

## ALCOÓLICOS ANÓNIMOS

**Sandra Reis**

Doutoranda em Psicologia na Facultad de Educación - Universidad de Extremadura, Badajoz – España

**Aldina Cruz e Silva**

Doutoranda em Psicologia na Facultad de Educación – Universidad de Extremadura, Badajoz – España

**Florencio Vicente Castro**

Catedrático de Psicología Facultad de Educación da Universidad de Extremadura, Badajoz (España)

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.179>

*Fecha de Recepción: 14 Enero 2016*

*Fecha de Admisión: 15 Febrero 2016*

### ABSTRACT:

**RESUMO:** Este artigo de revisão científica prendeu-se essencialmente com o Modelo Minnesota – Modelo presente no tratamento do alcoolismo. A comunidade dos AA nasceu nos EUA e já ajudou milhares de membros a manterem-se abstinentes. Foi nos anos 40 que o Modelo Minnesota começou a emergir significativamente e desde então espalhou-se por todo o mundo. Por isso verificamos que várias clínicas e associações utilizam este modelo, sendo exemplo a Clínica Creta situada em Lisboa. Efetivamente com este modelo de tratamento outros são utilizados em simultâneo - a terapia cognitivo comportamental como é o caso da Creta. Tudo se pode fazer desde que seja para melhorar a qualidade de vida dos alcoólicos anónimos.

**Palavras-chave:** Revisão, Modelo Minnesota, Psicoterapia, Álcool

This scientific review article held mainly with the Minnesota Model - This Model is used in the treatment of alcoholism. The AA community was born in the USA and has helped thousands of members to remain abstinent. It was in the 40's that the Minnesota model began to emerge significantly and since then spread around the world. So we see that several clinics and associations used this model, for example: Clinic Crete located in Lisbon. Indeed with this treatment model others are used simultaneously - cognitive behavioral therapy as is the case of Crete. Everything can be provided to improve the quality of life of Alcoholics Anonymous.

**Key-words:** Review, Minnesota, Psychoterapy, Alcohol

### INTRODUÇÃO

Este artigo debruça-se sobre a comunidade dos alcoólicos anónimos e faz uma breve contextualização do que é a irmandade anónima. Também é posto em evidência o MODELO MINNESOTA (12 passos e 12 tradições). É neste modelo que se baseiam as reuniões dos alcoólicos anónimos. Por fim fizemos referência ao racional teórico da Clínica Creta que já conta com mais de 24 anos

## ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

de experiência na área das dependências. Neste sentido verificamos que também esta clínica recorre ao tratamento do Modelo Minnesota e à terapia Cognitivo comportamental tendo por base a entrevista motivacional. O Projeto MATCH realizado nos EUA mostrou que a simplificação dos 12 passos é tão eficaz como a terapia cognitivo comportamental e a entrevista motivacional. Em pacientes com problemas psiquiátricos, a simplificação dos 12 passos mostrou-se superior a outros dois tratamentos após 12 meses (Project MATCH Research Group, 1977; cit in Edwards, Marshall e Cook, 2005).

### DESENVOLVIMENTO:

A comunidade dos “*Alcoólicos Anônimos*” (AA) foi fundada nos Estados Unidos em 1935 por dois dependentes do álcool. Importa referir que o Modelo Minnesota subjaz à comunidade ou seja, aos (AA). Sabemos que os pioneiros desta comunidade foram Bill Wilson, um corretor da bolsa de Nova Iorque e Dr. Bob Smith um cirurgião de Ohio, com um grave problema de alcoolismo. Após tomarem consciência do seu problema de adição, criaram uma comunidade de entreajuda para ajudar as pessoas que sofriam deste mesmo problema e para se manterem abstinentes e/ou conseguirem um consumo controlado. Esta comunidade começou por fazer reuniões que tiveram lugar em Akron, nos (EUA) e foi desde então que as reuniões com os AA começaram a difundir-se pelo país e houve necessidade de acolher mais alcoólicos que queriam eliminar os consumos e o sofrimento. A partir de Akron, alguns centros baseados nos princípios de AA foram sendo abertos, mas todos eles pareciam entrar em colapso. É então nos anos 40 que se dá a convergência, no Minnesota, de dois movimentos distintos, que viriam a gerar o Modelo Minnesota: Hazelden e o Wilmar State Hospital. É nesta altura que começam a surgir os primeiros resultados e, com base nestas experiências, são desenvolvidas formalmente equipas multidisciplinares que integravam membros de AA, em recuperação e actuavam como “*conselheiros*”.

