

AUTOCONCEITO (AUTOEFICÁCIA), PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES ALCOÓLICOS EM TRATAMENTO

Sandra Reis

Doutoranda em Psicologia na Universidad de Extremadura, Badajoz (Espanha). Mestre em Psicologia Clínica e Psicoterapias pela Escola Superior de Altos Estudos do ISMT, Coimbra (Portugal).

Florencio Vicente Castro

Catedrático de Psicologia Facultad de Educación da Universidad de Extremadura, Badajoz (Espanha)

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.225>

Fecha de Recepción: 13 Enero 2016

Fecha de Admisión: 15 Febrero 2016

RESUMO:

Este projeto de investigação no âmbito do Doutoramento em Psicologia, pretende analisar a importância do treino da autoeficácia (variável independente) para o tratamento da dependência alcoólica, observável na manutenção em tratamento e na modificação/elevação da qualidade de vida, objetivo último da intervenção e medida da sua eficácia (variável dependente). Neste sentido foram inquiridos de 146 dependentes alcoólicos que iniciaram tratamento na UAC, 90 (61,6%) dos quais abandonaram o tratamento após a fase de internamento, 35 (24%) após a 1ª consulta e 21 (14,4 %) se mantivera em tratamento. Este ainda é um problema ligado ao género, sendo que a maioria dos indivíduos são homens constituindo assim 87% da nossa amostra. As idades situam-se entre os 23 e os 68 anos, com um valor mediano de 44,7 (DP= 9, 127). Para avaliar as variáveis em estudo foram utilizados: a versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Canavarro, 1999) para avaliar a sintomatologia psicopatológica; a versão portuguesa do Inventário Clínico do Autoconceito (ICAC) (Vaz Serra, 1985), para avaliar aspetos e a versão portuguesa da World health Organization Quality of Life, versão breve (WHOQOL-Bref) “destina-se à avaliação da qualidade de vida, tal como foi definida pela OMS: percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro dos contextos dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro, Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, Gameiro, Paredes & Carona, 2007, p. 77).

Palavras Chave: Autoeficácia, Psicopatologia, QV e Tratamento da Síndrome Alcoólica

ABSTRACT:

In this investigation we tried to analyze the importance of training self-efficiency (independent variable) for the treatment of alcohol dependency, seen in maintenance treatment and modification / improvement of the quality of life, this last one being the ultimate goal of the intervention and

AUTOCONCEITO (AUTOEFICÁCIA), PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES ALCOÓLICOS EM TRATAMENTO

measure their effectiveness (dependent variable). In this sense, we interviewed 146 alcohol addicts being treated in AUC, 90 (61.6%) of whom abandoned treatment after the inpatient phase, 35 (24%) after the 1st consultation and 21 (14.4%) were kept under treatment. This is still a problem with gender, and most individuals are men constituting 87% of the sample. Ages are between 23 and 68 years, with a median value of 44.7 (SD = 9, 127). To assess the study variables were used: the English version of the Brief Symptom Inventory (BSI) (Canavarro, 1999) to assess the psychopathological symptoms; the Portuguese version of the Clinical Inventory of the Self-concept (ICAC) (Vaz Serra, 1985), to assess aspects and the Portuguese version of the World Health Organization Quality of Life, brief version (WHOQOL-Bref) "is intended to evaluate the quality of life, as defined by the WHO: the individual perception of their position in life, within the context of culture and value systems in which it is inserted and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (Canavarro, Simões, Vaz Serra Pereira, Rijo, Pint, Gameiro, Walls & Ride, 2007, p. 77).

Keywords: Self-efficiency, psychopathology, QV and Treatment of Alcohol Syndrome

INTRODUÇÃO

O consumo de bebidas alcoólicas é um fenómeno preocupante nos dias de hoje. Assim a OCDE (Organização para o Desenvolvimento Económico) refere que Portugal se situa nos lugares cimeiros no que reporta aos consumos de bebidas alcoólicas. Portanto este projeto de investigação faz-nos todo o sentido uma vez que estamos perante um problema de saúde publica. Assim este projeto abordará os objectivos de investigação e o interesse do projeto e por último fará uma revisão da literatura sobre o autoconceito, psicopatologia e qualidade de vida dos doentes alcoólicos e respetivo tratamento. Também estará adjacente o cronograma com as respetivas tarefas e tempos do projeto.

