

OUT 2011

REVISTA

Periódico mensal com a programação

VOLUME 1 | NÚMERO 8

do curso de especialização em dependência química das atividades em classe, indicações de leitura, resenhas, textos compilados e atualidades.

INÍCIO DO
MÓDULO III DO CURSO
TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

CONTEÚDO DAS
AULAS EXPOSITIVAS
cultura do tratamento e prevenção da recaída

CONTEÚDO DO
MÓDULO COMORBIDADES | AULA #5
transtorno de personalidade
antissocial e borderline

SEMINÁRIOS AVANÇADOS
adolescência e drogas

curso de especialização
em dependência química

RONALDO LARANJEIRA

Coordenação Geral do INPAD I UNIAD

MARCELO RIBEIRO

Coordenação do Curso de Especialização

LÍGIA BONACIM DUAILIBI

Coordenação dos Seminários Avançados

REVISTA do curso de especialização em dependência química

OUT 2011 | VOLUME 1 | NÚMERO 8

MARCELO RIBEIRO

Editor

MARIÂNGELA CIRILLO

LÍGIA BONACIM DUAILIBI

MARCELO RIBEIRO

Desenvolvimento de conteúdo

Rcedq expediente

Módulo III

TRATAMENTO DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS



Docentes desse módulo

Docentes da UNIAD | UNIFESP

PROFA. DRA. ANA CECÍLIA PETTA
ROSELI MARQUES

PROF. DR. CLÁUDIO JERÔNIMO
DA SILVA

PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

PROF. DR. SÉRGIO DUALIBI

MSc. LÍGIA BONACIM DUALIBI

MSc. NEIDE ZANELATTO

MSc. ANDRÉ MIGUEL

Docentes convidados

Dra. Mariana Rangel Maciel
(PROVE | UNIFESP)

DURAÇÃO DO MÓDULO III

07 DE OUTUBRO A
09 DE DEZEMBRO DE
2011

AValiação DO MÓDULO III

16 DE DEZEMBRO DE
2011

Conteúdos do Módulo III

AULAS EXPOSITIVAS

O conteúdo das aulas desse módulo é inteiramente dedicado ao tratamento do consumo das substâncias psicoativas.

Inicialmente a **cultura do tratamento** será apresentada e discutida, considerando os aspectos estruturais, que favorecem a transição do paciente da cultura do consumo para a cultura da recuperação.

Esse é o módulo que discutirá as principais técnicas de tratamento, tais como a **prevenção da recaída**, a **entrevista motivacional**, o **manejo de contingência** e o **manejo das situações de crise**. As aulas expositivas sobre

grupos de ajuda mútua e **orientação familiar** encerrarão as atividades do ano.

DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

A discussão de casos clínicos continuará normalmente. O curso "**Comorbidades**" continuará ocupando o espaço da discussão de casos na última sexta-feira do mês - exceto em dezembro -, sendo utilizado para a apresentação e discussão de uma patologia psiquiátrica.

SEMINÁRIOS AVANÇADOS

Não haverá seminários avançados durante os meses de dezembro e janeiro.

07

out

2011

12:30

DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

PROFS. DRS. CLÁUDIO
JERÔNIMO DA SILVA,
RONALDO LARANJEIRA,
MARCELO RIBEIRO E
CONVIDADOS

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA

MÓDULO III - TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA
CULTURA DE TRATAMENTO

PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

16:45

INTERVALO

CULTURA DE TRATAMENTO

Anteriormente, quando as questões relacionadas à cultura do consumo de substâncias psicoativas foram abordadas, enfatizou-se a existência de uma subcultura que, ao longo de sua transformação histórica, perpetrou também a evolução do consumo dos indivíduos inseridos no contexto.

Por subcultura, entende-se qualquer rede social informal na qual um grupo de normal - padrões de percepção, pensamento, sentimento e comportamento - promovem e regem um determinado modo de consumo de substância psicoativa. Entretanto, quando se adentra na questão do tratamento daqueles que, imersos em tal subcultura, tornaram-se dependentes, nota-se uma semelhança nos caminhos históricos pelos quais evoluiu a cultura da recuperação.

Sendo assim, diversos movimentos em defesa dos direitos de minorias, abriram caminhos para o surgimento de uma nova força a favor do tratamento da dependência química, antes mesmo de ser definida como doença pelo consenso dos órgãos de saúde mundiais.

Não obstante, a mesma motivação para a formação de redes sociais e culturais que garantam o consumo, foi também o viés principal para a organização de pessoas com objetivo de sustentar a recuperação/tratamento da dependência química como um estilo de vida.

Desse modo, surgiram movimentos históricos ao redor do tema que, em sua época foram expressivos porém limitados, e que hoje se adequaram à tecnologias modernas para ampliar o alcance de suas ações, disseminando conhecimentos e alternativas variadas, ganhando reputação e notoriedade ao longo dos anos.

Especialmente no ocidente, os grupos de ajuda mútua se encontram em plena expansão, voltados aos dependentes de álcool e drogas, ou às família, bem como um crescimento expressivo de comunidades terapêuticas, clínicas de reabilitação, movimentos baseados em filosofias de recuperação e doutrinas religiosas, organizações não governamentais, campanhas e

Objetivos

- (1) Discutir o conceito de cultura do tratamento.
- (2) Identificar aspectos e estruturas da cultura da "recuperação" e do tratamento.
- (3) Considerar os aspectos da cultura do tratamento que devem ser incluídos no plano de tratamento.
- (4) Familiarizar-se o conceito de "metáforas cognitivas".

WHITE W. The culture of recovery in America: Recent developments and their significance. Counselor, 9(4), 44-51. (2008). [ONLINE]

WHITE W. The culture of recovery in America: Recent developments and their significance [powerpoint]. (2008). [ONLINE]

programas na mídia e teledramaturgias, além de inúmeras formas de conexão em redes sociais virtuais, sites da web, publicação de autobiografias e assuntos específicos, voltados à capacitação profissional para os cuidados do tratamento, prevenção e redução de danos da dependência química.

WILLIAM WHITE

Biografia

Consultor sênior de pesquisas da Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute e ex-presidente do conselho de Comunidades de Recuperação. Mestre em Estudos da Dependência, trabalha em tempo integral com dependência química desde 1969, com pessoas em situação de rua, como conselheiro, diretor clínico, pesquisador e consultor internacional. Autor de 16 livros e co-autor de mais de 300 artigos, monografias, relatórios de pesquisa e capítulos de livros. Seus artigos em defesa da recuperação são amplamente lidos e foram publicados pelo Instituto Johnson em um livro intitulado "Vamos Fazer História: Crônicas do Novo Movimento em Defesa da Recuperação da Dependência".

Em seu site é possível encontrar uma coletânea de artigos, monografias, revisões, livros, além de um apanhado histórico e um conjunto de ferramentas voltados à recuperação, vista como parte integrante no tratamento da dependência química.