Estas primeiras equipas viriam então a combinar a filosofia do movimento dos AA, com a psicoterapia humanista, a psicoterapia comportamental e a psicoterapia baseada na confrontação com a realidade. Nasce assim o Modelo Minnesota, o primeiro de todos os modelos de tratamento da dependência química a assumir uma base estruturada nos princípios dos Doze Passos e a fazer uso, paralelamente, de uma abordagem multidisciplinar. Para os fundadores dos AA, acreditar em algo superior ao poder humano e à própria doença revelou-se crucial. O Método Minnesota assume também esta crença, salientando que se trata de um programa espiritual e não religioso. Ora vejamos: se a adição é uma doença que prejudica o indivíduo em termos físicos, mentais e espirituais, o tratamento deverá abordar todos estes domínios.

De facto os AA é e continua a ser uma comunidade de experiências impressionantes, de sabedoria e em geral bem-humorada, e tem influído bastante na humanização das atitudes sociais com as pessoas que têm problemas com a bebida.

É um recurso de enorme potencial, de modo que seria faltar com o dever aos pacientes em tratamento evitar falar dos AA ou, pior, ainda, procurar afastá-los dos AA com afirmações negativas derivadas da ignorância e do equívoco, como: “Aquilo ia parecer muito religioso para si”. A propósito destas afirmações negativas as mesmas não devem ser promovidas pelos terapeutas. Estes devem sim; promover a autoconfiança, autoestima e resiliência.

Neste sentido o estudo de doutoramento (Autoeficácia, Psicopatologia, Qualidade de Vida – O papel da autoeficácia na QV e no tratamentos dos doentes alcoólicos de Sandra Reis) concluiu que os alcoólicos têm défices a nível do autoconceito, nomeadamente, a autoeficácia, variável que se mostrou preditora do sucesso terapêutico. Portanto e neste sentido o terapeuta deve promover a auto-eficácia e autoestima ao invés da despromoção.

Em suma, o terapeuta deve mostrar empatia e dispor-se a saber como é que a comunidade dos

AA trabalha e quais são as suas crenças. A melhor maneira de se inteirar sobre o assunto é deslocar-se a uma reunião aberta, da qual qualquer pessoa, pode participar, ao invés das reuniões fechadas, que são restritas aos membros do AA.

Que fazem os membros nas reuniões? Então vejamos:

## AS REUNIÕES DOS AA

Estas reuniões têm uma importância central no funcionamento do AA. As reuniões são formadas por 10 a 20 pessoas dependente muito do grupo em questão podendo assim variar. Alguns dos presentes podem estar nas reuniões dos alcoólicos anónimos há anos, enquanto outros talvez estejam ali pela primeira vez. O presidente terá que ser eleito para aquela noite e provavelmente estará sentado à mesa com um ou dois membros a quem foi pedido que “contassem as suas histórias”. O recém-chegado perceberá o ambiente como acolhedor e de muita confraternização e conversação amigável. Como começam estas reuniões?

