

Prevenção da recaída:
um programa de ajuda para dependentes químicos em recuperação

José Baus

Professor do Departamento de Psicologia - UFSC

Resumo

De acordo com o Modelo Transteorético de PROCHASKA et. al. e colaboradores (1988, 1991 e 1992), o processo de mudança de comportamento do dependente químico é semelhante ao processo de mudança de outros comportamentos disruptivos. Por outro lado, o modelo de Prevenção da Recaída (MARLATT e GORDON, 1993), baseado principalmente nas contribuições da Terapia Cognitiva e da Terapia Comportamental, tem sido aplicado em vários contextos. Este modelo é visto como um instrumento útil na manutenção de comportamentos adequados no processo de recuperação do dependente químico. Com base nesses dois modelos, elaborou-se um programa terapêutico adaptado, principalmente, ao aconselhamento individual, ao invés de grupal. Este programa também é

Abstracts

In accordance with the Trans-theoretical Model (PROCHASKA et. al., 1988, 1991 and 1992), the process of behavior change related to chemical dependence is similar to the process of changing others maladaptive behaviors. On the other hand, the Relapse Prevention Model (MARLATT and GORDON, 1993), which is mainly based on the Cognitive Therapy and the Behavior Therapy, has been applied to different settings. It has been perceived as an important way for the maintenance of adaptive behaviors in the process of chemical dependence recovery. A therapeutic program based on these two models was developed to adapt rather to individual than group counseling. The program has been applied to a self-help groups of mainly alcohol,

aplicado a dependentes químicos (principalmente de álcool, cocaína e/ou solventes) que participam de grupos de ajuda mútua, dentro do campus de uma universidade pública. Este trabalho descreve as características principais deste programa.

cocaine and glue-sniffing addicts within a university campus setting. This paper describes key characteristics of the program.

Palavras-chave: prevenção da recaída; processo de mudança comportamental; recuperação de dependentes químicos.

Keywords: relapse prevention; behaviour change process; chemical dependence recovery.

O processo de mudança comportamental tem sido visto como um processo complexo que abrange diferentes estágios. PROCHASKA et. al. (1988, 1991 e 1992) identificaram cinco estágios nesse processo: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. A pré-contemplação caracteriza-se pela negação ou recusa em mudar o próprio comportamento; na contemplação, o indivíduo passa a admitir a necessidade de mudança; na preparação, envolve-se em algumas atividades que facilitarão a emissão de comportamentos altamente compatíveis com a mudança requerida; na ação, desempenha-se de forma efetiva na mudança do comportamento indesejável (a recuperação é alcançada, em geral, após seis meses de permanência neste estágio) e, finalmente, a manutenção através da adoção de estratégias específicas a fim de evitar a recaída.

A pesquisa nesta área já produziu um conjunto de informações relevantes e suficientes, indicando similaridade no processo de mudança comportamental em relação a diferentes distúrbios de comportamento, como por exemplo: drogadicção (alcoolismo, tabagismo e drogas ilícitas), sobrepeso e obesidade, fobias (PROCHASKA, DICLEMENTE & NORCROSS: 1992; PROCHASKA, NORCROSS, FOWLER, FOLLICK & ABRAMS, 1992; PROCHASKA, VELICER, DICLEMENTE & FAVA, 1988 e PROCHASKA, 1991). Tal similaridade foi verificada:

- 1) quanto aos estágios (em geral, cinco estágios conforme citado anteriormente);
- 2) quanto aos processos psicológicos presentes em cada estágio, e;

- 3) quanto aos fatores que propiciam a passagem de um estágio para outro.

Em relação ao terceiro aspecto, a literatura dos Alcoólicos Anônimos (AA) tem enfatizado que a decisão de procurar ajuda para mudança do comportamento de consumo abusivo de drogas geralmente depende da conjugação dos seguintes fatores: a) grau de insatisfação com a situação de desamparo em que se encontra (“atingir o fundo do poço”), b) grau de desconfiança quanto às próprias habilidades para enfrentar, sozinho, a superação dessa condição de desconforto e desamparo (baixo nível de auto-estima), e c) de uma expectativa favorável quanto à possibilidade de obter ajuda externa (do Ser Superior, do grupo de ajuda mútua e/ou de um terapeuta) para sair da situação aversiva em que se encontra.

Tais condições geralmente são verificadas no dependente químico que procura ajuda através do Grupo de Ajuda Mútua (GAM)¹ do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nestes casos, supomos que o adicto se encontra pelo menos no estágio da preparação e, dessa forma, estaria em condições favoráveis de se engajar em procedimentos que visam contribuir para se libertar da dependência química.

É, neste contexto que, há aproximadamente quatro anos, temos colaborado com o GAM, possibilitando a vários de seus integrantes participarem no SAPSI (Serviço de Atendimento Psicológico) da UFSC, de um programa ministrado por estagiários de Psicologia Clínica para este fim. Este programa visa, principalmente, instrumentalizar o adicto em recuperação a reconhecer as situações de risco de recaída e a emitir comportamentos adequados diante das mesmas, além de, ampliar e diversificar seu repertório comportamental para o enfrentamento de situações críticas.