O diferencial de seus artigos está na ênfase dada aos profissionais da recuperação que, utilizando-se de técnicas específicas, tornam-se os grandes defensores do tratamento, responsáveis pela disseminação da cultura que faz jus à recuperação.

site: [Selected Papers of William L. White](#)

Fragmento de artigo

Desenvolvimento da Cultura de Recuperação na América: recentes evoluções e significados

William White

Consultor Sênior de Pesquisas do Chestnut Health Systems

[disponível online](#)

Tradução de Mariângela Cirillo

Desenvolvimento da Cultura de Recuperação

Cada uma das seções anteriores constitui uma história notável em seu próprio direito, mas até que ponto essas histórias individuais contam uma história maior, uma história de desenvolvimento institucional sem precedentes no seio da comunidade de recuperação norte-americana? O movimento dos direitos civis, das mulheres e dos homossexuais, para citar alguns dos importantes movimentos sociais modernos, transitaram de um estágio de consciência social elevada à um estágio de renovação cultural e construção da comunidade. A etapa de conscientização foi marcada pelo aumento da coesão do grupo e uma redefinição da identidade pessoal e coletiva. A última etapa envolve recapturar a história perdida e a cultura, bem como criar novos valores, uma nova linguagem do discurso, novas formas de arte, novas instituições sociais, e novos rituais de encontro, de protesto e celebração. Este mesmo processo está em andamento na América, entre os indivíduos e famílias em recuperação do vício. Uma completa e desenvolvida "cultura

de recuperação de viciados" está agora a emergir na América (White, 1996).

A criação de instituições descritas acima, a diversificação das sociedades de recuperação e ajuda mútua, os novos movimentos de defesa da recuperação, organizações comunitárias, crescimento das casas de recuperação e colônias, escolas de recuperação, as indústrias de recuperação, e os ministérios de recuperação, são desdobramentos dentro de um processo maior de desenvolvimento da cultura de recuperação. Esse processo de refinamento cultural é evidente em:

- um crescente interesse na história e sociedades de recuperação e ajuda mútua,

- uma preocupação crescente com a defesa e sobre a linguagem de dependência e recuperação (White, 2006),

- literatura de recuperação que inclui um número sem precedentes de biografias de recuperação, séries de ficção cujos personagens centrais estão em recuperação (por exemplo, Dave James Lee Burke Robicheaux, Mike Joe Hilley de Connally, Matt Lawrence Block Scudder), livros de meditação diária para recuperação, poesia (por exemplo, o trabalho publicado por Steven Ackerman, Patricia Allen, Ann Shirley Pendleton, Gene Quinn, George Salomão), e revistas de recuperação (por exemplo, Escolhas, Soluções de Recuperação, Wellbriety),

- temas de recuperação na mídia e entretenimento, incluindo cinema e teatro, programas de rádio (por exemplo, Coast to Coast Recovery, Talk Recovery, 12 Radio Recovery), e em forma de comédia (por exemplo, influência da recuperação no trabalho de Whoopi Goldberg,

Robin Williams, Margaret Cho, e Mark Lundholm),

- musicais temáticos, através do surgimento de festivais de música da sobriedade, letras e composições sobre o tema (ver também <http://www.12stepradio.com/playlist.php>), e CDs com temas populares de recuperação (por exemplo, SHARE-Canções de consciência, Esperança e Recuperação Para Todos),

- Recuperação em arte popular temática (ver <http://alcoholicoutsiderartist.blogspot.com>),

- a crescente proliferação de adornos pessoais de recuperação, por exemplo, fichas, botões, chaveiros, bijuterias, chapéus, camisetas, adesivos para carros, cartazes e placas,

- o surgimento de uma indústria do lazer de recuperação (por exemplo, férias livre de álcool e drogas, cruzeiros de recuperação, passeios sociais organizados, peregrinações a locais emblemáticos, por exemplo, casa do Dr. Bob em Akron, Ohio), e

- o crescimento de celebrações de recuperação em eventos que defendem a causa.

Pessoas viciadas há muito tempo são enclausuradas em subculturas com sua própria linguagem, valores, símbolos e costumes - mundos completamente fechados que os indivíduos tornam-se tão dependente dessas culturas como das drogas que celebram. O desafio de recuperação para aqueles enredados nestas subculturas muitas vezes não é uma falta de vontade para se recuperar, mas como escapar da atração da cultura de dependência e encontrar um novo mundo em que possa se recuperar (White, 1996). Este mundo alternativo está em construção há muitas décadas e agora está em rápido desenvolvimento.

Em 1976, 52 americanos proeminentes divulgaram publicamente seu estado de recuperação a longo prazo no Conselho Nacional da Operação para Entendimento do Alcoolismo. Este "sair do armário" foi um divisor de águas na história do alcoolismo nos Estados Unidos. Em 2007, mais de 30.000 pessoas em recuperação e seus familiares participaram de eventos de celebração como parte do Mês Nacional da Recuperação. Recuperar as pessoas e suas famílias estão despertando tanto cultural como politicamente.

Implicações

Então, o que significa tudo isto para os profissionais e para as organizações de tratamento da toxicod dependência? Talvez o mais importante seja exigir dos profissionais e líderes de instituições de tratamento uma redefinição de nossas próprias identidades e nossas relações com essas comunidades, cada vez mais diversificadas e, em seguida, encontrar o nosso nicho dentro desta cultura mais desenvolvida de recuperação. Somos uma parte do crescimento das culturas/comunidades de recuperação, ou estamos separados disso? Quais são as nossas responsabilidades com esta comunidade? Como podemos melhor servir esta comunidade e seus membros? Qual é o nosso papel no apoio continuado de recuperação e criação de instituições da comunidade? Quais ações ou omissões que, inadvertidamente, prejudicariam a comunidade e seu desenvolvimento futuro? Estas são apenas algumas das questões que iremos discutir nos próximos dias. Para os nossos clientes, há boas notícias dentro dessas tendências. O ponto mais crítico relacionado

à recuperação é a transição desde o início do tratamento até a manutenção a longo prazo. O sucesso ou fracasso dessa transição muitas vezes tem tanto a ver com o potencial da comunidade de recuperação como com o potencial individual de recuperação. Como as comunidades locais de recuperação se colocam como membros de uma comunidade de recuperação maior e mais abrangente, no intuito de construir novas instituições e serviços que atendam suas necessidades comuns, um maior número de nossos clientes encontrarão um mundo em que possam se recuperar. Estes clientes terão profissionais servindo de guias conhecedores deste terreno de recuperação. Devemos todos nos tornar os alunos desta cultura florescente de recuperação na América.

Agradecimento: Gostaria de agradecer Jim Russell, do Faces e Vozes da Recuperação de Oklahoma, por me ajudar com a pesquisa para este artigo.

Sobre o Autor: William L. White é Consultor Sênior de Pesquisa em Sistemas de Saúde Chestnut e autor de *Matando o Dragão: A História de Tratamento e Recuperação de Dependência na América*.

Referências

Bacharach, S. B., Bamberger, P. A., & Sonnenstuhl, W. J. (1996). MAPs: Labor-based peer assistance in the workplace. *Industrial Relations*, 35(2), 261-275.

