência ou conforto a outros, normalmente de modo a ajudá-los a gerir uma variedade de elementos geradores de stress que podem ser biológicos, psicológicos e sociais. O suporte pode nascer de qualquer relação interpessoal na rede social de um indivíduo, envolvendo membros da família, instituições religiosas, colegas, prestadores de cuidados ou grupos de suporte. Pode ter a forma de ajuda prática com somas de dinheiro, assistência informacional (por exemplo aconselhamento), e no nível mais básico, suporte emocional que faz com que o sujeito se sinta valorizado, aceite e compreendido. O suporte social é visto como tendo efeitos positivos física e psicologicamente, particularmente na protecção contra os efeitos negativos do stress (APA, 2007, p. 869).

O apoio ou suporte social pode também ser descrito como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que nos mostram que se preocupam connosco, que nos valorizam e que gostam de nós. É uma variável muito importante na área da saúde (Ribeiro, 2007).

Burleson (1994, citado por Paixão & Oliveira, 1996), numa perspectiva comunicacional, vê o suporte social como o processo de comunicação ou interacção que acontece entre as pessoas. Este processo transmite-lhes a ideia de que são valorizadas e apreciadas (reforçando parte da ideia acima descrita).

Lin descreve-o como a relação do sujeito com o meio social envolvente que consiste, basicamente, no meio comunitário, na rede de contactos sociais e nas relações íntimas (1986, citado por Paixão & Oliveira, 1996).

Esta variável consiste na ajuda e suporte que as pessoas recebem da interacção com os outros (Bishop, 1994) e tem quatro funções básicas:

- Suporte de estima: ajuda as pessoas a sentirem-se melhor com elas próprias e nas relações com os outros já que permite uma sensação de ser aceite e amado. O encorajamento e a aceitação por parte dos outros faz aumentar o suporte de estima;
- Suporte de informação: ajuda quanto ao esclarecimento e à definição de determinadas situações quando estas se apresentam de forma ambígua e de difícil compreensão. Os outros podem-nos informar sobre a forma mais correcta de lidar com a situação;
- Suporte instrumental: assistência concreta, sob a forma de ajuda financeira, serviços ou bens materiais;
- Suporte de companheirismo: ajuda por parte de outros, simplesmente através da sua presença. Este tipo de suporte que inclui, por exemplo, passar tempo com outros em actividade de lazer, pode ajudar as pessoas a lidar com situações difíceis distraíndo-as dos seus problemas ou fazendo-as sentirem-se melhor.

Existem, na perspectiva de Wortman (1984, citado por Trulsson & Hedin, 2004) três tipos de suporte social. Um desses tipos de suporte é o emocional (os problemas do sujeito são escutados, a pessoa sente-se compreendida e valorizada). Existe ainda o suporte instrumental (são atribuídos, às pessoas, mecanismos que lhes permitam ter uma nova vida) e o suporte cognitivo (são dados conselhos e informações que façam com que a pessoa siga em frente).

O suporte social pode ser medida pela estrutura da rede através do número, densidade ou proximidade de relações que a pessoas têm para lhe prestarem apoio. Esta forma de medida indica se a pessoa tem quem lhe preste auxílio. No entanto apenas dá uma indicação indirecta da avaliação das funções de suporte. Esta variável pode ainda ser medida pela sua função: o suporte funcional entra em acção nas áreas precisas em que a pessoa necessita de ajuda (Bishop, 1994).

O suporte dos outros pode ajudar os sujeitos a sentirem-se mais valorizados (Bishop, 1994), sendo particularmente importante pela sua acção no modo como se

encaram os desafios e as ameaças (Gonçalves, Paiva, Leal & Gomes, 2004). Segundo Colarossi & Eccles (2003, citados por Lipschitz-Elhawi & Itzhaky, 2005) o suporte social percebido pelo indivíduo facilita o ajustamento, sobretudo quando advém da família e do grupo de amigos. Vários estudos consolidam esta relação (Noack & Puschner, 1999 e Sandler, Miller, Short & Wolchik, 1989, citados por Lipschitz-Elhawi & Itzhaky, 2005), salientando ainda a família como a primeira fonte de auto-estima percebida.

Segundo Dean, Lin & Ensel (1981, citados por Kerns, 1996) as famílias são grupos compostos por membros que têm a obrigação de providenciar apoio emocional e material. A interacção com a família é muito importante mas, de forma geral, é um aspecto extremamente negligenciado. Quando há suporte familiar, o doente apresenta níveis mais baixos de stress (Kerns, 1996; Staton-Tindall, Royse & Leukfeld, 2007). Além disso, Kerns (1996) salienta que os sujeitos que têm uma alta satisfação marital mostram níveis de dor menos elevados que os que têm uma baixa satisfação.

Quando numa família ou em qualquer outro grupo social existe um dependente de substâncias, o suporte ou apoio toma contornos mais específicos, podendo o seio familiar constituir-se como facilitador ou impeditivo da continuidade do consumo.

Trulsson & Hedin (2004) salientam a importância da família, dos profissionais de saúde e dos amigos na recuperação. Contudo, referem que os dependentes tendem para o isolamento. O suporte social é muito importante quando terminam um tratamento e se preparam para a reabilitação social e psicológica. Kristiansen (1999, citado por Trulsson & Hedin, 2004) acrescenta ainda que o suporte profissional é um componente muito importante quando em abstinência.

O dependente de substâncias tem, habitualmente, relações pouco sãs com a família (de quem depende excessivamente) e com a sociedade de forma geral. A família pode ser encarada como um contexto primário de socialização, ao qual o sujeito recorre com alguma facilidade quando necessita de auxílio e suporte. Assim sendo, pode ser um elemento fulcral no processo adictivo de um sujeito.

A adicção é uma doença familiar onde o paciente é o membro onde se manifesta o sintoma. Na realidade o seu comportamento reflecte simplesmente a existência de uma patologia geral na família (Abelaire, 1992).

Por norma, existe na família do dependente uma hiper-protecção materna (que cria uma personalidade dependente) e uma figura paterna ausente sendo que o sujeito assume o papel de bode expiatório dos conflitos familiares. Fica na família mas de

forma alheada ao que se passa à sua volta e aos problemas de forma geral (Gameiro, 1979; Patrício, 1991).

Segundo Cruz (2003) esta sobreprotecção está muito ligada à imagem que os pais têm dos seus filhos: vêem-nos como fracos e impotentes para se autonomizarem. Esta situação faz com que os filhos tenham sérias dificuldades em desenvolver uma auto-estima sã.

Estes pais incutem ainda nos filhos a ideia de que o mundo externo é perigoso e ameaçador, reforçando a aliança familiar e a necessidade de união. O contacto com o mundo externo é deixado de lado (Abelaire, 1992).

As mães de adictos têm grandes dificuldades em estabelecer limites e, portanto, em permitir a independência e transição para a idade adulta – tornam-se facilmente co-adictas. O modelo relacional que predomina é impeditivo da separação sendo que o consumo aparece como forma de solucionar este conflito relacional. Existe, por norma, um pai ausente física e psicologicamente e uma figura materna dominante, imatura emocionalmente e ambivalente quanto ao papel a desempenhar na família (Cruz, 2003). Abelaire (1992) acrescenta que a relação do casal tende a ser insatisfatória e conflituosa e que, por isso mesmo, existe um investimento materno no filho toxicodependente.