OBJETIVOS DO PROJETO

É objetivo do presente estudo analisar a importância do treino da autoeficácia (variável independente) para o tratamento da dependência alcoólica, observável na manutenção em tratamento e na modificação/elevação da qualidade de vida, objetivo último da intervenção e medida da sua eficácia (variável dependente). Numa primeira fase, analisar a capacidade preditora da autoeficácia para a qualidade de vida. E, numa segunda fase, analisar o modo como as variáveis se modificam ao longo do tratamento e nos diferentes subgrupos da amostra. Dividindo-se a amostra em três subgrupos – aqueles que abandonam o tratamento após a primeira ou a segunda consulta externa e aqueles que se mantêm em tratamento, queremos perceber o que os distingue. Analisaremos para isso o perfil de entrada de todos os sujeitos ao momento do internamento para cada uma das variáveis consideradas (autoeficácia e qualidade de vida), mas também para outras que se relacionam com as primeiras, nomeadamente as restantes componentes do autoconceito e o autoconceito global e a psicopatologia. A sua capacidade preditora da qualidade de vida também será testada. Seguir-se-ão os estudos dos grupos que realizaram mais de uma avaliação, para compreender o que os distingue, e o que caracteriza uma intervenção de sucesso, esperando-se encontrar entre eles diferenças estatisticamente significativas nas variáveis consideradas – autoconceito e, mais especificamente, autoeficácia, qualidade de vida e, eventualmente na presença, número e intensidade da sintomatologia psicopatológica.

Tendo sido apresentado o pedido para autorização para a recolha de dados da investigação na UAC os questionários para o efeito foram preenchidos pelos sujeitos entre o mês de Setembro de 2011 e o mês Maio de 2013.

INTERESSE DO PROJETO

Sabemos bem que o consumo do álcool acarreta diversas doenças e/ou problemas para os indivíduos tendo repercussões negativas na QV dos indivíduos: ou seja, a QV fica comprometida nas seguintes variáveis (psicológica, física, relações sociais e ambiente) e não raras vezes à origem do álcool – dependentes. Portanto este estudo foi delineado de forma a podermos compreender e a clarificarmos qual/quais a(s) variável(is) mais precisamente a auto eficácia e a psicopatologia interferem no tratamento e na QV do sujeito dependente. Este estudo permitiu-nos validar algumas propostas da literatura e do tratamento que subjaz à UAC (Unidade de Alcoologia da Zona Centro – Coimbra).

REVISÃO DA LITERATURA

Portugal situa-se nos lugares cimeiros no que reporta aos consumos de bebidas alcoólicas segundo a OCDE. Dentro dos fatores de risco podemos distinguir, de acordo com a psicopatologia, entre fatores predisponentes, precipitantes e de manutenção. Os predisponentes incluem, por exemplo, as **vulnerabilidades emocionais** que se podem constituir ao longo do desenvolvimento. Já os precipitantes, são “a chave que abre a fechadura dos predisponentes”, e incluem frequentemente **situações de stress ou dificuldade** que desencadeiam incapacidades/disfuncionalidades. Sabe-se, também, que a personalidade tem algum valor preditivo que concorre com outros aspetos importantes da vida, tais como a qualidade das relações pessoais, a adaptação aos desafios da vida, o sucesso profissional, o envolvimento na sociedade, a felicidade, a saúde (McAdams & Olson, 2010), para referir alguns. Os fatores de manutenção decorrem, algumas vezes, da **repetição das circunstâncias traumáticas a que o indivíduo é sensível e, outras vezes, da forma como o retém, elabora e representa as próprias vivências** (atribuição de significados positivos, curativos ou sentimentos de invulnerabilidade ou “otimismo irrealistas”, por exemplo. Especificamente, no caso do álcool, devemos considerar, em primeiro lugar, fatores de risco de natureza social e cultural. Note-se que se nos países mais desenvolvidos o consumo é promovido pelo poder aquisitivo, nos países menos desenvolvidos, ou nos grupos mais pobres dos países desenvolvidos, o consumo é favorecido pelos baixos preços que uma produção maciça permite. Em si mesma, a pobreza, o desemprego e a solidão ou exclusão social podem constituir fatores de risco para o consumo (Helman, 2003, *cit. in* Precioso, 2014). Lembre-se que a ingestão moderada do álcool, no nosso país é socialmente aceite, estando integrada nos hábitos quotidianos e fazendo parte do convívio entre familiares, amigos e outros contextos sociais (Precioso *et al.*, 2014). É dentro da família que as crianças encontram os seus primeiros modelos de referência e, portanto, o fato das pessoas mais próximas consumirem álcool pode promover o desenvolvimento de uma atitude positiva e tolerante face ao consumo, podendo inclusivamente incentivá-lo (Precioso *et al.*, 2014). Alguns autores falam mesmo de uma predisposição genética para o consumo compulsivo de álcool que seria, em parte, justificada pela presença de progenitores também com padrões de consumo abusivo ou dependente (Bennett, 2002). Mas não são apenas estes os fatores de risco para o consumo de álcool. Um seio familiar instável pode ser em si mesmo problemático e funcionar como fator predisponente, precipitante ou de manutenção do consumo abusivo/dependente de álcool. No que toca a fatores individuais e características da personalidade Rahiouni e Reynaud (2008) enfatizam as questões temperamentais, designadamente, o nível elevado de procura de sensações e de ativação emocional, o fraco evitamento do perigo ou a timidez, a auto-estima reduzida, as dificuldades em resolver problemas interpessoais, a lenta recuperação do equilíbrio após um momento de *stress* e a dificuldade em enfrentar situações difíceis e em estabelecer relações estáveis e satisfatórias. A fragilidade egóica, a baixa tolerância à frustração, a impulsividade, o comportamento passivo-dependente ou a ilusão de onnipotência foram algumas das características identificadas por Miler (1986, *cit. in* Dias,