Coyhis, D., & White, W. (2006). Alcohol problems in Native America: The untold story of resistance and recovery-The truth about the lie. Colorado Springs, CO: White Bison, Inc.

Humphreys, K. (2004). *Circles of Recovery: Self-Help Organizations for Addictions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Humphreys, K. (2006). Closing remarks: Swimming to the horizon—reflections on a special series. *Addiction*, 101, 1238-1240.

Iverson, C. (2007). Roots of America in Recovery: Stories of strength, hope, experience in the workplace. Accessed October 24, 2007 at: http://www.facesandvoicesofrecovery.org/pdf/Publications/2006_08_Venturetech.pdf.

Jason, L.A., Davis, M.I., Ferrari, J.R., & Bishop, P. D. (2001). Oxford House: A review of research and implications for substance abuse recovery and community research. *Journal of Drug Education*, 31(1), 1-27.

Jason, L.A., & Kobayashi, R.B. (1995). Community building: The next frontier. *The Journal of Primary Prevention*, 15(3), 195-208.

Jason, L. A., Olson, B. D., Ferrari, J. R., & Lo Sasso, A. T. (2006). Communal housing settings enhance substance abuse recovery. *American Journal of Public Health*, 96, 1727-1729.

Johnson, R., Martin, N., Sheahan, T., Way, F., & White, W. (in press). Recovery Resource Mapping: Results of a Philadelphia Recovery Home Survey. Philadelphia, PA: Department of Behavioral Health and Mental Retardation Services.

Kurtz, E., & Kurtz, L. (2007). Mutual Support Resources. Retrieved from http://www.facesandvoicesofrecovery.org/resources/support_home.php

Kurtz, E., & White, W. (2007). Telephone- and Internet-based recovery support services. Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

Oxford House (2006). Oxford House come of age: Oxford House—The model. Presented at the 8th Oxford House World Convention, Wichita, KS, September 21-24, 2006.

Sanders, M. (2002). The response of African American communities to addiction: An opportunity for treatment providers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(3/4), 167-174.

Valentine, P., White, W., & Taylor, P. (2007). The recovery community organization: Toward a definition. Retrieved from http://www.facesandvoicesofrecovery.org/pdf/valentine_white_taylor_2007.pdf.

White, W. (1996). Pathways from the culture of addiction to the culture of recovery. Center City, MN: Hazelden.

White, W. (2001a) Pre-AA alcoholic mutual aid societies. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 19(1), 1-21.

White, W. L. (2001b). Recovery university: The campus as a recovering community. *Student Assistance Journal*, 13(2), 24-26.

White, W. (2004). Addiction recovery mutual aid groups: An enduring international phenomenon. *Addiction*, 99, 532-538.

White, W. (2006). Let's go make some history: Chronicles of the new addiction recovery advocacy movement. Washington, D.C.: Johnson Institute and Faces and Voices of Recovery.

White, W. (2007). The new recovery advocacy movement in America. *Addiction*, 102, 696-703.

White, W., & Finch, A. (2006). The recovery school movement: Its history and future. *Counselor*, 7(2), 54-58.

White, W., & Kurtz, E. (2006a). Linking addiction treatment and communities of recovery: A primer for addiction counselors and recovery coaches. Pittsburgh, PA: IRETA/NeATTC.

White, W., & Kurtz, E. (2006b). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*, 3(1-2), 21-61.

White, W., & Laudet, A. (2006). Spirituality, science and addiction counseling. *Counselor Magazine*, 7(1), 56-59.

White, W., & Nicolaus, M. (2005). Styles of secular recovery. *Counselor*, 6(4), 58-61.

White, W., & Taylor, P. (2006). A new recovery advocacy movement. Retrieved from www.facesandvoicesofrecovery.org

White, W., & Whithers, D. (2005). Faith-based recovery: Its historical roots. *Counselor*, 6(5), 58-62.

Williams, C. with Laird, R. (1992). No hiding place: Empowerment and recovery for troubled communities. New York, NY: Harper San Francisco.

Wilson, B. (1944). Bill's comments on Wylie ideas, hunches. *A.A. Grapevine*, 1(4), 4.

14
OUT
2011

II AVALIAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Roteiro de estudo

O Módulo II do curso de especialização em dependência química apresentou ao aluno a neurobiologia e as complicações clínicas das principais substâncias psicoativas. São perguntas relevantes para a preparação dos discentes para a avaliação desse módulo:

Álcool

Qual o quadro clínico da intoxicação aguda do álcool e seus correlatos plasmáticos, ou seja, nível de álcool no sangue.

Como o álcool é metabolizado no fígado?

Qual a neurobiologia da síndrome de abstinência do álcool (SAA)?

Quais os critérios diagnósticos da síndrome de abstinência, considerando a gravidade da mesma?

Saiba o cálculo da unidade internacional do álcool.

Quais os estágios da SAA e sua cronologia?

Descreva o tratamento farmacológico (linhas gerais) e não farmacológico da SAA

Quais as indicações de tratamento ambulatorial e internado?

Que orientações a família deve receber quando o tratamento ambulatorial está indicado?

Descreva sobre as convulsões relacionadas à SAA. Quando essas são mais prováveis?

Qual é a etiologia da Síndrome de Wernicke- Korsakoff (SWK)?

Qual o quadro clínico da SWK? Qual a principal dificuldade diagnóstica?

Defina síndrome amnésica.

Tratamento da psicose de Wernicke

Quais as características clínicas do Delirium tremens?

Qual é a evolução do delirium?

Quais os principais efeitos eversivos do álcool ao SNC e como descartá-los na avaliação do delirium?

Qual o tratamento farmacológico (linhas gerais) e não farmacológico do delirium?

BDZ

Quais são as propriedades farmacológicas dos BDZ?

Neurobiologia da síndrome de abstinência dos BDZ

Quadro clínico da intoxicação aguda dos BDZ

Quadro clínico da síndrome de abstinência dos BDZ

Opiáceo

Qual o mecanismo de ação dos opiáceos?

Como a dependência aos opiáceos se desenvolve?

Qual o quadro clínico da intoxicação aguda por opiáceos? Sabendo que a overdose é a causa mortis mais comum entre os usuários de opiáceos, qual o tipo mais comum de overdose e o mecanismo fisiopatológico

envolvido? Qual o tratamento da intoxicação aguda? Qual a principal complicação decorrente deste tratamento?

Qual o quadro clínico da síndrome de abstinência por opiáceos? Quais os tratamentos medicamentosos disponíveis?

Comentário: Há duas grandes abordagens – tratamento por substituição (metadona) e abstinência total (clonidina e naltrexona). A resposta consiste na descrição de ambas.

Comente a estratégia de tratamento da dependência de opiáceos com metadona.

Nicotina

Mecanismo de ação da nicotina

Descreva a síndrome de abstinência da nicotina.