Além do padrão familiar acima descrito, os dependentes de substâncias podem ainda ter membros da família co-adictos. Isto é, pessoas que tentam escamotear as consequências da adicção, que protegem o dependente prestando-lhe apoio, arcando com as suas responsabilidades e, por vezes, auxiliando-o na obtenção da substância. As famílias com membros co-adictos podem ajudar na continuidade do consumo ou na recaída no mesmo (Gorski & Miller, 1986).

Kerns (1996) salienta ainda a importância dos grupos de apoio. Estes são extremamente importantes na partilha de problemas, de emoções e de informação e são, segundo Trulsson e Hedin (2004) de extrema importância na manutenção do tratamento. Nos grupos de auto-ajuda, segundo Leal (2005), partilham-se vivências onde existe semelhança real ou percebida do sofrimento. Existe um forte sentimento de pertença, grande união e coesão dos elementos. As características destes grupos dão aos membros uma sensação de apoio e aceitação tornando-se o mesmo um factor de elevado suporte.

Quando a auto-valorização e a percepção de um bom suporte social falham, o que tende por norma a acontecer é o retorno constante ao consumo, já que é nele que encontram o prazer e o (falso) narcisismo (e não nas relações sociais e familiar que o circundam).

Recaída

A recaída consiste no uso de substâncias psicoactivas, depois de um período de abstinência, por um sujeito que tenha realizado um tratamento no qual aprendeu a fazer - e no qual internalizou - mudanças que lhe permitiram viver sem o uso da substância. É, portanto, a violação de um conjunto de regras auto-impostas. Nesta inclui-se o consumo bem como comportamentos prévios relacionados com o uso de substâncias sendo que o critério de abstinência é violado, por definição, por uma única ocorrência do comportamento-alvo (o consumo). Existe, em cada consumo, a gratificação imediata, o prazer imediato (George & Marlatt, 1986; Marlatt & Gordon, 1993).

Seguindo o modelo cognitivo-comportamental, há uma recaída quando o sujeito está numa situação de alto risco e, perante esta, não tem uma resposta adequada (*coping*). Entende-se por situação de alto risco qualquer situação que ameace a auto-eficácia e que possa motivar o sujeito a ter um determinado comportamento. O sujeito tem uma resposta adequada sempre que utiliza estratégias adequadas para lidar com a situação de alto risco.

Se tiver uma elevada noção de auto-eficácia, tem uma maior percepção de controlo e, como tal, tem uma forma mais eficaz de lidar com a situação e menos probabilidade de recair. Se diminuir a auto-eficácia numa situação de alto risco, as expectativas para lidar com os problemas também começam a diminuir. Além disso, se o sujeito mantiver expectativas positivas quanto à substância e aos seus efeitos, também tem maior possibilidade de voltar a consumir (Marlatt & Gordon, 1993).

De modo a explicarem a reacção à transgressão de uma regra absoluta (a abstinência), Marlatt & Gordon (1980; citados por Marlatt & Gordon, 1993) postulam um mecanismo denominado de Efeito de Violação da Abstinência (EVA). Acontece quando o sujeito está comprometido com um período de abstinência e faz um consumo único. Esta situação cria um conflito entre a auto-imagem (de indivíduo que não consome) e o comportamento actual (o consumo). A sua intensidade (do EVA) variará em função do grau de justificação externa, do esforço para manter a abstinência, da duração do período de abstinência, da presença de pessoas significativas, da percepção do início da recaída como algo voluntário e planeado, do valor ou importância subjectiva do comportamento proibido para o indivíduo. Se o sujeito se sentir culpabilizado e em conflito interno e se atribuir o consumo a si mesmo, diminui a auto-eficácia, a motivação e a auto-estima e aumenta a probabilidade de uma recaída mais

significativa e mais prolongada. Se, por outro lado, o sujeito fizer atribuições externas, a sua auto-eficácia, motivação e auto-estima não sofrem o mesmo impacto sendo que a probabilidade de recaída não aumenta.

Segundo os autores anteriormente citados, o retorno ao consumo pode ocorrer quando existe uma distorção cognitiva: negação ou racionalização. Na primeira o sujeito nega a intenção de recair e a importância das consequências negativas a longo prazo. Na racionalização elabora inúmeras desculpas que justifiquem o comportamento adictivo, ou seja, uma desculpa legítima para se ter determinado comportamento.

A recaída também pode ocorrer quando o sujeito tem um forte compulsão ou *craving*. A primeira consiste num impulso súbito para o consumo da substância (neste caso). O segundo é o desejo subjectivo para experimentar os efeitos ou consequências de um determinado acto. Nestas experiências há uma gratificação antecipada.

Segundo Guerra (2004) as taxas de recaída de uma pessoa que entra em recuperação² verificam-se sobretudo entre os seis meses e um ano. Este autor defende que o *craving* (apetência ou vontade intensa para consumir) e os efeitos da síndrome de abstinência são os factores que levam a mais recaídas. Soares (2001) defende que a probabilidade destas acontecerem depende mormente da relação entre a percepção de controlo e a intensidade de consumir.

Miller & Rollnick (2001) referem que as recaídas são processos normais na recuperação e que, neste período, surge o desânimo e a desmoralização. Este processo pode levar a pessoa a desistir já que se sente incapaz e com sentimentos de culpa. Assim sendo, para que exista nova mudança, é necessário reforçar a auto-estima, eliminando os sentimentos de culpa que o sujeito sente.

George & Marlatt (1986) defendem que a vida social dos sujeitos influencia e ajuda a manter os comportamentos de bebida. Além disso, o *stress* emocional pode provocar uma recaída. Quando se encontram em recuperação os sujeitos têm um maior sentido de confiança e de bem-estar.

No entanto, Gorski & Miller (1986), referem que em recuperação, por vezes, as pessoas sentem sofrimento e desconforto. Se isto acontece tendem a consumir novamente. Estes autores identificaram os sinais de aviso da recaída mais comuns. Existem sinais de aviso interiores (dificuldade em pensar com clareza, dificuldade no controlo dos pensamentos e das emoções, dificuldade em recordar coisas, dificuldade

² Recuperação é o período em que os sujeitos deixam de consumir (George & Marlatt, 1986).

em gerir o *stress*, dificuldade em dormir repousadamente, dificuldade com a coordenação física e acidentes, vergonha, culpa e desespero), regresso da negação (preocupação com o bem estar, negação da preocupação), comportamento evasivo e defensivo (acreditar que nunca mais volta a beber, preocupação com os outros em vez de consigo próprio, comportamento defensivo, compulsivo e impulsivo, tendência para a solidão), construção da crise (visão em túnel, depressão menor, perda da planificação construtiva, os planos começam a falhar), imobilização/incapacidade de passar à acção (sonhar acordado e pensar que o que desejava vai acontecer sem que faça nada para isso, sentir que nada pode ser resolvido, desejo imaturo de ser feliz), confusão e reacção exagerada (períodos de confusão, irritação com os amigos, raiva fácil), depressão (hábitos alimentares irregulares, perda da vontade de passar à acção, hábitos de sono irregulares, perda da estrutura diária, períodos de profunda depressão), perda de controlo sobre o comportamento (irregularidade na frequência de reuniões dos grupos de auto-ajuda e do tratamento, desenvolvimento de uma atitude de indiferença, rejeição aberta de ajuda, insatisfação com a vida, sentimentos de impotência e desespero), reconhecimento da perda de controlo (auto-piedade, pensar no consumo social, mentir consciente, perda completa da auto-confiança), redução do leque de opções (ressentimentos irracionais, irregularidade no tratamento e nos grupos de auto-ajuda, agravamento da solidão, frustração, raiva e tensão, perda de controlo do comportamento) e regresso ao uso adictivo ou colapso físico e emocional (regresso ao uso adictivo de forma controlada, vergonha e culpa, perda de controlo, problemas de vida e de saúde).