O presidente começa por dizer o seu nome (apenas nomes próprios são usados), sendo afirmado: “Eu sou um dependente de álcool”. Estas palavras estão repletas de muitas significações: o orador não está envergonhado da sua dependência, falará do seu problema abertamente e sem reservas. Por isso a reunião/encontro começará pela afirmação do indivíduo, perante todos, de que está sofrendo de um problema de adição alcoólica. Para o alcoólico anónimo este será o ponto de partida da recuperação. Ou seja: Se o doente alcoólico acha que não tem problema algum como poderá mudar? Pelo menos com as reuniões é “obrigado” a reflectir sobre a sua condição actual. Sabemos, de acordo com a prática clínica, que os doentes alcoólicos numa fase inicial relatam que não têm qualquer problema. Exemplo do mencionado é a avaliação realizada, por Sandra Reis, na UAC (Unidade de Alcoologia de Coimbra) aquando da sua investigação de doutoramento. Ao perguntar aos doentes alcoólicos se tinham alguma doença e/ou problema quase todos referiam que não tinham qualquer tipo de problema. Portanto a partilha na reunião de um dos seus membros que refere ser dependente do álcool é talvez um “despertar da realidade” para aqueles que estão na reunião pela primeira vez. Portanto em seguida o presidente dos Alcoólicos Anónimos procederá à leitura do Preâmbulo.

Os “AA” são uma comunidade de homens e mulheres que partilham entre si a sua experiência, força e esperança para resolverem o seu problema comum e ajudarem outros a recuperarem do alcoolismo. O único requisito para ser membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro dos AA não é necessário pagar taxas de admissão nem quotas. Somos auto-suficientes pelas nossas próprias contribuições. AA não está ligado a nenhuma seita, religião, instituição política ou organização: não se envolve em qualquer controvérsia, não subscreve, nem combate quaisquer causas. O nosso propósito primordial é mantermo-nos sóbrios e ajudar outros alcoólicos a alcançar a sobriedade.” (Alcoólicos Anónimos, 2004, p. IV; cit in AA Portugal, 2016)¹ .

Após esta introdução, é chamado o palestrante da noite que partilha o seguinte:

- “O meu nome é (...) e eu sou um dependente alcoólico”

Durante 20 a 30 minutos fala da sua situação pessoal; ou seja: como desenvolveu o problema com as bebidas alcoólicas, os problemas pelos quais passou e/ou fez outras pessoas passarem (familiares e amigos etc.). É habitual o alcoólico anónimo contar uma experiência que o tenha perturbado muito. Também fala da forma como chegou à comunidade dos AA, da sua recuperação segundo o programa da entidade e da sua preocupação crescente do significado dos AA como um meio de vida. Pressupõe-se que esta partilha pessoal não seja abstracta, possibilitando que cada membro se apresente conforme o seu estilo pessoal e portanto na maioria das vezes geram-se testemunhos extremamente tocantes e convincentes de pessoas que nunca tinham falado em público. É sabido que uma história contada por alguém que passou por uma situação muito semelhante e

## ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

que acaba de passar pela experiência da recuperação tem um peso maior do que uma história contada por diversas vezes e que talvez por isso não transmita o carácter agudo da experiência. Também as histórias com sugestões práticas tais como: lidar com a recuperação parece mais eficaz do que descrições de longos testemunhos em que se bebia.

A seguir, os presentes contam as histórias pessoais apresentadas e identificam-se com as histórias já expostas – “Isto também aconteceu comigo...”. Ninguém é obrigado a falar, e pode ser que o novo membro, durante semanas, queira apenas ouvir as partilhas e ficar em silêncio. O silêncio deve ser respeitado. A pessoa pode não estar preparada para partilhar a sua história pessoal. Durante a reunião falar-se-á muito dos “12 passos” que regulam os diferentes grupos em torno da unidade que representa os alcoólicos anónimos. Assim passaremos a enumerá-los já de seguida:

Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

Vimos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.

Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que o concebíamos.

Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de carácter.

Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.

Continuámos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Assim qualquer membro (AA) poderá falar sobre qualquer um “destes passos” apresentando o significado que um dos doze passos teve sobre si e falar também dos esforços que fez para chegar ao ponto em que se encontra. Por exemplo; o significado conferido ao passo 2 com a seguinte ideia “existe um poder superior a mim”, comumente referido como “Poder Superior”. É sabido que em geral gera partilhas de ideias muito construtivas. O poder superior é interpretado como um conceito aberto e individualmente determinado por Deus – O “Deus na forma que O concebíamos” dos passos 3 e 11. Esta formulação, na prática, não impede ateus de encontrar ajuda no AA.