Tratamento farmacológico disponível, considerando as categorias: a) terapia de substituição e b) terapia para redução da vontade e fissura. Organize uma estratégia medicamentosa

Cocaína

Mecanismo de ação da cocaína sobre o sistema monoaminérgico e a relação com os efeitos do uso

Quadro clínico da intoxicação aguda da cocaína

Defina overdose. Quais as principais complicações que podem levar a essa?

Considerando que o sistema circulatório é o alvo mais comum da overdose por cocaína, sendo o infarto agudo do miocárdio sua principal causa mortis, descreva como o uso dessa substância pode desencadear-lo.

Descreva a síndrome de abstinência da cocaína

MDMA

Mecanismo de ação do MDMA, que lhe conferiu a alcunha de “anfetamina alucinógena”.

Quais os fatores individuais, farmacológicos e ambientais da hipotermia causada pelo MDMA?

Maconha

Quais as funções do sistema canabioide no SNC? Qual seu neurotransmissor?

Comente a fisiologia do sistema canabioide.

Quadro clínico da intoxicação pelo THC

Quais os sintomas da dependência?

Quais as principais complicações psiquiátricas?

Alucinógenos

Classificação dos alucinógenos.

Mecanismo de ação dos alucinógenos LSD - análogos.

Principais complicações psiquiátricas dos alucinógenos.

Por que os alucinógenos não causam dependência?

Frente à possibilidade de as perguntas serem formuladas a partir de casos clínicos, sugere-se aos alunos atenção especial às substâncias cujas aulas possuem a seção “história natural”, na qual se encontra a cronologia da dependência dessas substâncias, organizada em setas e gráficos.

21
out
2011

12:30
DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS

PROFS. DRS. CLÁUDIO
JERÔNIMO DA SILVA,
RONALDO LARANJEIRA,
MARCELO RIBEIRO E
CONVIDADOS

14:30
INTERVALO

15:00
AULA EXPOSITIVA
MÓDULO III - TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PREVENÇÃO DE RECAÍDA I

MSc. NEIDE ZANELATTO

16:45
INTERVALO

17:00
SEMINÁRIO DOS ALUNOS
O TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK
GRUPOS DE AUTOAJUDA

PÁGINAS

MSc. NEIDE ZANELATTO
DISCUSSÃO DO SEMINÁRIO

18:00
TÉRMINO

PREVENÇÃO DE RECAÍDA

Recaída, ou o retorno ao consumo, após um período de abstinência ou uso moderado, ocorre em muitos usuários e dependentes químicos que se submeteram a algum tipo de tratamento.

Abordagens tradicionais de tratamento muitas vezes conceituam a recaída como um fim, um resultado negativo, equivalente a falha do tratamento. Assim, essa perspectiva considera apenas um resultado dicotômico, ou seja, uma pessoa está abstinente ou recaída. Em contraste, vários modelos baseados em teorias sócio-cognitivas e comportamentais, enfatizam a recaída como um processo de transição, uma série de eventos que se desenrolam ao longo do tempo. De acordo com esses modelos, o processo de recaída começa antes do primeiro uso de substâncias após o tratamento e continua após o uso inicial, considerando os comportamentos disfuncionais. Tais abordagens fornecem um amplo quadro conceitual para intervir no processo, a fim de prevenir ou reduzir os episódios de recaída e, assim, melhorar o resultado do tratamento.

Portanto, "Prevenção de Recaída" refere-se a uma ampla variedade de técnicas, que posicionam a recaída não como uma catástrofe inexplicável, mas sim como um evento que acontece em decorrência de uma série de processos cognitivos, comportamentais e afetivos.

Marlatt e Gordon (1985) apresentam um modelo integrativo, visando a recuperação da abstinência e o desenvolvimento de habilidades para

o manejo do lapso, prevenindo a recaída propriamente dita. Para isso, a PR se apoia na conscientização do problema e das variáveis cognitivas, treino de habilidades de enfrentamento e modificações no estilo de vida do paciente, que participa ativamente em seu processo de

Objetivos

- (1) Entender a evolução dos conceitos e definições de lapso e recaída
- (2) Descrever os processos e variáveis que interferem na manutenção da abstinência
- (3) Compreender a importância do contexto situacional para prevenção

ZANELATTO N. Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência química. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. Páginas 252-67.

ZANELATTO N. Prevenção da recaída. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. Páginas 278-87.

ZANELATTO N. Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. Páginas 288-300.

recuperação e mudança. Na aula de hoje serão abordados e detalhados os principais conceitos que embasam a recaída e sua prevenção.

CURRICULUM VITAE

NEIDE ZANELATTO

Área de Atuação:

Psicóloga clínica com ênfase em Terapia Cognitivo Comportamental

Coordenadora do Ambulatório de Adultos da UNIAD – Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas

Prof. convidada do curso de Especialização em Dependência Química, e Prof. Orientadora (monografias de conclusão de curso)

Titulação Acadêmica:

Mestre em Psicologia da Saúde – UMESP – Universidade Metodista de São Paulo – Tema: Esposas de Alcoolistas: Adesão ao tratamento e abstinência.

Especialista em Dependência Química – UNIAD/UNIFESP

Graduada em Psicologia – UMESP

LEIA MAIS:

Artigo de Neide Zanelatto sobre

[Codependência & grupos terapêuticos](#)

neidezanelatto@gmail.com

Artigo

Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química

Simone Demore Rigotto¹;
William B. Gomes

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

[disponível online](#)

O objetivo deste estudo é oferecer uma compreensão fenomenológica da experiência de ser um dependente químico à procura de reabilitação. Procura-se identificar, nesta experiência e na significação a ela atribuída, os elos que auxiliam o comprometimento na recuperação (reabilitação) e, em contrapartida, aqueles que retroalimentam a recaída. Por compreensão fenomenológica entende-se o movimento reversivo da percepção e expressão na constituição do sentido para todo e qualquer ato humano (Lanigan, 1997). Nesta perspectiva, o termo compreensão fenomenológica refere-se à condição comunicativa humana de constituir e oferecer sentido. O uso de droga, enquanto tal, é um ato comunicativo. Tal redução não implica no afastamento de outras perspectivas e abordagens para o problema (Leite & Gomes, 1998) mas requer o reconhecimento da ambiguidade na constituição de sentidos. O sentido é uma escolha, consciente ou não, que surge da decodificação da experiência, isto é, na relação entre percepção e expressão. O consumo de drogas é uma forma de expressão e percepção de si mesmo, numa relação que inclui os outros e o ambiente em que se

vive.

Padrões de consumo de drogas podem ser modificados por intervenções desenvolvimentais e ambientais, e por mudanças intencionais, como ocorre na psicoterapia (Prochaska & DiClemente, 1986). No entanto, tratamentos de drogadição enfrentam várias limitações tais como heterogeneidade dos dependentes, diversidade das substâncias consumidas, custos econômicos, dificuldades com recursos humanos, e dificuldades de materiais especializados. Os fatores críticos na abstinência das adições não estão relacionados à maturação, ao tratamento ou mesmo ao ajustamento pessoal mas, sim, à severidade da adição e ao tipo de experiência curativa disponível ao adicto (Vaillant, 1997). Estas posições não parecem ser unânimes na literatura. Há estudos que apontam para a baixa relação entre nível de dependência e prognóstico (Grant & Harford, 1990; Schuckit, Zisook & Mortola, 1985) e para a falta de consenso entre estimativas fornecidas por pacientes e seus terapeutas sobre o nível de dependência e possibilidade de recuperação (Pechansky, Soibelman & Jacques, 1994). Assim, o problema parece não estar necessariamente no agravamento da dependência mas nas simplificações contextuais (Andreatini, Galduróz & Formigoni, 1994).