Cummings, Gordon & Marlatt (1980; citado por Marlatt & Gordon, 1993) estudaram os factores que estão mais presentes numa situação de recaída. Para tal, analisaram 311 episódios iniciais de sujeitos com diversos tipos de adicções (álcool, tabaco, heroína, jogo compulsivo e excesso alimentar). Classificaram esses factores em categorias que permitem classificar os episódios de recaída:

- Determinantes intrapessoais-ambientais: recaídas associadas a factores intrapessoais e/ou reacção a eventos ambientais não pessoais. Inclui enfrentar estados emocionais negativos (da frustração e/ou raiva e de outros estados emocionais negativos), enfrentar estados físicos-fisiológicos negativos (estados físicos associados com o uso anterior de substância psicoactiva e de outros estados físicos negativos), a intensificação de estados emocionais positivos, o teste de controlo pessoal e a rendição às tentações ou

compulsões (na presença de sinalizadores da substância e na ausência desses mesmos sinalizadores);

- Determinantes interpessoais: recaídas associadas com a influência da interacção com os outros. Inclui enfrentar o conflito interpessoal (de frustração e/ou raiva e de outro conflito interpessoal), a pressão social (pressão directa e indirecta) e a intensificação de estados emocionais positivos.

Neste estudo foi possível perceber que situações estão, com mais frequência, na origem de um retorno ao consumo:

- Estados emocionais negativos: cerca de 38% das recaídas deu-se em situações em que o sujeito um estado de humor desagradável (frustração, raiva, ansiedade, depressão, tédio);
- Conflito interpessoal: em 18% dos casos o consumo deu-se numa situação que envolvia um conflito num relacionamento interpessoal (cônjuge, amigo, patrão, familiar, etc.), ou seja, numa situação de conflito ou discussão que o sujeito não consegue controlar e resolver;
- Pressão social: 18% dão-se quando o sujeito responde à pressão de outra pessoa ou de um grupo de pessoas quer seja de forma directa (oferecer a substância), quer seja de forma indirecta (estar na presença de uma pessoa que está a consumir).

Marlatt & Gordon (1993) estudou também as situações de recaída em alcoólicos.

Deste estudo, extraiu seis situações que ocorrem com mais frequência. São elas:

- Frustração e rancor: situação em que a pessoa se sente irritada com uma situação que tenha corrido de forma inesperada e contrária às suas expectativas – 29% das situações;
- Pressão social: pressão directa ou indirecta (ver consumir) por parte do grupo de amigos – 23%;
- Tentação interpessoal: situação de contacto com a bebida (passar à porta de um bar, por exemplo) que o sujeito não foi capaz de controlar – 21%;
- Estado emocional negativo: sentimentos de isolamento, solidão, tristeza, raiva, tédio, inutilidade – 10%;
- Outras situações diversas: como, por exemplo, estar tudo a correr bem e ele decidir-se a comemorar com a ingestão de bebidas alcoólicas – 10% da;
- Nenhuma situação fornecida ou incapaz de recordar – 7%.

Jaffe (1965, citado por Ribeiro, 2003) diz que existem quatro passos que podem levar à recaída. São eles a decisão consciente de voltar a consumir, a interacção de problemas múltiplos, atitudes de onnipotência e o risco de recair na sequência de decisões aparentemente relevantes.

Marlatt & Gordon (1993) referem que a taxa de retorno ao consumo para os consumidores de álcool, depois de terminado um programa, é de 40% na terceira semana e de cerca de 30% depois de um ano de abstinência. Para que diminua a possibilidade de recaída, é preciso que os sujeitos se confrontem com a compulsão de consumir, com as dificuldades da sua vida e com as vulnerabilidades do *self*. Deve ser aumentado o contacto com não consumidores e diminuído o contacto com sujeitos que consumam. Além disso, é de extrema importância a frequência de grupos de interajuda (Soares, 2001).

Um estudo de Monti, Barnett, Colby, Gwaltney, Spirito, Rohsenom & Woolard (2007) salienta também a importância da comparência em entrevistas motivacionais comparativamente com o *feedback* personalizado. Os autores afirmam que as primeiras reduzem mais o consumo de álcool do que as segundas. O *feedback* personalizado consiste no contacto com o doente em consultas de cerca de 5 minutos e de contacto por e-mail. Os pacientes são, nesta modalidade, questionados acerca da quantidade do seu consumo e das consequências que o sujeito apresenta quando bebe. Por seu turno, a entrevista motivacional dura cerca de 30-45 minutos existindo também um contacto telefónico posterior à mesma. A finalidade da entrevista motivacional são o reforço da auto-eficácia, compreender a quantidade de consumo, os comportamentos de risco, a motivação para a mudança comportamental e os objectivos que os sujeitos têm a longo prazo. Neste tipo de intervenção as pessoas dizem sentir-se melhor, mais valorizadas, vendo o conselheiro/técnico como alguém com quem podem contar em caso de necessidade. O facto de se sentirem mais capazes e de sentirem que têm um apoio, faz com que o consumo de álcool diminua.

Numa perspectiva mais psicodinâmica, define-se a recaída como o retorno ao consumo consiste na re-emergência de sintomas que requerem tratamento em instituição de saúde sendo que neste existe uma associação entre estímulos do ambiente, traços mnésicos e a reactivação de circuitos do cérebro. A vulnerabilidade destes sujeitos expõe-os a múltiplas recaídas. Estas podem ser uma forma de o sujeito se conhecer melhor (Ribeiro, 2007).

Uma recaída pode ainda ser descrita como voltar a cair no estado anterior ou voltar a uma fase activa de uma doença depois de uma recuperação parcial. Uma recaída de uma doença adictiva é um regresso a atitudes, pensamentos, sentimentos, emoções e comportamentos que levam, no caso do alcoólico, ao retorno à bebida. Este processo pode desmoralizar muito uma pessoa em recuperação. Quando os sentimentos de culpabilização e vergonha aparecem de forma exacerbada, podem ser impeditivos de prosseguir um caminho sem substância (Schultz, 1991).

Segundo Schultz (1991) as razões do retorno ao consumo variam dependendo da personalidade dos sujeitos e das circunstâncias. No entanto, a autora refere alguns dos motivos que podem levar ao retorno do consumo. São eles: sentir-se onnipotente (ter um ego exagerado), ser presumido, não enfrentar a raiva, o ressentimento e os sentimentos de culpa, ser complacente (esquecer-se das limitações), sentir-se deprimido, sentir pena de si próprio, ser perfeccionista (não se permitir cometer erros), ser impaciente, usar o tempo de forma pouco sensata, criticar ou emitir juízos sobre si e sobre os outros, comunicar de forma insuficiente, isolar-se e sentir-se sozinho, não se sentir responsável e culpar os outros.