AUTOCONCEITO (AUTOEFICÁCIA), PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES ALCOÓLICOS EM TRATAMENTO

2006). Interessa ainda destacar o funcionamento psicológico do sujeito alcoólico, porque são erros no processamento da informação, na elaboração dos conflitos internos e na regulação das emoções que podem estar na base do consumo abusivo ou compulsivo. O álcool surge aqui como uma resposta, uma estratégia de coping, mas desadaptativa, para aliviar estados e conflitos internos dolorosos e emoções negativas (ex.: sentimentos de vazio, solidão e depressão, sentimentos de rejeição, vergonha, aborrecimento ou raiva, Wurmser, 1977/1994, *cit. in* Dias, 2006) e torná-los suportáveis. Na incapacidade de pensar e elaborar a dor mental, o alcoólico substitui o pensamento pela ação (Sequeira, 2006), processo designado por “*acting out*”, e faz do comportamento a principal forma de comunicação de mal-estar. A incapacidade de encontrar um novo equilíbrio interno e de satisfazer as suas necessidades afetivas leva a que se instale um estado crónico de frustração que é agido no consumo, perpetuando-o (Lieberman, 1981, *cit. in* Sequeira, 2006), e funcionando a gratificação imediata produzida por ele como reforço adicional à sua manutenção. Por fim, quanto a fatores de proteção, basta inverter a lógica dos de risco para os identificarmos – 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. Dizemos que um indivíduo está em risco para o abuso de álcool quando os fatores de risco exercem um peso superior aos factores de protecção – quando possui e está envolvido por condições que, em associação, criam propensão para uso ou abuso de álcool, sendo exemplo a baixa autoestima, a autoanulação, a impulsividade, o baixo autoconceito.