A mobilidade pessoal para a obtenção da abstinência foi descrita em quatro estágios, denominados de pré-contemplação, contemplação, decisão/ação e manutenção (Prochaska & DiClemente 1986). Na pré-contemplação o adicto pode mostrar interesse em mudar o comportamento ou ainda não parecer suficientemente consciente de que tem

problemas. Na contemplação o adicto demonstra consciência do seu problema e começa a pensar em fazer mudanças, mas sem um sério compromisso para agir. Na decisão/ação, ocorrem tentativas concretas de modificar comportamentos, experiências, e meio ambiente. Por fim, na manutenção trabalha-se para evitar a recaída e consolidar os ganhos.

Três condições parecem estar relacionadas à mobilidade pessoal para a remissão estável do consumo (Leite & Gomes, 1998; Vaillant, 1997). A primeira refere-se ao abuso, por pouco tempo, de drogas muito leves e que a simples mudança nas circunstâncias de vida do adicto podem levar à remissão completa. A segunda refere-se ao abuso de drogas muito severas, o que fatalmente levará o adicto ao "fundo do poço" e à tomada de decisão de que é preciso fazer alguma coisa a favor de si mesmo. A terceira refere-se a ocorrência fortuita, na vida do adicto, de experiências que possam romper com os hábitos enraizados. As condições de remissão enunciadas incluíram os seguintes aspectos: 1) adoção de comportamentos substitutos que venham competir com a adição; 2) disponibilidade para supervisão compulsória, 3) engajamento em projetos significativos e 4) recuperação de autoestima. Os quatro aspectos apontados foram encontrados na experiência de abstinência em adictos de heroína (Maddox & Desmond, 1981). Dos adictos de heroína estavelmente abstinentes 43% usaram como substituto o álcool ou a metadona, 42% tiveram um ano de supervisão compulsória, 17% estavam colaborando no tratamento de outros adictos em instituições, e 25% envolveram-se em

atividades religiosas. Resultados semelhantes foram encontrados em cerca de 50% dos adictos abstinentes de heroína e álcool, em outro estudo que incluiu seguimento de longo prazo em 100 adictos de heroína e 100 dependentes de álcool (Vaillant, 1988). Enfim, a recuperação parece estar associada à definição de novos objetivos pessoais (Edwards, 1997; Waisberg & Porter, 1994), reconhecimento de recursos pessoais que podem ser mobilizados para a manutenção da abstinência (Gossop, 1997), e percepção de autoeficácia diante de situações de risco para recaída (Marlatt, 1993).

A análise de recaídas ao longo do tempo mostrou que a estabilização da taxa de ocorrência começa a acontecer aproximadamente 90 dias após o início da abstinência (Hunt, Barnett & Branch, 1971). No entanto, os 12 primeiros meses são considerados como período de alto risco de acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). A clássica análise (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980) de 311 episódios de recaída em dependentes de álcool, tabaco, heroína, alimentos e jogo compulsivo, identificou três situações primárias associadas ao problema: 1) estados emocionais negativos (35% das recaídas); 2) conflito interpessoal recente (16% das recaídas) e 3) pressão social (20% das recaídas). Estudos subsequentes não apontaram mudanças no quadro apresentado, mas variaram quanto à definição de pontos críticos. Um estudo (Gossop, Green, Phillips & Bradley, 1989) sobre recaídas em 80 dependentes de álcool e heroína, submetidos a tratamento em regime de internação, informou

que: 1) quase dois terços daqueles que recaíram reconheceram falhas em tomadas de decisão e em planejamento de atividades (fatores cognitivos); e 2) mais da metade indicou que algum estado de humor negativo precedeu a recaída. O estudo salientou ainda que, frequentemente, estes fatores ocorriam juntos.

A breve revisão da literatura sustenta a afirmação de especialistas de que, na compreensão da dependência química, as prevalecem as dúvidas sobre as certezas e as divergências se sobrepõem aos consensos (Sanchez-Craig, Neumann, Formigoni & Rieck, 1991; Schuckit, Zisook & Mortola, 1985). Em contraste, há consenso sobre o aumento acelerado do consumo em decorrência do narcotráfico e da demanda por produtos psicotrópicos (Bucher, 1996). As drogas constituem, hoje, o fator mais importante de desorganização social, familiar e individual, além dos níveis insuportáveis já alcançados pelo seu elevado custo sócio-econômico e sanitário. Sabe-se que o início do uso de drogas está ocorrendo com pessoas cada vez mais jovens e com substâncias de teor tóxico cada vez mais elevado (Bucher, 1996). Diante da complexidade do problema é prudente evitar uma posição reducionista - seja ela biológica, social ou psicológica. Deve-se sim estudar a dependência química através de abordagens que ultrapassem as opiniões e ideologias favorecendo a compreensões abrangentes e integradas (Bertozzi, 1993).

O presente estudo focaliza os constituintes autoelucidativos de depoimentos sobre a experiência de abstinência e recaída, em relação aos seus respectivos

contextos. Por contexto, entende-se as condições ambientais ou espaços psicológicos onde vivem esses indivíduos. Tais condições fornecem os elementos ou constituintes que qualificam a experiência e, por conseguinte, as escolhas. Estes contextos e seus constituintes estão presentes em experiências que caracterizam a trajetória do abuso de drogas, isto é, aproximação inicial (o que levou ao consumo), envolvimento (como o uso foi se tornando habitual), dependência (quando e como foi percebida), motivações para tratamento (o que levou a procurar), e manutenção ou não da abstinência (fatores identificados como associados a uma ou outra experiência). Assim, o estudo não está interessado em formas específicas de tratamento mas na delimitação de experiências e de significações atribuídas como curativas ou como situações de risco, por dependentes químicos à procura de reabilitação.

Método

Informantes

Participaram desta pesquisa nove homens e três mulheres, da região de Caxias do Sul, Estado do Rio Grande do Sul (Tabela 1). Todos eram dependentes de substâncias conforme diagnóstico em acordo com o DSM-IV. As principais drogas utilizadas foram álcool, maconha, cocaína e medicamentos. A via de administração era, preferencialmente, oral e inalada. Quatro participantes usaram drogas injetáveis (Tabela 2). Os informantes foram selecionados em três instituições para tratamento de dependentes de drogas, as quais utilizavam variadas abordagens terapêuticas: aconselhamento

psicológico, grupos de auto-ajuda, prevenção de recaídas, comunidades terapêuticas, metodologia do amor exigente e o referencial dos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos. Ressalte-se, contudo, que os informantes costumavam transitar entre instituições, principalmente depois de recaídas. Sete informantes tiveram problemas com o sistema judicial, envolvendo porte de armas, porte de drogas, brigas, estelionato, e furto de veículos. Todos os informantes, à época da pesquisa, mantinham o contato com a família. Apenas três indicaram a não ocorrência de dependência química em pessoas da família. Metade do grupo era independente economicamente. Os demais recorriam ao auxílio de pessoas próximas.