A compulsão e a repetição – que no fundo são as bases estruturais da recaída – estão ligadas ao princípio da constância (o aparelho psíquico tende a manter o conflito a um nível constante e o mais baixo possível) e ao princípio do prazer (tendência do aparelho psíquico para eliminar ou evitar a tensão ou para procurar o prazer). Quando um impulso provoca prazer, a repetição pretende o retorno a esse mesmo prazer; e quando a tendência a repetir está fixa, estamos perante o fenómeno da compulsividade. Desta forma, o acto de recair é o impulso pela satisfação urgente de uma necessidade e não da acção como intenção. “A compulsão à repetição ganha, assim, a sua característica automática, porque não só invade o aparelho mental, como até o ultrapassa” (Vieira, 2001, p. 24).

Matos (2002) refere que a compulsão à repetição não é um hábito ou automatismo nem a tradução de uma pulsão. É antes a busca de uma satisfação que ficou em suspenso e que representa a persistência de um desejo que não foi realizado (originado por uma falha no preenchimento do projecto de existência). O sujeito não consegue aceitar o insucesso sendo que o comportamento se organiza de forma compulsiva quanto menor for a tolerância à frustração ou maior a dependência do objecto e a necessidade de materializar o fantasma.

O autor acrescenta que a compulsão a repetir é o vazio traumático que se manifesta numa necessidade de preencher uma lacuna. Esta compulsão obedece ao princípio do prazer e manifesta-se porque o sujeito não aceita a realidade frustrante.

Anexo B

APRESENTAÇÃO DETALHADA DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Apesar de ser, por norma, utilizada com um formato Likert, a Escala de Auto-Estima de Rosenberg foi, na sua origem, construída como uma escala Guttman. (Santos & Maia, 2003). É portanto uma escala de quatro pontos (concordo fortemente; concordo; discordo; discordo fortemente).

Nas instruções é referido que será apresentada uma lista de afirmações sobre a forma como a pessoa se sente acerca de si mesma e é pedido que se assinale a que mais se adequa ao próprio.

A cotação é de 3 valores para a resposta concordo fortemente, de 2 valores para concordo, de 1 valor para discordo e de 0 valores para a resposta discordo fortemente. Os itens 2, 5, 6, 8 e 9, por estarem formulados pela negativa, são cotados de forma inversa. Isto é, 0 para concordo fortemente, 1 para concordo, 2 para discordo e 3 valores para a resposta discordo fortemente. A cotação mínima é de 0 valores e a máxima de 30. Quanto mais alto o resultado, mais elevada é a auto-estima.

Segundo Santos & Maia (2003) a sua validação original foi efectuada com uma amostra de 5024 adolescentes, mostrando associações entre o resultado da auto-estima global, a depressão e actividades académicas. A sua constante utilização permite perceber a sua boa consistência interna, estabilidade temporal, correlações significativas com diversos instrumentos e metodologias de avaliação da auto-estima, bem como com a depressão, ansiedade, anomia, satisfação com a vida, percepção de apoio social e desordens alimentares. Segundo Guindon (2002, citado por Lipschitz-Elhawi & Itzhaky, 2005), a Escala de Auto-Estima de Rosenberg é considerada como modelo standard para a elaboração de outros instrumentos de medição da auto-estima. Tem ainda como vantagens a brevidade de aplicação, a linguagem acessível dos itens e resultados positivos patentes no estudo original de validação.

A tradução para português foi realizada por um tradutor especializado em língua inglesa, revista por um segundo tradutor e depois analisada por uma psicóloga, de modo a que a tradução fosse adequada ao objectivo de avaliação que se pretendia atingir.

Esta escala foi-nos gentilmente cedida pelo Professor Doutor Paulo Jorge Santos, após contacto com o mesmo.

A Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social é uma escala tipo Likert constituída por 28 itens cotáveis de 1 a 5 valores (1- sempre ou quase sempre; 2- algumas vezes; 3- menos vezes; 4- raramente; 5- nunca). É pedido que o sujeito assinale, numa lista de problemas, a quantidade de vezes com que se deparou com essa situação nos últimos seis meses. No final, é apresentada uma questão de resposta aberta (“há algum problema que o incomode e não tenha sido mencionado?”). Quanto mais elevada a pontuação, maior é a percepção do suporte social. A pontuação oscila entre os 28 e os 140 valores.

Segundo Paixão & Oliveira (1996) a elaboração dos itens pretendia-se a descrição de tipos de suporte que não variassem socio-demograficamente e onde fosse incluída uma variedade de assuntos: problemas financeiros (ex.: “Decidir no que vai gastar o dinheiro”), comunicacionais e familiares (ex.: “Ter problemas de comunicação com as pessoas”), exigências várias (ex.: “Não ter um emprego gratificante e satisfatório”) e a presença ou ausência de um adequado suporte emocional (ex.: “Não ter ninguém que o entenda”).

Para realizar a tradução para a língua portuguesa foi pedida a colaboração de três pessoas. A primeira versão portuguesa da escala, depois de finalizada, foi novamente traduzida para inglês, a língua original, por outro colaborador. Foram discutidos e acertados diversos aspectos até se obter uma versão portuguesa fiel ao original americano.

A validação para português foi realizada com uma amostra de 231 elementos da população portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos. Esta versão apresenta um coeficiente de Spearman-Brown de 0,835, uma correlação de metades (Splitte Correlation) de 0,717, um coeficiente de Guttman de 0,827 e um alpha de Cronback de 0,825. Apresenta, portanto, valores elevados de fidelidade e de consistência interna sendo aplicável ao contexto cultural português.

Anexo C

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS

Estudo descritivo de comparação entre grupos e analítico transversal (Ribeiro, 1999).

Para a aplicação dos questionários é necessário obter autorização da instituição (nomeadamente do director da mesma) e do serviço de saúde. Este constitui uma entidade superior sendo que a autorização da aplicação dos protocolos depende do parecer do director do mesmo, depois de este analisar um relatório sobre a temática e a forma de aplicação das provas.

Depois do parecer ser positivo, os sujeitos são abordados na instituição quando, num período de pós-internamento, frequentam as sessões de grupo de prevenção da recaída, onde partilham as dificuldades e mudanças que notam na abstinência. Numa primeira abordagem, é-lhes pedida a colaboração, voluntária, no estudo de carácter académico.

Todos os sujeitos completaram o programa de internamento de 28 dias, que tem como objectivo a abstinência total do álcool. A UTITA é um organismo que tem como objectivo suprimir os problemas de dependências no meio militar (Marinha, Força Aérea, Fuzileiros, etc.). No entanto, recebe qualquer pessoa que se dirija à instituição com o intuito de viver sem a dependência de álcool (ou de outras drogas).