Em suma, os procedimentos formais terminam com os presentes dizendo juntos o que é conhecido como a Oração da Serenidade:

“Que Deus me conceda serenidade para aceitar as situações que não posso mudar, Coragem para mudar as que posso, E sabedoria para distinguir entre uma e outra”.

Após algumas semanas, o novo membro encontra um “orientador” alguém que o acompanha directamente, estando assim disponível para um telefonema, para combinarem ir juntos a uma reunião dos AA. O orientador passará a servir de modelo construtivo. Vejamos agora as 12 tradições dos AA, enquanto orientações, não para o indivíduo, mas para os grupos<sup>1</sup>:

1. O nosso bem-estar comum deverá estar em primeiro lugar; a recuperação pessoal depende da unidade de AA.

2. Para o propósito do nosso grupo existe apenas uma autoridade fundamental: um Deus de amor tal como ele se expressa na nossa consciência de grupo. Os nossos líderes são apenas servidores de confiança; eles não governam.

3. O único requisito para ser membro de AA é a vontade de parar de beber.

4. Cada grupo deverá ser autónomo, excepto em assuntos que afectem outros grupos ou AA como um todo.

5. Cada grupo tem apenas um único propósito primordial – levar a mensagem ao alcoólico que ainda sofre.

6. Um grupo de AA nunca deverá endossar, financiar ou emprestar o nome de AA a nenhuma entidade parecida ou empreendimento alheio, para evitar que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio nos afastem do nosso propósito primordial.

7. Todos os grupos de AA deverão ser inteiramente auto-suficientes, recusando contribuições de fora.

8. Alcoólicos Anónimos jamais deverá ter um carácter profissional, mas os nossos centros de serviço podem empregar pessoal especializado.

9. Alcoólicos Anónimos, como tal, nunca deverá organizar-se, mas podemos criar juntas ou comissões de serviço directamente responsáveis perante aqueles que servem.

10. Alcoólicos Anónimos não emite opinião sobre assuntos alheios à Comunidade; portanto, o nome de AA nunca deverá aparecer em controvérsias públicas.

11. A nossa política de relações públicas baseia-se na atracção em vez da promoção; precisamos de manter sempre o anonimato pessoal na imprensa, na rádio e no cinema.

12. O anonimato é o alicerce espiritual de todas as nossas Tradições, lembrando-nos sempre de colocar os princípios acima das personalidades.

Em suma os 12 passos e as 12 tradições expõem uma visão clara dos princípios através dos quais os membros de AA se recuperam e pelos quais funciona a sua irmandade.<sup>2</sup>

Assim concluímos que os 12 passos e as 12 tradições subjazem ao Modelo Minnesota tendo a sua origem nos EUA, sendo hoje uma rede mundial de grupos de auto-ajuda.

## **A CLÍNICA CRETA E O MODELO MINNESOTA**

Após várias pesquisas a respeito das clínicas e associações que utilizam o Modelo Minnesota decidimos debruçar-nos particularmente na Creta – Clínica de Tratamento, Toxic dependência, Alcoolismo e Adição situada no Distrito de Lisboa e licenciada pelo Ministério da Saúde.

A Clínica Creta intervém junto de várias dependências, mas este artigo focar-se-á somente na dependência alcoólica. Será possível interromper o processo de destruição provocado pelo consumo nefasto do álcool? Sim é possível e prova disso são os dois milhões de pessoas já recuperadas do alcoolismo desde que a Associação dos Alcoólicos Anónimos se iniciou em 1835 sendo fundada por dois indivíduos também eles a precisarem de sobriedade (Pena-Alfaro, 1993).

## **RACIONAL TEÓRICO DA CRETA - MODELO DE TRATAMENTO**

O Modelo de Tratamento que é adoptado na Clínica Creta é fruto de 24 anos de experiência com provas dadas a nível científico (Project Match, realizado nos EUA) e empírico (individualizado, flexível, dilatado no tempo, personificado e interdisciplinar). É um programa que assenta na premissa de que a dependência de substâncias aditas é uma doença progressiva e crónica.