Tabela 1. Descrição dos participantes da pesquisa

Part.	Idade	Estado civil	Nível de Instrução	Profissão	Independência Econômica
AM1	31	casado	2º grau incompleto	Monitor de Fazenda	Sim
RM2	31	casado	2º grau incompleto	Eletricista	Não
RM3	34	separado	2º grau incompleto	Auxiliar de Almoarifado	Não
AM4	27	casado	2º grau incompleto	Eletricista	Sim
AM5	24	solteiro	2º grau incompleto	Monitor de Fazenda	Sim
AM6	19	solteiro	1º grau incompleto	Monitor de Fazenda	Sim
RM7	21	solteiro	1º grau incompleto	Auxiliar Geral	Não
AM8	36	separado	1º grau incompleto	Operador de Máquinas	Sim
RF9	19	solteira	1º grau completo	Auxiliar de Produção	Sim
RF10	19	solteira	Superior incompleto	Recepcionista	Não
AF11	37	separada	1º grau completo	Artesã	Não
RM12	16	solteiro	1º grau incompleto	-	Não

Tabela 2. Idades entre início e uso regular de drogas, drogas utilizadas e tempo de abstinência atual

Part.	Idades do início ao uso regular de drogas	Drogas utilizadas	Via de Administração da Droga	Tempo de Abstinência Atual
AM1	15-18	álcool maconha cocaína	Oral inalada	2 anos
RM2	14-16	álcool cocaína maconha heroína e medicamentos	Oral inalada injetável	30 dias
RM3	14-14	álcool maconha cocaína crack e medicamentos	Oral inalada	20 dias
AM4	14-18	álcool cocaína crack	Oral inalada	1 ano e 7 meses
AM5	11-13	álcool inalantes maconha cocaína medicamentos	Oral inalada injetável	4 anos
AM6	14-14	álcool maconha inalantes	Oral inalada	2 anos
RM7	11-15	álcool cocaína crack maconha inalantes	Oral inalada injetável	5 meses
AM8	14-17	álcool maconha cocaína inalantes medicamentos	Oral inalada	2 anos e 5 meses
RF9	14-15	álcool maconha cocaína	Oral inalada	2 meses
RF10	15-16	álcool cocaína maconha inalantes medicamentos	Oral inalada	2 meses
AF11	14-26	maconha cocaína medicamentos inalantes	Oral inalada injetável	1 ano e 5 meses
RM12	13-13	álcool maconha cocaína crack	Oral e inalada	20 dias

Os informantes foram divididos em dois grupos, cada um com seis representantes, sendo um grupo constituído por indivíduos que obtiveram sucesso na manutenção da abstinência e outro constituído por casos de recaída. Para o propósito dessa pesquisa, foi adotado como critério para constituição do grupo dos abstinentes uma remissão completa no uso de drogas igual ou superior a um ano. Em contrapartida, para o grupo de casos de fracasso, a recaída teria ocorrido, preferencialmente, nos últimos seis meses. O critério utilizado para composição do grupo foi o da seleção deliberada (Morse, 1994). Assim, a intencionalidade e a conveniência do pesquisador foram os principais critérios de escolha das unidades representativas.

A heterogeneidade dos participantes da pesquisa foi proposital, para ressaltar o espectro de variações possíveis com relação ao problema em estudo.

Instrumentos e Procedimentos

Foram utilizados dois roteiros de entrevista, um para os casos de abstinência e outro para os casos de recaídas. Os roteiros eram predefinidos e de sequência flexível, permitindo ao entrevistador a colocação de diferentes perguntas e a verificação imediata de sua compreensão sobre o que estava sendo dito. Em geral, perguntava-se sobre a aproximação e envolvimento com as drogas, sobre a decisão de buscar ajuda e sobre situação atual, diferenciado-se então recaídos de abstinentes. A flexibilidade da entrevista deu ao entrevistado a liberdade de trazer temas e considerações de seu próprio interesse. Os roteiros foram elaborados de acordo com recomendações para entrevistas com abusadores de drogas (Craig, 1991). Contudo, algumas modificações foram necessárias para atender aos propósitos deste estudo. As entrevistas foram realizadas em entidades de apoio e tratamento, consultório de psicologia e residência dos informantes. O tempo de duração era de aproximadamente uma hora. Após a entrevista, os participantes preenchem um breve protocolo para informações demográficas. Os informantes assinaram termo de consentimento informado em conformidade com princípios éticos de investigações científicas envolvendo seres humanos (Barker, Pistrang & Elliot, 1994; Robson, 1993).³

Resultados

A análise qualitativa que será apresentada segue a tradição da pesquisa fenomenológica nos termos definidos por Merleau-Ponty (1945/1996). Como tal,

ela se apresenta como um exercício de reflexão sistêmica e sistemática. A descrição, ou primeira reflexão fenomenológica, tem o objetivo de:

Restituir à coisa sua fisionomia concreta ... reencontrar os fenômenos, a camada viva através da qual primeiramente o outro e as coisas nos são dados, o "sistema Eu-outro-as coisas" no estado nascente, despertar a percepção e desfazer a astúcia pela qual ela se deixa esquecer enquanto fato e enquanto percepção, em benefício do objeto que nos entrega e da tradição racional que o funda. (Merleau-Ponty, 1945/1996, pp. 89-90)

A redução ou segunda reflexão sistemática foi definida por Merleau-Ponty (1945/1996, p. 94) do seguinte modo:

Depois de ter reconhecido a originalidade dos fenômenos em relação ao mundo objetivo, como é por eles que o mundo objetivo nos é conhecido, a reflexão psicológica é levada a integrar aos fenômenos todo o objeto possível, e a investigar como ele se constitui através deles.

Por fim, a interpretação fenomenológica é, como disse Merleau-Ponty (1945/1996, p. 530): "pensar o pensamento [e] adotar em relação a ele uma atitude que primeiramente nós aprendemos a adotar em relação às 'coisas'". É o momento em que o pesquisador assume uma atitude crítica à evidência e à compreensão que ele tem dela. Prosseguindo com Merleau-Ponty, "não é o um caso se a própria evidência pode ser posta em dúvida, é que a certeza é dúvida, sendo retomada de uma

tradição de pensamento que não se pode condesar-se em verdade evidente sem que eu renuncie a explicitá-la". A seguir serão apresentados os procedimentos operacionais para a elaboração da descrição, da redução e da interpretação.