O protocolo é constituído por uma entrevista realizada pelo entrevistador e por dois testes de auto-preenchimento: um de auto-estima e outro de percepção de suporte social. É explicado ao sujeito que não existe tempo limite nem respostas certas ou erradas. Além disso, é-lhes dito que qualquer informação ali partilhada não será transmitida à instituição onde realizaram o tratamento, sendo a confidencialidade das mesmas uma garantia. Durante o preenchimento dos testes, o participante deve assinalar a resposta que mais se adequa a si (no caso do teste de auto-estima) e referir o número de vezes que determinada situação lhe sucede (no caso do teste de suporte social).

O tempo de passagem do protocolo ronda os 30 minutos. O anonimato dos sujeitos é mantido.

A aplicação é realizada de forma individual, num gabinete que a instituição disponibilizou. Quando os sujeitos respondem aos questionário de auto-preenchimento,

o entrevistador abandona a sala, de modo a não provocar qualquer tipo de pressão ou constrangimento nas respostas.

Após a aplicação, os questionários foram separados das cartas de consentimento informado e numerados aleatoriamente.

Anexo D

APRESENTAÇÃO COMPLEMENTAR DE RESULTADOS E TABELAS

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	44	8,348	29	59

Tabela 3 - Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo da idade.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Militar	14	42,4%
Militarizado	8	24,2%
Civil	7	21,2%
Desempregado	4	12,1%

Tabela 4 - Frequência e percentagem relativamente à actividade profissional.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Solteiro	8	24,2%
Casado	17	51,5%
Divorciado	8	24,2%

Tabela 5 - Frequência e percentagem relativamente ao estado civil.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de consumo	28	11,025	7	50
Idade de iniciação	16	4,500	4	29
Tempo de abstinência	13	13,072	4	60

Tabela 6 - Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo do tempo de consumo (em anos), da idade de iniciação dos consumos (em anos) e do tempo de abstinência actual (em meses).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sozinho	12	36,4%
Companheiro(a)	8	24,2%
Filhos	1	3%
Companheiro(a) e filhos	10	30,3%
Pais	1	3%
Outros familiares	1	3%

Tabela 7 - Frequência e percentagem relativamente à questão "Com quem vive?".

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	27	81,8%
Não	6	17,6%

Tabela 8 - Frequência e percentagem quanto à frequência ou não de grupos de auto-ajuda.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Uma vez	5	18,5%
Duas vezes	9	33,3%
Três vezes	11	40,7%
Quatro vezes	2	7,4%

Tabela 9 - Frequência e percentagem relativamente ao número de idas por semana a grupos de auto-ajuda.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sem recaída	17	51,5%
Com recaída	16	48,5%

Tabela 10 - Frequência e percentagem de sujeitos com e sem recaídas.

	Reacção da família perante a abstinência	
	Grupo c/ recaída	Grupo s/ recaída
Auxílio	15%	5,3%
Atenção/afecto	15%	26,3%
Sem convívio	5%	0%
Ansiedade/controlo	15%	10,5%
Mais convívio	30%	36,8%
Mais confiança	20%	21,1%

Tabela 11 - Reacção da família perante a abstinência (grupo com recaída e grupo sem recaída).

	Reacção da família perante o consumo	
	Grupo c/ recaída	Grupo s/ recaída
Agressividade/medo	35%	29,4%
Sem convívio	50%	35,3%
Desconfiança	15%	5,9%
Controlo/ansiedade	0%	29,4%

Tabela 12 - Reacção da família perante o consumo (grupo com recaída e grupo sem recaída).

	Ocupação dos tempos-livres	
	Grupo c/ recaída	Grupo s/ recaída
Televisão	32%	25,7%
Desporto	8%	17,1%
Trabalhos manuais	12%	2,9%
Passeios	20%	8,6%
Cinema	8%	17,1%
Leitura	12%	2,9%
Café	8%	17,1%
Caça/pesca	0%	8,6%

Tabela 13 - Ocupação dos tempos-livres (grupo com recaída e grupo sem recaída).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	45	9,007	29	59

Tabela 14 - Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo da idade (grupo sem recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Militar	6	35,3%
Militarizado	6	35,3%
Civil	3	17,6%
Desempregado	2	11,8%

Tabela 15 - Frequência e percentagem relativamente à actividade profissional (grupo sem recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Solteiro	4	23,5%
Casado	9	52,9%
Divorciado	4	23,5%

Tabela 16 - Frequência e percentagem relativamente ao estado civil (grupo sem recaídas).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de consumo	30	11,233	14	50
Idade de iniciação	15	4,512	4	25
Tempo de abstinência	12	9,798	6	48

Tabela 17 - Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo do tempo de consumo (em anos), da idade de iniciação dos consumos (em anos) e do tempo de abstinência actual (em meses) - grupo sem recaídas.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sozinho	4	23,5%
Companheiro(a)	5	29,4%
Filhos	1	5,9%
Companheiro(a) e filhos	5	29,4%
Pais	1	5,9%
Outros familiares	1	5,9%

Tabela 18 - Frequência e percentagem relativamente à questão "Com quem vive?" (grupo sem recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	14	82,4%
Não	3	17,6%

Tabela 19 - Frequência e percentagem quanto à frequência ou não de grupos de auto-ajuda (grupo sem recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Uma vez	3	21,4%
Duas vezes	6	42,9%
Três vezes	4	28,6%
Quatro vezes	1	7,1%

Tabela 20 - Frequência e percentagem relativamente ao número de idas por semana a grupos de auto-ajuda (grupo sem recaídas).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Auto-Estima	28,24	6,515	16	40
Suporte Social	88,65	25,727	35	135

Tabela 21 - Resultados da média, desvio padrão, valor mínimo e máximo das variáveis auto-estima e suporte social (grupo sem recaídas).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	42	7,711	31	57

Tabela 22 - Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo da idade (grupo com recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Militar	8	50%
Militarizado	2	12,5%
Civil	4	25%
Desempregado	2	12,5%

Tabela 23 - Frequência e percentagem relativamente à actividade profissional (grupo com recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Solteiro	4	25%
Casado	8	50%
Divorciado	4	25%

Tabela 24 - Frequência e percentagem relativamente ao estado civil (grupo com recaídas).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tempo de consumo	25	10,696	7	49
Idade de iniciação	16	4,500	8	29
Tempo de abstinência actual	15	15,993	4	60
Tempo de abstinência	23	13,072	1	108
Tempo de recaída	21	25,367	2	96

Tabela 25 - Média, desvio padrão, valor mínimo e máximo: tempo de consumo e idade de iniciação dos consumos - em anos; tempo de abstinência actual, tempo de abstinência após o primeiro tratamento e duração da recaída – em meses (grupo com recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Pressão social	6	40%
Estado emocional negativo	6	40%
Teste de controle pessoal	2	10%
Situação de conflito interpessoal	2	10%

Tabela 26 - Frequência e percentagem relativamente às situações de recaída.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sozinho	9	53,3%
Acompanhado	7	46,7%

Tabela 27 - Frequência e percentagem relativamente à companhia durante a recaída.

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sozinho	8	50%
Companheiro(a)	3	18,8%
Companheiro(a) e filhos	5	31,3%

Tabela 28 - Frequência e percentagem relativamente à questão "Com quem vive?" (grupo com recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Sim	13	81,3%
Não	3	18,8%

Tabela 29 - Frequência e percentagem quanto à frequência ou não de grupos de auto-ajuda (grupo com recaídas).