É um programa que assenta na premissa de que a dependência de substâncias aditivas é uma doença progressiva e crónica. Este programa tem como objectivo interromper o processo de destruição, iniciando um processo terapêutico que assenta na filosofia dos 12 passos (programa de recuperação de ajuda mutua [Alcoólicos Anónimos]) com uma forte componente espiritual não reli-

giosa. Também a Terapia Cognitiva – Comportamental e o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente – Fases de Mudança fazem parte do programa de tratamento. O tratamento individualizado pauta-se pelo apoio biopsicossocial-espiritual, não religioso, sendo que o indivíduo fará a sua admissão admitindo que a sua situação é problemática e requer apoio profissional. Depois é realizada a avaliação do abuso do álcool e as suas consequências associadas (saúde, família, profissional, jurídico-legais, problemas económicos). Por último será feita a desabilitação psicológica do álcool e/ou policonsumos e mudança para um estilo de vida saudável (Rodrigues, J., 2015).

O Tratamento intensivo, em regime residencial de internamento, começa com um plano de tratamento de doze semanas num ambiente protegido, livre de adições (álcool) e de respeito pelo indivíduo, pelas suas crenças e princípios morais do indivíduo, tendo sempre o cuidado de individualizar cada caso. Estas doze semanas servem também para fortalecer as suas competências promovendo assim a auto-responsabilização para a sua recuperação repercutindo-se assim num estilo de vida saudável.

O Tratamento Ambulatório começa com um Plano de Desenvolvimento Individual (P.D.I) estabelecido entre a instituição e o indivíduo. O P.D.I é adaptado a casos muito particulares e onde são avaliadas as necessidades do indivíduo, em que é realizado acompanhamento terapêutico intensivo semanal, quando não se justifica um internamento residencial. Os objectivos deste plano são efectivamente a abstinência total de álcool e também a redução de riscos e danos.

Após alta hospitalar, existe a necessidade de acompanhamento individualizado e de grupo com periodicidade semanal (follow-up) a fim de evitar os riscos de recaída e promovendo assim os factores de protecção (Rodrigues, J., 2015).

São factores de protecção os que se designam por menos pressão social e cultural para o consumo, seio familiar estável (vínculos positivos e apoio emocional, sistema estruturado e normativo, comunicação clara, aberta e sincera) e sem padrões de consumo patológicos, expectativas positivas face ao futuro, responsabilidade, boa capacidade de adaptação e autocontrolo, boa capacidade de autorregulação (emocional), utilização dos conhecimentos e estratégias de *coping* eficazes (Palha, 2007, Hurtado, 2004, cit. in Serra, 2014), para referir alguns.

O acompanhamento semanal tem a duração de 12 meses e é imprescindível na modificação do comportamento para a adopção e manutenção de um estilo de vida saudável, isto é, abstinente (Rodrigues J. 2015).

Também o Programa de Assistência às Famílias, é parte integrante do tratamento, uma vez que a família também é afectada pelos consumos abusivos do álcool. Portanto a família também é parte integrante na recuperação do alcoólico e como tal a família beneficia do tratamento e este consiste na promoção da comunicação honesta e sincera num ambiente de protecção, compreensão e de confiança. Para o efeito são utilizadas palestras educacionais, baterias de testes psicológicos, grupos estruturados com os mais variados temas relacionados com a adicção, tratamento e recuperação (mudança de estilo de vida) – “workshops”, leitura de material didáctico e trabalhos escritos, saídas do centro organizadas e planeadas ao fim de semana, terapia individual e de grupo, grupos de expressão de sentimentos, grupos terapêuticos com as famílias, actividade física semanal supervisionada por um profissional da equipe terapêutica, frequência semanal dos Grupos de Ajuda Mútua, programa de apoio à família e programa de assistência a empregados/empregadores. Da mesma forma que a família é afectada também o ambiente profissional sofre com as consequências da adicção activa (nociva) nesse sentido também são elaborados programas de apoio a empregados e empregadores e para o efeito temos as palestras educacionais, conferencias e apoio à reinserção profissional (parcerias) (Rodrigues, J., 2015).