As entrevistas (evidências) foram transcritas literalmente e analisadas em dois níveis. O primeiro nível constou de três passos: definição de unidades mínimas de sentido, identificação de temas relevantes e preparação de síntese compreensiva para cada entrevista (Gomes, 1998). A síntese compreensiva é a elaboração de um resumo exaustivo para cada entrevista, evitando-se a interferência dos valores do pesquisador. Em outras palavras a síntese compreensiva é a apreensão do sentido de relevância e abrangência contido nas palavras usadas nas entrevistas. A especificação temática referiu-se à identificação do fenômeno enquanto estrutura, isto é, padrões que caracterizavam modos de relação de um corpo-sujeito com o ambiente, com o outro e consigo mesmo (Banister, Burmom, Parker, Taylor & Tindall, 1994; Forghieri, 1984). No segundo nível, as entrevistas foram comparadas entre si tendo-se como base as especificações temáticas de cada uma. O interesse foi compreender a abrangência de cada tema, considerando as contribuições de cada entrevista como possibilidade e não como frequência de ocorrência. O resultado desta análise foi a aglutinação dos temas unitários tendo em vista as três grandes questões da pesquisa: 1) Tentativas de Recuperação, 2) Experiência da Abstinência, e 3) Experiência da Recaída. Deste ponto em diante, cada tema

constituiu-se numa descrição oferecida para análise. Desta forma, a ordem de exposição e análise passou a ser a seguinte: descrição (de que trata o tema), redução (quais são as partes essenciais que devem ser amplificadas para análise, segundo critério do pesquisador), e interpretação (quais os aspectos críticos que aparecem na comparação entre a descrição e a redução, e como podem ser compreendidos).

A primeira unidade temática, da análise, reúne depoimentos de todos os informantes para focalizar o contexto da aproximação, o envolvimento com as drogas e as tentativas de recuperação. Os outros dois temas concentram-se nos relatos respectivos dos casos de abstinência e de recaída. Os aspectos técnicos e conceituais da análise reflexiva serão retomados durante a exposição. A descrição será ilustrada com breves excertos extraídos dos depoimentos, inseridos de forma a não violentar o fluxo da narrativa, isto é, eles estão colocados logo após o texto de descrição ou análise. Os excertos são identificados em formas abreviadas tais como AM1 ou RF9, sendo que a primeira letra refere-se a situação de Abstinência ou Recaída, a segunda ao sexo do entrevistado (M - masculino, F - feminino). O número refere-se à ordem seqüencial de realização das entrevistas.

Primeiro Tema: Tentativas de Recuperação

Descrição

As experiências de aproximação inicial com substâncias psicoativas foram, para os homens, a facilidade de se obter

bebidas alcóolicas no ambiente familiar, a curiosidade, a necessidade de ser aceito na turma de amigos, e dificuldades no relacionamento familiar. Para as mulheres, as experiências foram as mesmas, com exceção da oferta de bebidas alcóolicas em casa. Em contrapartida, elas indicaram ter acesso fácil a substâncias ilícitas, geralmente envolvendo traficantes e companheiros usuários. O espaço e tempo percorridos da experimentação até a constatação de que necessitavam da droga foi muito variável. Os entrevistados referiram que esta consciência ocorreu após três meses de uso ou muito recentemente, mesmo em trajetórias de abuso de drogas superior a dez anos. A procura por recuperação foi desencadeada por experiências críticas como situações de desamparo e debilidade física, ocorrências legais, e revitalização de laços familiares.

As situações de desamparo estão associadas ao conflito inicial entre estes jovens e suas famílias. A escolha pela droga implicou em sair de casa e ir viver por conta, mesmo que para tanto tivesse que morar na rua. No entanto, a debilidade física decorrente da não alimentação e do uso crônico de drogas desencadeou a solicitação de apoio dos familiares, tantas vezes oferecido mas até então desprezado.

AM1: "Nos últimos três meses eu morei na rua. Eu não tinha o que comer, eu roubava direto. Eu roubava e usava drogas e dormia em qualquer lugar, na porta de boteco. Um dia, eu tava muito mal, fui pedir comida na minha mãe e a minha mulher veio lá e pediu se eu queria ajuda".

AM5: "Eu não tive escolha, ou eu buscava ajuda, ou eu morria. Foi um beco sem saída. Eu só busquei ajuda depois que eu não tinha mais dinheiro e eu não tinha mais alternativa, se eu tivesse alternativa, eu continuaria usando a droga".

O envolvimento em ocorrências policiais serviu para uma retomada de posição em relação a si mesmo.

RM7: "Eu não queria ajuda nenhuma! (...) Até que aconteceu, bem dizer, um roubo que eu fiz, o estelionato na conta da minha mãe e aí o juiz determinou: 'Tu vai para a reunião e vai assinar o livro do poder judiciário'. Aí eu ia toda terça-feira mas, sem vontade nenhuma de ir lá. Foi, foi, que eu fui gostando..."

RM12: "Quando tu chega no fundo do poço. E eu cheguei lá. Eu tava sendo mal visto pelos outros e pela minha própria família (...). Eu conheço um brigadiano (...) ele me conhece, me vê na rua e vem em cima de mim. Aquele dia eu tava drogado, me estourei com ele e dei um soco, depois fui parar na delegacia e apanhei um monte, um monte mesmo. Aí eu pensei: - Não vou mais usar droga pro resto da minha vida".

A família e seus vínculos também serviram como base para a reestruturação da vida destes jovens, motivando-os a buscar sua abstinência e recuperação:

AM4: "O nascimento da minha filha foi muito importante e além disso mais uma oportunidade que eu pudesse me dar para voltar a viver, ter uma vida normal".

A manutenção do propósito de

manter-se longe das drogas foi muito difícil. A experiência de abstinência levava a instabilidade decorrente da mudança de vida e ainda trazia novos problemas, como angústia e depressão. A própria situação de abstinência servia como estímulo para o retorno às drogas, pois era nas drogas que encontravam alívio e os meios para enfrentar ou fugir dos problemas. Vejamos os excertos:

RM2: "Aqui nesta casa de recuperação eu estou há 18 dias e sem usar há 30 dias. Mas ainda é difícil me imaginar que eu vou sair daqui e não vou poder beber, fumar maconha, voltar para a turma (...). Está sendo um período de muita angústia: é ressentimento do passado, raiva do presente e tu não sabe o que vai ser do futuro."

AM8: "Quando tu fica sóbrio, os problemas começam a aparecer. Tu sempre teve os problemas, mas só não tinha coragem de pensar neles. Daí tu bebia ou usava drogas e amortecia os problemas."

Foram reconhecidos como fontes de apoio para a recuperação: a família, os grupos de auto-ajuda, o convívio e troca de experiências com amigos recuperados, a religião, e o acompanhamento psicológico. Pessoas de referência no ambiente familiar como pais, tios e esposas foram identificadas pelos informantes como suporte positivo na reabilitação.