	Frequência (N)	Percentagem (%)
Uma vez	2	15,4%
Duas vezes	3	23,1%
Três vezes	7	53,8%
Quatro vezes	1	7,7%

Tabela 30 - - Frequência e percentagem relativamente ao número de idas por semana a grupos de auto-ajuda (grupo com recaídas).

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Auto-Estima	24,06	4,864	16	32
Suporte Social	74,50	22,325	29	120

Tabela 31 - Resultados da média, desvio padrão, valor mínimo e máximo das variáveis auto-estima e suporte social (grupo com recaídas).

Estudo da Correlação (Auto-Estima vs. Suporte Social)

Como ambas as variáveis têm distribuição normal, auto-estima ($k_s=0,111$; $df=33$; $p>0,05$) e suporte social ($k_s=0,083$; $df=33$; $p>0,05$), utilizar-se-á o coeficiente de correlação de Pearson.

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	Graus de liberdade	Significância
Auto-Estima	0,111	33	0,200
Suporte Social	0,083	33	0,200

Tabela 32 - Teste de normalidade para as variáveis auto-estima e suporte social.

Estudo Das Diferenças

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Grupo (Recaída e Não Recaída)

No sentido de escolher o teste estatístico para efectuar comparações entre as populações do estudo, testamos, de seguida, a normalidade e a homogeneidade de variâncias em cada um dos grupos, relativamente às variáveis auto-estima e suporte

social, no grupo das pessoas que já haviam tido recaídas e no grupo das pessoas que nunca haviam recaído. Em relação à auto-estima, verifica-se a normalidade em ambos os grupos (grupo que nunca recaiu: $ks=0,161$; $df=17$; $p>0,05$); e grupo que já recaiu ($ks=0,148$; $df=16$; $p>0,05$). As variâncias são homogêneas entre as populações ($F=0,556$; $p>0,05$). Quanto à variável suporte social, verifica-se a normalidade no grupo que nunca recaiu ($ks=0,167$; $df=17$; $p>0,05$) e no grupo que já havia recaído ($ks=0,125$; $df=16$; $p>0,05$). As variâncias também são homogêneas ($F=0,124$; $p>0,05$).

		Teste de Normalidade			Teste de Levene	
		KS	Graus de liberdade	Significância	F	Significância
Auto-Estima	Não recaiu	0,161	17	0,200	0,556	0,461
	Recaiu	0,148	16	0,200		
Suporte Social	Não recaiu	0,167	17	0,200	0,124	0,727
	Recaiu	0,125	16	0,200		

Tabela 33 - Teste de normalidade e de homogeneidade de variâncias (grupo sem recaídas e grupo com recaídas).

	Teste de Igualdade das Médias		
	T	Graus de liberdade	Significância (2-tailed)
Auto-Estima	2,074	31	0,046
Suporte Social	1,682	31	0,103

Tabela 34 - Teste de igualdade de médias para a auto-estima e suporte social.

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Actividades Profissionais (Militar, Militarizado, Civil, Desempregado)

No sentido de escolher o teste estatístico para efectuar comparações entre os grupos de sujeitos do estudo, testamos, de seguida, a normalidade e a homogeneidade de variâncias em cada um dos grupos, relativamente às variáveis auto-estima e suporte social nas diferentes actividades profissionais (militar, militarizado, civil, desempregado). Como o grupo de desempregados tem menos de cinco elementos, recorreremos ao teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Relativamente à primeira variável, apenas o grupo de militarizados não apresenta distribuição normal ($sw=0,818$; $df=8$; $p<0,05$). O grupo de militares ($sw=0,921$; $df=14$; $p>0,05$), o de civis ($sw=0,953$; $df=7$; $p>0,05$) e o de desempregados ($sw=0,840$; $df=4$; $p>0,05$) apresentam distribuição

normal. Na variável suporte social todos os grupos apresentam distribuição normal (militares: $sw=0,947$; $df=14$; $p>0,05$; militarizados: $sw=0,862$; $df=8$; $p>0,05$; civis: $sw=0,949$; $df=7$; $p>0,05$; desempregados: $sw=0,946$; $df=4$; $p>0,05$).

		Teste de Normalidade		
		SW	Graus de liberdade	Significância
Auto-Estima	Militar	0,921	14	0,225
	Militarizado	0,818	8	0,045
	Civil	0,953	7	0,757
	Desempregado	0,840	4	0,196
Suporte Social	Militar	0,947	14	0,518
	Militarizado	0,862	8	0,127
	Civil	0,949	7	0,724
	Desempregado	0,946	4	0,751

Tabela 35 - Teste de normalidade para as variáveis auto-estima e suporte social relativamente à actividade profissional.

	Kruskal-Wallis	
Auto-Estima	H	2,988
	Significância	0,394

Tabela 36 - Teste Kruskal-Wallis para a variável auto-estima.

	Anova	
Suporte Social	F	1,551
	Significância	0,223

Tabela 37 - Teste Anova para as diferenças da percepção de suporte social relativamente à actividade profissional.

Auto-Estima e Suporte Social vs. Estado Civil (Solteiro, Casado, Divorciado)

Quanto ao estado civil (solteiro, casado ou divorciado): não existe normalidade na distribuição no grupo dos solteiros ($ks=0,350$; $df=8$; $p<0,05$) quanto à auto-estima mas existe quanto ao grupo de casados ($ks=0,162$; $df=17$; $p>0,05$) e de divorciados ($ks=0,273$; $df=8$; $p>0,05$). No caso da percepção do suporte social, existe normalidade

em todos os grupos (solteiros: $ks=0,206$; $df=8$; $p>0,200$; casados: $ks=0,142$; $df=17$; $p>0,05$; divorciados: $ks=0,153$; $df=8$; $p>0,200$).

		Teste de Normalidade		
		KS	Graus de liberdade	Significância
Auto-Estima	Solteiros	0,350	8	0,004
	Casados	0,162	17	0,200
	Divorciados	0,273	8	0,081
Suporte Social	Solteiros	0,206	8	0,200
	Casados	0,142	17	0,200
	Divorciados	0,153	8	0,200

Tabela 38 - Teste de normalidade para as variáveis auto-estima e suporte social relativamente ao estado civil.

	Kruskal-Wallis	
	H	7,846
	Significância	0,020

Tabela 39 - Teste Kruskal-Wallis de diferenças quanto à auto-estima relativamente ao estado civil.

	Anova	
	F	5,028
	Significância	0,013

Tabela 40 - Teste Anova de diferenças quanto ao suporte social relativamente ao estado civil.

Estado Civil	Estado Civil	Diferença de médias	Significância
Solteiro	Casado	-9,150735	0,025
	Divorciado	-1,187500	0,794
Casado	Solteiro	9,150735	0,025
	Divorciado	7,963235	0,048
Divorciado	Solteiro	1,187500	0,794
	Casado	-7,963235	0,048

Tabela 41 - Diferenças quanto ao estado civil para a variável auto-estima.

Estado Civil	Estado Civil	Diferença de médias	Significância
Solteiro	Casado	-11,694853	0,018
	Divorciado	-6,187500	0,400
Casado	Solteiro	11,694853	0,018
	Divorciado	5,507353	0,374
Divorciado	Solteiro	6,187500	0,400
	Casado	-5,507353	0,374

Tabela 42 - Diferenças quanto ao estado civil para a variável suporte social.