O programa consta de aproximadamente quinze sessões de atendimento individual, com sessões semanais de 50 minutos, e se baseia nas contribuições de MEICHEMBAUM (1985), ANNIS & DAVIS (1989), MARRATT & GORDON (1993).

¹ O GAM surgiu em decorrência do trabalho inovador do Departamento de Enfermagem, do CCS, da UFSC, através dos grupos de estudos GAEPD (Grupo Alternativo de Estudos dos Problemas das Drogas) e GEPAL (Grupo de Estudos e Prevenção ao Álcool), do Núcleo de Atendimento às Necessidades Psicossociais (NANPS), sob a coordenação do Prof. Dr. Wilson Kraemer de Paula.

Características do programa

1. Um programa terapêutico, para ser eficaz, deve ter como meta não apenas a extinção do comportamento inadequado mas também deverá propiciar mudanças significativas no repertório de comportamento e de atitudes do recuperando de forma a abarcar os diferentes aspectos do seu cotidiano, isto é, seu próprio estilo de vida.

Um programa que não se proponha a atingir essa meta (isto é, a mudança no repertório comportamental, atitudinal e no estilo de vida) mas que vise tão somente a extinção do comportamento inadequado, deverá ser considerado como paliativo e com efeitos não muito duradouros. Esta foi uma das principais críticas formuladas por psicólogos de abordagens psicodinâmicas a muitos dos relatos científicos de intervenções terapêuticas comportamentais. Esta, também, é uma das críticas mais veementes à maioria dos tratamentos de internação para tratamento do alcoolismo e abuso de drogas.

Muitos dos programas de tratamento do alcoolismo e do tabagismo, principalmente aqueles que priorizaram procedimentos aversivos, se enquadram nesse contexto. Uma de suas falhas principais parece residir na desconsideração desta regra: se queremos mudanças comportamentais efetivas, devemos estar preocupados não apenas com a mudança da relação entre determinado comportamento (o comportamento-alvo) e o ambiente, mas principalmente entre diferentes relações de diferentes comportamentos e o ambiente, relações estas, em geral, bastante complexas e das quais a relação comportamento-alvo/ambiente é um dos termos.

2. A mudança de comportamento(s) do dependente químico exige do mesmo muita dedicação e persistência, principalmente quando a sua história de desenvolvimento e manutenção da dependência for muito longa e precoce. O processo de mudança, provavelmente, será tanto mais árduo quanto mais cedo a dependência tiver se instalado e, quanto mais tempo ela perdurou na história de vida do indivíduo. Isto porque a dependência química tem como subprodutos altamente indesejáveis a deteriorização não só de várias das funções orgânicas mas também psicossociais e a extensão do dano parece se correlacionar com a duração e precocidade do início da dependência (BRENNAM & MOOS, 1991).

E, quanto mais antiga e duradoura for essa história, tanto menor a plasticidade do indivíduo para uma mudança mais extensa e profunda em seu repertório (SELIGMAN, 1995). A amplitude das mudanças requeridas

dependerá, pois, das áreas que foram afetadas pela história da dependência química bem como da extensão e gravidade do dano produzido.

3. Dado o caráter complexo da interação indivíduo/droga e das consequências que esse vínculo traz para o dependente, principalmente, quanto ao do debilitamento de sua auto-estima, o processo de mudança deve estar voltado para o aumento de sua autoconfiança diante das situações de risco de recaída. A Teoria do Desamparo Aprendido (SELIGMAN, 1977) sugere-nos que a reversão do quadro de desamparo em que está mergulhado o alcoolista ou drogadicto não é tarefa para curto espaço de tempo. Daí a importância de se evitar precipitações: pequenos passos deverão ser dados com cautela e persistentemente. A aproximação gradativa (modelagem) do comportamento terminal (autocontrole diante das situações de risco) é uma técnica imprescindível neste caso.

4. Para garantir maior eficácia no processo de ajuda, uma das metas desejadas parece consistir na obtenção, por parte do recuperando, de uma clara visibilidade das situações/contextos associados à recaída. Daí a necessidade de que o dependente aprenda: a) a identificar essas situações internas e externas e respectivas cognições, emoções e ações: como estão articuladas entre si e como se relacionam no fluxo comportamental e b) modificar e diversificar suas estratégias de enfrentamento de situações de risco.

5. O processo de ajuda no grupo poderá ser facilitado na medida em que o dependente químico encontre não só espaço para regular suas emoções, sentindo-se compreendido e amado, mas também, quando puder encontrar bons modelos alternativos em relação àqueles de seu círculo anterior de referência.

Esta facilitação dependerá de sua convivência com outros modelos de comportamento e da sua capacidade de reproduzi-los, abstraindo suas características saudáveis e transpondo-as para situações similares. Neste sentido, o programa do GAM apresenta-se como inovador, na medida em que permite ao dependente químico compartilhar do espaço físico de outras pessoas consideradas “normais”, que supostamente apresentam uma diversidade maior de modelos e padrões de comportamento que se contrapõem ao padrão altamente estereotipado e restrito do drogadicto. Na restrição e estereotipia de comportamento de pacientes institucionalizados parece residir um dos aspectos mais limitantes à recuperação, associados à hospitalização prolongada.