Neste sentido e segundo Almeida, Gomes, Breda e Lameiras, (1999), com uma amostra de 170 doentes alcoólicos, cuja avaliação do autoconceito foi realizada em três momentos (admissão para tratamento em internamento, alta e um mês após a alta), encontram uma ligeira diminuição do autoconceito nos homens relativamente às mulheres e, que as diferenças encontradas entre os sexos, nos vários momentos de avaliação, se verificam à custa da maturidade psicológica e da autoeficácia. Diversas investigações (Bandura, 1997; Scholz, Doña, Sud e Schwarzer, 2002) têm demonstrado que um elevado sentimento de autoeficácia está relacionado com uma melhor qualidade de vida, uma maior realização pessoal e uma melhor integração social. No âmbito do consumo de substâncias, incluindo o consumo do álcool, da revisão realizada por González-Saiz, Rojas e Castillo (2009) de 111 artigos, foi possível concluir que a qualidade de vida [“(a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”)], WHOQOL-Group, 1994]; é mais baixa do que a população em geral. Lahmek e colaboradores (2009), numa amostra com 414 doentes alcoólicos, internados num período de três meses para desintoxicação, procuraram explorar e descrever a mudança da QV (através do MOS SF-36) dos doentes aquando da admissão e da alta, e as variáveis associadas. As médias para cada dimensão, sendo a Função Física, Desempenho Físico, Dor Física, Saúde Mental, Desempenho Emocional, Função Social e para a Componente Física (Saúde em Geral) e Mental (Vitalidade) da QV são significativamente baixas tanto na admissão como na alta. Os valores mais baixos foram observados no Funcionamento e Papel Social devido a problemas emocionais. Aquando da alta, a maior melhoria da Componente Física foi associada a maior nível educacional e a ausência de co-morbilidade somática e da Componente Mental aos doentes sem sintomas psicóticos e naqueles que eram dependentes de drogas ilegais. Na UAC, a intervenção psicológica funda-se nos princípios da terapia cognitivo-comportamental, desde logo porque esta abordagem é particularmente flexível, podendo ser usada quer individualmente quer em grupo, e em conjunto com outras abordagens. O objetivo central da terapia cognitivo-comportamental é a

reestruturação cognitiva, isto é, a reestruturação dos esquemas cognitivos disfuncionais responsáveis pelo surgimento de comportamentos perturbados, corporizados, no nosso caso, no consumo compulsivo ou dependente de álcool. De acordo com Beck e colaboradores (1993, *cit. in* Rahioui e Reynaud 2008), o ciclo cognitivo-comportamental que mantém o comportamento perturbado é desencadeado por um estímulo (interno ou externo) que ativa um esquema composto por falsas **crenças** (permissivas face ao consumo) e por expectativas positivas para o consumo e negativas para a abstinência, as quais permitirão a manifestação do desejo compulsivo de consumir e acabarão por conduzir ao ato de consumir. A reestruturação cognitiva orientar-se-á pois para a identificação e modificação das expectativas erróneas e das falsas crenças e para o desenvolvimento e treino de competências e estratégias de coping (**treino de prevenção da recaída, treino de competências sociais e gestão de emoções negativas** (Monti *et col.*, 2002; Monti e Rohsenow, 1999, *cit. in* Rahioui & Reynaud, 2008). As competências de coping, não só permitirão lidar mais eficazmente com o quadro de dependência como poderão promover um sentido de autoeficácia e autocontrolo mais positivo, com conseqüente reestruturação do próprio auto-esquema onde se inclui o auto-conceito. No fim, o doente será capaz de dirigir de forma ativa o processo de modificação do comportamento para a adoção e manutenção de um estilo de vida saudável, isto é, abstinentes. O processo acima descrito alicerça-se, do ponto de vista teórico, no Modelo Transteórico da Modificação do Comportamento e é posto em prática através da entrevista motivacional. Note-se que a modificação do comportamento é um processo que se desenrola ao longo do tempo, acompanhado da modificação das crenças e expectativas e do desenvolvimento de estratégias de coping, e cuja eficácia depende da motivação do sujeito para um envolvimento ativo. A entrevista motivacional visa aumentar a confiança do doente no facto de poder realizar alterações no seu consumo, mas, mais uma vez, é preciso ter em conta a possibilidade de resistência ao tratamento (e mesmo de abandono) se acreditar que não consegue completar o processo de mudança com êxito (Benyamina, 2008). Ou seja, a falta de autoeficácia pode ser entendida como uma barreira ao tratamento, daí a importância de a trabalhar/elevar. Esta foi considerada por nos como **uma variável-chave no processo de mudança e definida como variável independente, na relação com a qualidade de vida, definida como variável dependente (resultado do tratamento a longo prazo).**

| Cronograma do Projeto de Investigação | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------------------|------|----------------|------|------|--------------------------|
| Ano/ Mês | 2010 (Março a Junho) | 2011 (Janeiro a Setembro) | 2012 | 2013 (Maio) | 2014 | 2015 | 2016 (Fevereiro e Junho) |
| Pesquisa de literatura | | | | | | | |
| Autorização para a recolha de dados | | | | | | | |
| Entrega projecto | | | | | | | |
| Revisão de Literatura | | | | | | | |
| Marco empírico | | | | | | | |
| Trabalho de Campo/ recolha de dados | | | | | | | |
| Análise e tratamento de dados | | | | | | | |
| Conclusões | | | | | | | |
| Entrega provisória | | | | | | | |
| Entrega final | | | | | | | |