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Frequência (Ou Não) De Reuniões De AA

A frequência de reuniões de Alcoólicos Anônimos (AA) tem distribuição normal em para a auto-estima (frequenta: $ks=0,139$; $df=27$; $p>0,05$; não frequenta: $ks=0,187$; $df=6$; $p>0,05$) e para o suporte social (frequenta: $ks=0,110$; $df=27$; $p>0,05$; não frequenta: $ks=0,172$; $df=6$; $p>0,05$). Existe também homogeneidade de variâncias (auto-estima: $F=0,002$; $p>0,05$; suporte social: $F=0,007$; $p>0,05$).

		Teste de Normalidade			Teste de Levene	
		KS	Graus de liberdade	Significância	F	Significância
Auto-Estima	AA Sim	0,139	27	0,191	0,002	0,966
	AA Não	0,187	6	0,200		
Suporte Social	AA Sim	0,110	27	0,200	0,007	0,936
	AA Não	0,172	6	0,200		

Tabela 43 - Teste de normalidade e de homogeneidade de variâncias relativamente às duas variáveis (auto-estima e suporte social) para a frequência ou não de reuniões de Alcoólicos Anônimos (A.A.).

	Teste de Igualdade das Médias		
	T	Graus de liberdade	Significância (2-tailed)
Auto-Estima	1,299	31	0,204
Suporte Social	1,821	31	0,078

Tabela 44 - Teste de igualdade de médias relativamente à frequência ou não de reuniões de A.A.

Auto-Estima e Percepção de Suporte Social vs. Companhia Durante a Recaída

Ao analisar a normalidade na companhia durante a recaída, isto é, se quando recaiu estava acompanhado ou sozinho, percebemos que existe distribuição normal para a auto-estima (sozinho: $ks=0,191$; $df=8$; $p>0,05$; acompanhado: $ks=0,195$; $df=7$; $p>0,05$) bem como homogeneidade de variâncias ($F=0,025$; $p>0,05$). Para a percepção de suporte social existe igualmente distribuição normal (sozinho: $ks=0,162$; $df=8$; $p>0,05$; acompanhado: $ks=0,292$; $df=7$; $p>0,05$) e homogeneidade das variâncias ($F=0,507$; $p>0,05$).

		Teste de Normalidade			Teste de Levene	
		KS	Graus de liberdade	Significância	F	Significância
Auto-Estima	Sozinho	0,191	8	0,200	0,025	0,877
	Acompanhado	0,195	7	0,200		
Suporte Social	Sozinho	0,162	8	0,200	0,507	0,489
	Acompanhado	0,292	7	0,072		

Tabela 45 - Teste de normalidade e de homogeneidade de variâncias relativamente às duas variáveis (auto-estima e suporte social) para a companhia durante a recaída.

	Teste de Igualdade das Médias		
	T	Graus de liberdade	Significância (2-tailed)
Auto-Estima	-1,944	13	0,068
Suporte Social	-0,872	13	0,399

Tabela 46 - Teste de igualdade das médias relativamente à companhia durante a recaída.

Anexo E

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Idade: _____

Sexo: F M

Actividade Actual/ Profissão: _____

Estado Civil: _____

Há quantos anos iniciou os consumos? _____

Há quanto tempo está abstinente? _____

Teve períodos anteriores de abstinência.? Se sim, de quanto tempo foi a sua duração? _____

Em que circunstância é que voltou a consumir e porque é que acha que voltou a consumir? _____

Com que vive? _____

Como considera que a sua família reage consigo quando está abstinente? _____

Como considera que a sua família reage consigo quando consumia/recaiu? _____

Frequenta reuniões de Alcoólicos Anónimos? Com que frequência? _____

Como e com quem costuma ocupar os seus tempos livres? _____

Anexo F

ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	☐	☐	☐	☐
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	☐	☐	☐	☐
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	☐	☐	☐	☐
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	☐	☐	☐	☐
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	☐	☐	☐	☐
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	☐	☐	☐	☐
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	☐	☐	☐	☐
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	☐	☐	☐	☐
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	☐	☐	☐	☐
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	☐	☐	☐	☐

Anexo G

ESCALA INSTRUMENTAL E EXPRESSIVA DO SUPORTE SOCIAL

Nome: _____ data: _____ sexo: _____ idade: _____

Apresenta-se de seguida uma lista de problemas que por vezes as pessoas têm. O que lhe é pedido é que assinale a quantidade de vezes com que se deparou com cada uma das situações nos últimos seis meses.

Utilize por favor a seguinte escala: **1. sempre ou quase sempre**

2. algumas vezes

3. menos vezes

4. raramente

5. nunca

Questões:	N.º resposta
1. Ter problemas económicos.	
2. Não ter uma pessoa amiga.	
3. Ter demasiadas responsabilidades.	
4. Não ter pessoas de quem possa depender.	
5. Ter demasiadas exigências ao mesmo tempo.	
6. Não ter uma vida sexual satisfatória.	
7. Ter problemas de comunicação com as pessoas.	
8. Estar pouco tempo com aqueles que se sente mais próximo.	
9. Decidir no que vai gastar o dinheiro.	
10. Ter poucas responsabilidades.	
11. Não ter ninguém que se preocupe com os seus problemas.	
12. Ter pouco tempo de lazer.	
13. Não ter dinheiro suficiente para fazer as coisas que gosta.	
14. Ter problemas em relacionar-se com crianças.	
15. Não ter um emprego gratificante e satisfatório.	
16. Sentir-se demasiado controlado pelos outros.	
17. Não ter dinheiro suficiente para comprar o que gosta.	
18. Não estar satisfeito com o seu estado civil.	
19. Ter poucos amigos verdadeiros.	
20. Ter problemas com o conjuge/companheiro.	
21. Não ter ninguém que lhe dê afecto e o aceite.	
22. Sentir-se demasiado dependente dos outros.	
23. Há pessoas que interferem nas coisas que quer fazer.	
24. Ter problemas com familiares.	
25. Não ter ninguém que o entenda.	
26. Ter demasiado tempo livre.	
27. Ter conflitos com pessoas que lhe são próximas.	
28. Não conseguir ir a algum lado por falta de transporte.	

Há mais algum problema que o incomode e não tenha sido mencionado?

Anexo H

CARTA DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação tem como tema a auto-estima, a percepção do suporte social e a recaída no alcoolismo e pretende perceber a forma como estas variáveis se articulam entre si.

Esta investigação académica tem a supervisão da Professora Doutora Sandra Santos Oliveira.

A sua participação é fundamental neste estudo e não será possível realizá-lo sem ela. No entanto, a participação é totalmente voluntária e os dados obtidos são confidenciais. Se não aceitar participar neste estudo não terá qualquer consequência.

Se concordar em participar por favor assine no espaço abaixo. Obrigado por aceitar, a sua contribuição é muito importante para este estudo.