6. Viver imerso no mundo da droga produz, via de regra, indivíduos com baixo limiar para as necessidades do outro e, sobretudo, para perce-

ber as conseqüências prejudiciais de seu comportamento sobre aqueles com quem convive. A vida parece-lhes reduzir-se à satisfação das necessidades de busca do prazer e/ou supressão dos estados aversivos relacionados com a privação da droga. Daí a dificuldade que experimentam quando lhes é solicitado que se coloquem na “pele” do outro, tentando reproduzir em si, estados emocionais, cognitivos e comportamentais de outros papéis e personagens. Tais experiências, entretanto, muitas vezes têm sido capazes de contribuir com o recuperando no seu processo de “descentralizar-se”, isto é, de abandonar, ainda que momentaneamente, a opressão que o assalta de fazer tudo girar em torno de si próprio, de organizar seu dia-dia apenas em função da satisfação de suas emoções de prazer ou de fuga da dor. Trata-se de algo similar àquilo que se verifica na passagem do egocentrismo infantil para uma forma de pensamento “descentralizado” do indivíduo em relação ao mundo que o cerca (PIAGET, 1966). O desempenho de papéis, representando/experimentando emoções, pensamentos e comportamentos de outrem, em contextos similares, tem se mostrado uma técnica útil para este objetivo, no caso do alcoolista e do drogadicto.

7. Na tentativa de se libertar da droga, o dependente químico se defronta, muitas vezes, com a volta dos estereótipos que o acompanhavam antes de ingressar no grupo de ajuda mútua: pessoas (incluindo familiares) que colocam em dúvida qualquer mudança sensível no seu comportamento, membros da comunidade que dificultam o processo de (re)-inserção nos meios produtivos (mercado de trabalho). Aprender a lidar com tais situações, avaliar a adequação de retorno ao ambiente familiar, bem como buscar diferentes formas de inserção no mercado de trabalho, são tarefas necessárias durante o processo de recuperação.

Trata-se de questões que geram determinados níveis de ansiedade que, se não forem convenientemente abordadas no processo terapêutico, poderão se constituir em fontes estimuladoras de recaída.

Procedimentos de regulação da emoção têm contribuído para reduzir o nível de ansiedade que essas situações costumam gerar. Não nos propomos, entretanto, a apenas instrumentalizar o dependente químico a regular sua emoção. É preciso, também, que ele aprenda a solucionar problemas. A busca de novos caminhos e de uma nova ocupação se constituem em excelente oportunidade para aprender a formular problema, apontar soluções e encaminhar-se para sua implementação.

8. Por se tratar de questões altamente complexas e que envolvem mudanças não apenas no comportamento-alvo (o abuso de drogas) mas

também de um conjunto diversificado e, geralmente amplo, de comportamentos e atitudes, o grupo de ajuda e o terapeuta precisam ter bem claro suas limitações. Mas nem por isso a tarefa destes deixará de ser relevante: suas ações poderão contribuir com o drogadicto não só na passagem de um estágio de mudança para outro, como também no aperfeiçoamento das estratégias de enfrentamento das situações de risco em um determinado estágio. Enfim, no divisar de horizontes mais otimistas para a sofrida existência anterior.

Referências bibliográficas

- ANNIS, H. A & DAVIS, C. S. Relapse Prevention. In: HERSTER, R. K. & MILLER, W. R. (Eds). *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York : Pergamon Press. 1989, cap. 11, p. 170-182.
- ANNIS, H. M. & DAVIS, C. S. Relapse Prevention Training: a cognitive-behavioural approach based on self-efficacy theory. In: *Journal of Chemical Dependency Treatment*. 1989, 2 (2), 81-103.
- MARLATT, G. A. & GORDON, J. R. *Prevenção da Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre : Artes Médicas. 1993.
- MEICHENBAUM, D. *Stress Inoculation Training*. New York : Pergamon. 1985.
- PIAGET, J. *Le langage et la pensée chez l'enfant*. Paris : Delachaux et Niestlé, Neuchâtel. 1966.
- PROCHASKA, J. O. Prescribing to the stage and level of phobic patients. In: *Psychotherapy*, 1991, v. 28, n. 3, p. 463-468.
- _____, DICLEMENTE, C. C. & NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviours. In: *American Psychologist*. 1992, v. 47, n. 9, p. 1002-1114.
- _____, NORCROSS, J. C., FOWLER, J. L., FOLLIICK, M. J., ABRAMS, D. B. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. In: *Addictive Behaviours*. 1992, v. 17, p. 35-45.
- _____, VELICER, W. F., DICLEMENTE, C. C. & FAVA, J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988, v. 56, n. 4, p. 520-528.
- SELIGMAN, M. E. P. *Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte*. São Paulo : Hucitec, 1977.
- _____. *O que você pode e o que você não pode mudar*. Rio de Janeiro : Editora Objetiva, 1993.