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito se tem investigado sobre os problemas do álcool e as suas consequências mas não menos importante será perceber o papel das variáveis psicológicas nomeadamente a autoeficácia na manutenção do tratamento e da qualidade de vida do sujeito alcoólico. Sabemos bem que o consumo do álcool acarreta diversas doenças e/ou problemas para os indivíduos tendo repercussões negativas na QV dos indivíduos, ou seja, a QV fica comprometida nas seguintes variáveis (psicológica, física, relações sociais e ambiente) e não raras vezes à origem do álcool – dependentes.

Para já os resultados permitem concluir que o problema do consumo abusivo do álcool ainda é um problema ligado ao género masculino, sendo a nossa amostra constituída por 87% de indivíduos do sexo masculino e 13% referente ao sexo feminino. Este estudo foi delineado de forma a podermos compreender e a clarificarmos qual/quais a(s) variável(is) mais precisamente a autoeficácia e a psicopatologia interferem no tratamento e na QV do sujeito dependente. Este estudo permitirá validar algumas propostas da literatura e do tratamento que subjaz à UAC. Assim será provável que cheguemos a concluir que a autoeficácia seja preditor do sucesso do tratamento bem como da elevação da qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A., Pina, C., Feijão, A. (2008). *Princípios gerais da abordagem terapêutica dos doentes alcoólicos internados na Unidade de Alcoologia de Coimbra*. Biblioteca da Unidade de Alcoologia. Coimbra
- Almeida, A. Gomes, A., Breda, J., Lameiras, R., (1999), “Avaliação do auto-conceito nos doentes alcoólicos”, *Psiquiatria clínica*, 20 (2), pp. 307-316.
- Bandura, A. (1997). “*Self-efficacy: The exercise of control*”. New Work: Freeman.
- Bennett, P. (2002). “*Introdução Clínica à psicologia da saúde*”. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beyamina, A., (2008). “*Terapias Cognitivo Comportamentais e adições*”. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benyamina, A. H. Modelo Transteórico da Mudança. In Rahioui, H., Reynand (2008) *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adições*: Lisboa. Climepsi Editores.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T., & Carona, C. (2007). WHOQOL-Bref – instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.). *Avaliação psicológica – instrumentos validados para a população portuguesa* (Volume III): Coimbra: Quarteto.
- Derogatis, L. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring and Procedures*. Manual. Minneapolis: National Computers Systems.
- Dias, A. (2006). *Alcoolismo: “Compreensão Psicodinâmica Etanol, um líquido metonímico”*. Lisboa: Climepsi Editores
- González-Saiz, F., Rojas, O. L. & Castillo, I. I. (2009). *Measuring the impact of psychoactive substance on health-related quality of life: An update*. *Current Drug Abuse Reviews*, 2 (1), 5-10.
- McAdams D. P., & Olson, B. D. (2010). *Personality development continuity and change over the life course*. *Annual Review of Psychology*, 61, 517 – 542.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico ([OCDE] 2012). *Portugal é dos países da OCDE com maior consumo do álcool*. [Versão Electrónica]: retirado de <http://pt.euronews.com/2015/05/12/o-efeito-do-alcool-nos-paises-da-ocde/>, acedido em Setembro de 2015.
- Precioso, J., Dias, A., Correia, C., Samorinha., Sousa, I., Antunes, H., Macedo, M. (2014). *O essencial sobre o alcoolismo*. Coimbra. Almedina Editora.
- Rahiouni, H., & Reynaud, M. (2008) *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adições*. Lisboa: Climepsi.

- Reis, S. (2010). *Satisfação Familiar dos Toxicómanos em programa de metadona*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e psicoterapias apresentada à Escola Superior de Altos Estudos – Instituto Superior Miguel Torga.
- Serra., D.S.A. (2014). *Álcool e Criminalidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça submetida ao Instituto da Universidade da Maia.
- Sequeira, J.P., (2006). *As origens psicopatológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). "Is general self-efficacy a universal construct". Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251.
- Vaz Serra, A. (1985). "O inventário clínico de auto-conceito". *Psiquiatria Clínica*, 7(2): 67-84.