Eu, _____ tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa não terá quaisquer consequências. Assim, declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Anexo I

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS REFERENTES AOS ANEXOS

- Abelaire, R. (1992). *Uma contribuição ao estudo da patologia da separação individualização na toxicodependência*. Tese de mestrado, em psicologia clínica e psicopatologia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- American Psychiatric Association (2004). *Manual de diagnóstico estatístico das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2007). *Dictionary of psychology*. Washington, D. C.: APA.
- Barroso, T. (2004). Álcool e comportamentos de risco em estudantes. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 133-139). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Singapore: Allyn and Bacon.
- Cook, P. J. & Reuter, P. (2007). When is alcohol just another drug? Some thoughts on research and policy. *Addiction*, 102, 1183-1188.
- Cruz, C. S. (2003). *Reacções de frustração em indivíduos toxicodependentes em tratamento*. Tese de mestrado, em psicopatologia e psicologia clínica, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa
- Dusek, J. B. (2000). The maturing of self-esteem research with early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 20, 231-240.
- Faria, L., Pepi, A & Alesi, M. (2004). Concepções pessoais de inteligência e auto-estima: que diferenças entre estudantes portugueses e italianos? *Análise Psicológica*, 4, 747-764.

- Fonseca, M., Santos, R., Tap, P. & Vasconcelos, M. L. (2004). Análise da auto-estima em função da situação sócio-económica, do sexo e da idade. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 67-69). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gameiro, A. (1979). *Psicopatologia e saúde mental – guia prático sobre a saúde mental, perturbações mentais, prevenção, internamento e reabilitação*. Porto: Edições Salesianas.
- Gaspar, T. (2006). Auto-estima. *Psicologia Actual*, 3, 112-115.
- George, W. H. & Marlatt G. A. (1986). Problem drinking. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.). *Self management of chronic disease: handbook of clinical interventions and research* (pp. 59-98). Florida: Academic Press.
- Gonçalves, A., Paiva, C., Leal, A. & Gomes, L. (2004). Suporte social e relacionamento íntimo como moderador do mal-estar emocional e qualidade de vida após doença cardíaca isquémica. In J. Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 465-467). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gorski, T. T. & Miller, M. (1986). *Staying sober – guide for relapse prevention*. Missouri: Independence Press.
- Grande Enciclopédia Universal (20 vols.) (2004). Espanha: Durclub.
- Guerra, M. P. (2004). A abstenção tabágica: reflexões sobre a recaída. *Análise Psicológica*, 3, 507-518.
- Hirsch, B. J. & DuBois, D. L. (2000). Self-esteem in early adolescence revisited: a promising sequel and a casting call for future roles. *Journal Of Early Adolescence*, 20, 125-128.

- Hudson, D. B., Elek, S. M. & Campbell-Grossman, C. (2000). Depression, self-esteem, loneliness and social support among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescence*, 35, 445-453.
- Kerns, R. D. (1996). Family assessment and intervention. In P. M. Nicassio & T. W. Smith (Eds.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective* (pp. 207-244). Washington D. C.: APA.
- Leal, I. (2005). *Iniciação às psicoterapias*. Lisboa: Fim de Século.
- Leshner, A. I. (2005). A toxic dependência é uma doença do cérebro, e isso importa. *Cérebro Toxicodependente – Boletim de Neurociências Cognitivas e Neuroimagem na Toxicodependência. Comentários e Controvérsias*, 1, 7-10.
- Lipschitz-Elhaw, R. & Itzhaky, H. (2005). Social support, mastery, self-esteem and individual adjustment among at risk youth. *Child and Youth Care Forum*, 34, 329-346.
- Malcolm, B. P. (2004). Evaluating the effects of self-esteem on substance abuse among homeless men. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 48, 39-61.
- Marlatt, G. A. & Gordon, R. J. (1993). *Prevenção da recaída*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marot, R. (s.d.). *Alcoolismo*. Consultado em 8 de Janeiro de 2008 através de <http://www.psicosite.com.br/tra/drg/alcoolismo.htm>
- Matos, A. C. (2001). *A depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, A. C. (2002). *O desespero: quem da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- McIntyre, R. L. (s.d.). *Os sinais de dependência do álcool*. Consultado em 8 de Fevereiro de 2008 através de http://savoireapprendre.com/_pt/the-long-term-effects-a30.html

- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. São Paulo: Artmed.
- Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Gwaltney, C. J., Spirito, A., Rohsenom, D. J. & Woolard, R. (2007). Motivational interviewing vs feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*, 102, 1234-1243.
- Moore, S., Laflin, M. T. & Weis, D. L. (1996). The role of cultural norms in the self-esteem and drug use relation. *Adolescence*, 31, 523-542.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paixão, R. & Oliveira, R. A. (1996). Escala instrumental e expressiva do suporte social. *Psychologica*, 16, 83-99.
- Patrício, L. (1991). *Os profissionais de saúde e a droga*. Lisboa: Projecto Vida.
- Peixoto, F. (1998). Auto-conceito(s), auto-estima e resultados escolares: a influência e repetência no(s) auto-conceito(s) e na auto-estima de adolescentes. In M. Martins (Ed.), *IX colóquio de psicologia e educação* (pp. 51-69). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pinto-Coelho, M. (2001). *Ser herói para a heroína*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Ribeiro, J. L. P. (1997). A promoção da saúde de toxicodependentes em recuperação. In J. L. P. Ribeiro (Ed.), *2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (341-353). Braga: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

- Ribeiro, J. S. (2003). Aspectos fenomenológicos das recaídas em heroinodependentes. *Toxicodependências*, 9, 65-71.
- Rogers, C. (1982). The intermediary role of the self-concept. In C. Rogers, *A social psychology of schooling* (pp. 137-166). London: Routledge & Kegan Paul.
- Santos, P. J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 8, 253-268.
- Scheier, L., Botvin, G., Griffin, K & Diaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *Journal Of Early Adolescence*, 20, 178-209.
- Schultz, S. (1991). *Coming back from a relapse*. E.U.A.: Hazelden.
- Senos, J. (1996) Atribuição causal, auto-estima e resultados escolares. *Análise Psicológica*, 14, 123-137.
- Silbereisenn, R., Noack, P. & Reitzle, M. (1987). Sobre os problemas do comportamento na adolescência: observação de campo e avaliação longitudinal. *Análise Psicológica*, 5, 509-542.
- Soares, A. (2001). Uma proposta integrativa na terapia cognitiva das toxicodependências. *Toxicodependências*, 7, 29-49.
- Staton-Tindall, M., Royse, D. & Leukfeld, C. (2007). Substance use criminality, and social support: an exploratory analysis with incarcerated woman. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 33, 237-243.
- Teixeira, J. A. C. (2005). *Psicopatologia geral: introdução, métodos e modelos, psicopatologia descritiva*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Trulsson, K. & Hedin, U. (2004). The role of social support when giving up drug abuse: a female perspective. *International journal Of Social Welfare*, 13, 145-157.

- Veiga, F. H. (1995). *Transgressões e auto-conceito dos jovens na escola*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Vieira, C. (2001). Repetição, compulsão à repetição e recaídas. *Toxicodependências*, 7, 23-28.
- Wang, J., Harvey, A. S. , Falk, R. S. & Carlson, R. G. (2001). Factorial structure os Rosenberg's self-esteem scale among crack-cocaine drug users. *Structural Equation Modeling*, 8, 275-286.
- Webber, C. (s.d.). *Self-esteem*. Consultado em 5 de Dezembro de 2007 através de http://www.netdoctor.co.uk/sex_relationships/facts/selfesteem.htm