A Prevenção de Recaída é parte integrante do tratamento e neste sentido é feita uma abordagem aos factores de riscos e de protecção. Os factores de risco representam as vulnerabilidades emo-

cionais (stress, baixa autoestima, baixo autoconceito, traumas, etc.) ao invés dos factores de protecção já referidos anteriormente. Esta abordagem é realizada através de “ Role-Play” de situações de alto risco relacionadas com o consumo de adições (neste nosso caso o álcool) estabelecendo a ponte entre o quotidiano dos indivíduos e dos possíveis consumos. As distrações cognitivas fazem parte do Role play no sentido dos indivíduos aprenderem a fazer distração cognitiva, ou seja, eles irão substituir a sua intoxicação por alternativas saudáveis. Ou seja, irão adoptar as distrações cognitivas fazendo a auto-instrução no sentido de não consumirem álcool. Assim a imaginação de um “filme que levarão até ao fim” é a sua melhor aliada. Senão visualizemos o respectivo filme: o indivíduo começa por identificar situações aversivas relativamente ao consumo e abuso do álcool e irá relacioná-las com as consequências nocivas do uso/abuso/dependência. Assim evitará as memórias eufóricas sobre o consumo e abuso do álcool, fazendo uma aprendizagem mais funcional e saudável para si mesmo. O indivíduo irá pois substituir os consumos nefastos por comportamentos mais assertivos fazendo assim uso das técnicas de *coping* (Rodrigues, J., 2015).

Existem muitas definições sobre o conceito de *coping*, no entanto a mais referida é a de Lazarus, que caracterizou *coping* como esforços tanto orientados para a acção, como intrapsíquicos, para lidar com exigências que forcem ou excedem as capacidades e recursos pessoais. Assim, o *coping* reflecte as tentativas para resolver, tolerar, reduzir ou minimizar as exigências externas ou internas com que a pessoa se confronta (Lazarus & Folkman, 1984).

Dando seguimento ao nosso “filme” os sujeitos munidos das suas técnicas de *coping* irão ajustar o seu comportamento trilhando comportamentos mais assertivos como por exemplo: o relaxamento, a meditação, o auto-reforço e criação dos seus aliados (podem ser pessoas, locais e/ou outras coisas que façam sentido ao indivíduo). Também é reforçada a ideia de pedir ajuda sempre que necessário. Estes são alguns dos factores de protecção (Rodrigues, J., 2015). O mesmo autor refere que na clínica também são elaboradas com os seus pacientes estratégias de identificação de padrões e circunstâncias com o consumo através de leituras de trabalhos escritos e/ou outro material relacionado com a recaída. João Rodrigues, Técnico da Creta, refere-nos ainda o seguinte: “Ao longo da nossa experiência adquirimos experiência e conhecimento empírico através da re-admissão de pacientes que após o primeiro tratamento voltaram a usar e quando precisaram de ajuda recorreram aos nossos serviços. Todos em conjunto desenvolvemos esforços para a recuperação saudável, satisfatória e duradoura. A recaída é um fenómeno que pode fazer parte do processo. A adicção é uma doença crónica onde como qualquer outra doença crónica (ex. diabetes, hipertensão), as recaídas podem ser interpretadas como um factor resiliente. Isto é após a recaída (adversidade) o indivíduo pode aprender novas competências que favoreçam a recuperação”.

Por último temos a Reinserção que é parte integrante do programa de tratamento da Creta.

Nesta sequência sabemos que o processo de abandono do consumo de substâncias aditivas tem sofrido mudanças significativas ao longo dos últimos 20 anos. Actualmente o indivíduo dependente (adito) deixou de ser visto como um criminoso e um marginal que uma vez “agarrado às drogas, incluindo o álcool” seria dependente o resto da vida. Hoje já é percebido como alguém “doente” portador de um problema grave que necessita de ajuda profissional. Conforme mencionado anteriormente a Clínica Creta bem como todos os seus técnicos assumem o compromisso procurando auxiliar o indivíduo, a sua família e a sua reinserção profissional (Rodrigues, J., 2015). O mesmo autor refere ainda: “Acreditamos na reabilitação (potencial activo e resiliente) e na auto responsabilização do adito pelo seu próprio plano de recuperação, quer seja pelo seu passado (adição activa nociva), presente (abstinência) e pelo futuro (recuperação duradoura / mudança de estilo de vida) e no impacto, como cidadão activo e responsável, que desempenha no seu enquadramento familiar e na comunidade (sociedade) ”.

Em suma, para uma combinação equilibrada de intervenções destaca-se a farmacoterapia. Nos

## ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

últimos anos, a investigação da neuropsicologia tem permitido “ilustrar” a forma como as substâncias aditivas interferem com o funcionamento do cérebro. Estas investigações também têm revelado, assim como temos vindo a observar, um acréscimo de comorbilidades (perturbações psiquiátricas e dependência de substâncias) na população de dependentes. A abstinência é unicamente o primeiro passo. Existem casos onde é necessário recorrer à ajuda de medicação e acompanhamento psiquiátrico, dependendo das necessidades do indivíduo, prevenindo a acção nociva do *craving* – que se caracteriza por um desejo invencível do consumo de álcool e/ou de outras drogas. Também na revisão da literatura, Reis, S. (2016) refere na sua tese de doutoramento que a depressão, ansiedade entre outras patologias estão correlacionadas com o consumo de álcool. Senão vejamos algumas das suas conclusões: o estudo concluiu que as dimensões psicopatológicas são preditoras de 20,7% da variância da dimensão física da qualidade de vida (depressão, ansiedade paranóide e especialmente somatização) e de 18,4% da variância na dimensão psicológica da qualidade de vida (ideação paranóide e especialmente depressão).

## PESQUISAS SOBRE OS ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

Segundo a literatura concluímos que a comunidade dos alcoólicos anónimos é a maior comunidade e é também a mais bem-sucedida. Nenhum outro grupo de ajuda mútua se internacionalizou como o grupo dos alcoólicos anónimos, embora em países de origem, algumas outras organizações tenham um número de filiados que pode superar o dos Alcoólicos Anónimos (Edwards, Marshall & Cook 2005). No entanto, não existem muitos estudos sobre esta temática, mas os que existem mostram efectivamente o sucesso terapêutico do MODELO MINNESOTA. Neste sentido a eficácia do modelo construído pela comunidade dos Alcoólicos Anónimos para a recuperação do alcoolismo é reconhecida mundialmente, o que fez da comunidade dos alcoólicos anónimos uma “espécie” de “grandparent” dos grupos de mútua ajuda, influenciando a constituição de grupos destinados ao tratamento de outras patologias, tais como: Narcóticos Anónimos, Bulímicos e Anoréxicos Anónimos, Dependentes de Amor e Sexo Anónimos, Neuróticos Anónimos, Jogadores Anónimos etc. (Gilbert, 1991).

O Projeto MATCH, realizado nos EUA mostrou que a simplificação dos 12 passos é tão eficaz como a terapia cognitivo-comportamental e a entrevista motivacional. Em pacientes com problemas psiquiátricos a simplificação dos 12 passos mostrou-se superior aos outros dois tratamentos após 12 meses (Project MATCH Research Group, 1977; cit in Edwards, Marshall e Cook, 2005). Após 3 anos, a simplificação dos 12 passos apresentou resultados superiores em comparação com a terapia motivacional em pacientes cujos círculos sociais anteriores apoiavam e reforçavam o consumo de bebidas alcoólicas (Lougabaugh et al., 1998; cit in Edwards, Marshall & Cook, 2005). Pessoas que estavam habituadas a conviver socialmente tinham a norma de procurar os Alcoólicos Anónimos e essa frequência está associada a melhores resultados. A simplificação dos doze passos não deve ser equiparada nem aos Alcoólicos Anónimos nem ao Modelo Minnesota. Mas entre os seus objectivos estão o compromisso de frequentar os AA e de começar a trilhar os 12 passos (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

## CONCLUSÃO

Concluimos que a comunidade dos “AA” é uma comunidade de homens e mulheres que partilham entre si a sua experiência, força e esperança para resolverem o seu problema comum e ajudarem outros a recuperarem do alcoolismo. Os pioneiros desta comunidade foram Bill Wilson, um corretor da bolsa de Nova Iorque e Dr. Bob Smith um cirurgião de Ohio, com um grave problema de alcoolismo. Após tomarem consciência do seu problema de adição, criaram uma comunidade de entreajuda para ajudar as pessoas que sofriam deste mesmo problema e para se manterem absti-



centes e/ou conseguirem um consumo controlado. Assim nasceu o MODELO MINNESOTA, o primeiro de todos os modelos de tratamento da dependência química a assumir uma base estruturada nos princípios dos Doze Passos e a fazer uso, paralelamente, de uma abordagem multidisciplinar. Para os fundadores dos AA, acreditar em algo superior ao poder humano e à própria doença revelou-se crucial. O Método Minnesota assume também esta crença, salientado que se trata de um programa espiritual e não religioso.

Concluimos ainda que muitas associações e clínicas adotaram o Modelo Minnesota a par de outras abordagens também elas eficazes, sendo exemplo a Clínica Creta com experiência clínica no âmbito das dependências há mais de 24 anos.

Nesta Clínica o tratamento baseia-se essencialmente no Modelo Minnesota e na Terapia Cognitivo-Comportamental. Por fim e de acordo com a literatura concordamos que existem provas dadas a nível científico do sucesso terapêutico tanto na Clínica Creta, como nas Associações e outras clínicas que utilizam o Modelo Minnesota (Project MATCH, 1999).

## BIBLIOGRAFIA

- Alcoólicos Anónimos (1935). *Sobriedade Online Preâmbulo*. [Versão electrónica] Retirado de <http://www.aasobriedade.org/modules.php?name=Conteudo&pid=7>, acedido a 4 de Fevereiro de 2016.
- Edwards, G., Marshall, E., Cook, C. (2005). *O tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais da Saúde*. São Paulo. Editora Artemed.
- Calafat, A., Jerez, M. J., Iglesias, E. B., & Gómez, C. F. (2007). *Mediadores Recreativos y Drogas: Nueva Área para la Prevención*. Palma de Maiorca: IREFREA España.
- Feijão, F. (2010). *Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas*. Revista Toxicodependências, 16, 29-46.
- Gilbert FS. (1991). Development of a "steps questionnaire". J Stud Alcohol; 52:353-60.
- Henriques, S., Peralta, M., Borges, P., & Serralheiro, R. (2010). *Intervenção em espaços recreativos nocturnos – da experiência da intervenção à evidência da investigação*. Interações, 14, 57-76.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Narcóticos Anónimos (1983). *Doze passos dos Narcóticos Anónimos*. [versão electrónica] retirado de <http://www.na-pt.org/12-passos.php>, acedido a 4 Fevereiro 2016.
- Pena-Afaro, (1993). A.A. Alcoolismo: Os Seguidores de Baco. São Paulo: Mercuryo.
- Project MATCH (1999). *Summary Addction*. Editor`s Introducion.
- Reis, S. (2016) *Autoeficácia, Psicopatologia e Qualidade de Vida. O Papel da Autoeficácia na manutenção do tratamento e da Qualidade de Vida na manutenção do tratamento dos doentes Alcoólicos*. Tese de Doutoramento a apresentar à Universidade da Estremadura - Badajoz., Espanha.
- Rodrigues, J.A.de Sousa (2015). Modelo e Objetivos. Creta – Clínica de Tratamento – Tratamento Primário, Tratamento Ambulatório, Prevenção de Recaída, Pós Tratamento, Assistência e Famílias, Reinserção. [Versão electrónica] Retirado de <http://www.cretatratamento.com/mode-lo-e-objectivos/>, acedida a 4 de Fevereiro de 2016.
- Serra., D.S.A. (2014). *Álcool e Criminalidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça submetida ao Instituto da Universidade da Maia.

<sup>1</sup> Fonte: <http://www.na-pt.org/12-passos.php>

<sup>2</sup> Fonte: <http://www.aasobriedade.org/modules.php?name=Conteudo&pid=7>