AM6: "Minha tia chegou e pediu o que eu tava precisando [a tia o encontrou furtando fitas de vídeo em sua loja]. Eu disse prá ela que não tava mais aguentando (...) Só que a ajuda dela seria muito diferente do que eu tava

pensando, eu pensei que ela ia dar dinheiro para ir comprar, só que veio totalmente diferente, de uma forma que ajudou bastante, me deixou numa fazenda. (...). Foi ela que me ajudou até hoje, ela e meu tio trabalham na [instituição y] são voluntários".

O grupo de auto-ajuda trouxe novas possibilidades de existência através do reconhecimento das vantagens de viver em abstinência.

AF11: "Nas reuniões, aqui, eu vi o brilho das pessoas nos olhos, como é bom tá de 'cara', que a vida pode ser boa de 'cara' (...). Eu vi pessoas aqui que eu nunca esperava que iriam se recuperar, eu vi um amigo meu, que era uma pessoa usuária terrível, e eu vi ele ali, fazia dois anos que ele estava sem usar drogas. -'Pô, se este maluço pode, porque eu não posso?'"

O apoio de colegas recuperados pode prevenir possíveis recaídas.

AM8: "Eu tive tratamento psicológico com a C. lá na [Instituição x] um tempo na [Instituição y] e apoio de colegas em geral. Um liga para o outro dizendo que não está bem, pede ajuda, ou um colega te telefona dizendo que está mal e quer conversar. Um dia eu liguei para um colega meu, dizendo que eu estava mal, conversei com ele e fiquei bem."

A importância do acolhimento, do acompanhamento técnico e da religião como fonte de esperança no processo de recuperação também foi reconhecida.

RM7: "A [Instituição y] foi um lugar que me acolheu, hoje eu vejo que se não fosse por eles, por tanta insistência, tanto a

coordenadora quanto a psicóloga ligavam altas horas da noite para a minha casa, para saber como eu estava...Nunca ninguém tinha feito isso, nunca ninguém tinha se importado tanto comigo que nem eles se importaram."

RF10: "Tu já começa a crer em alguém, a crer em Deus porque tu não acredita em nada; Se tu não acreditar em nada, não tem como tu melhorar..."

Em contraste, situações vivenciais em grupos de auto-ajuda foram questionados pois traziam lembranças e desejos de usar drogas. Geralmente, estas situações apresentavam-se associadas as verbalizações dos próprios membros do grupo sobre suas últimas ingestões de drogas.

RF9: "Não sei se ajuda! Um dia tava eu e a F. numa sala, e nós começamos a conversar sobre o que a gente fazia e eu fiquei fissurada! Eu estava me mordendo de vontade de usar drogas".

A experiência de passagens por clínicas de desintoxicação deixou a convicção, nos entrevistados, de que apenas medicação não contribui para a recuperação.

AM1: "Aí eu fui para uma clínica de desintoxicação. Aí eu troquei uma droga pela outra. Deixei de usar a minha preferida, a cocaína, para usar ampicilil, tegretol..."

AF11: "O que eles faziam era me dopar. (...) Tanto que eu não engordei, eu enchi, fiquei inchada, não falava, babava, ficava toda torcida, me achava horrível, odiava o psiquiatra, achei horrível o tratamento lá dentro, eles não sabiam tratar

uma pessoa drogada, não é com drogas".

Redução

A análise da descrição, que focalizou as circunstâncias e os contextos associados às tentativas de recuperação, pode ser subdividida em quatro partes: 1) experiências críticas que mobilizaram para a recuperação; 2) abordagens e recursos utilizados na recuperação; 3) dificuldades para se manter longe das drogas e 4) experiências de desintoxicação. A redução analítica colocará entre parênteses as partes 1, 2, e 4, focalizando então a parte 3: dificuldades para se manter longe das drogas. Na verdade, trata-se de uma condição essencial para a recuperação. Sem abstinência não há recuperação. Pergunta-se, então, qual o significado da transição da ingestão para a abstinência? Uma frase de um dos entrevistados traz todo o imbricamento existencial deste momento:

AM5: "Eu gostava muito de fumar quando eu lia, quando eu escutava música, antes de jogar futebol, antes de correr, antes de namorar, antes de fazer sexo, eu gostava de fumar antes de fazer tudo".

Bucher (1996) definiu o ficar "abstinente" para estes jovens como um retrocesso à situação anterior ao uso. Era um retorno aos mesmos problemas, agora intensificados pela rotina centrada na droga. Abster-se da droga, portanto, pode ser entendido como uma ruptura no sentido da existência. É o mesmo que se deparar com o vazio, com o Nada. Ao suprimir-se a incorporação do tóxico, é necessário enfrentar os mesmos

problemas dos quais estava tentando fugir: fragilidade, vivências de vazio, déficit crônico de estima, e depressão (Kalina, 1999).

AM5: *"Então, não é só o fato de parar de usar as drogas, é o fato de entender todo o meu mundo de droga, ir lá na ferida e trazer tudo de volta, recomeçar tudo de novo, eu tenho que começar, eu tenho que voltar a viver, a fazer as coisas, a conviver com as pessoas e aprender a amadurecer".*

A abstinência abstinente significava mudança em todas às áreas de impacto da dependência, exigindo grande esforço para resituar-se no mundo e encontrar nova identidade.

AM1: *"Quando passou os três meses eu encontrei uma pessoa lá dentro (na comunidade terapêutica) que eu não gostei de ter visto: eu mesmo. Eu me encontrei e vi o que realmente eu era (...). Eu fiquei assustado com o que eu tinha me tornado. E aí eu passei a mudar o meu comportamento."*

Interpretação

O confronto entre as partes que estavam entre parênteses (descrição) com a parte focalizada na redução mostra-nos um paradoxo. A droga que viabilizava a existência destes jovens aproximava-os de práticas autodestrutivas, podendo culminar na morte. A idéia da morte tem sido interpretada (Oliveira, 1991) como uma função estruturante na personalidade adolescente, com o argumento de que é no confronto com a morte que se descobre o valor da vida (Kalina, 1997). Desse modo, parece que somente

compreendendo a possibilidade da morte como única alternativa para suas existências é que estes jovens aceitaram enfrentar a realidade e as suas consequências, sejam estas dolorosas ou não.

AF11: *"Hoje em dia, a gente sente a dor da vida, encara ela. Essa é a maior dificuldade. É tu encarar a dor da vida, de cara! E dizer que eu não quero mais, é só por hoje, mas eu não quero mais droga".*

O grande desafio da recuperação é substituir a rotina centrada na droga por novos hábitos evitando o retorno aos comportamentos destrutivos anteriores. Na implementação dessa mudança, o ambiente social exerceu uma poderosa influência na recuperação destes jovens. A influência mostra-se no restabelecimento do convívio familiar, nos encontros com colegas recuperados e no apoio de profissionais especializados. Note-se que o termo usado foi reestabelecer, que quer dizer uma reaprendizagem para viver sem drogas e encontrar sentido em atos corriqueiros e habituais.

Entre as experiências oferecidas para favorecer a recuperação, duas receberam comentários negativos: grupos de auto-ajuda e desintoxicação. Em situações de grupo de auto ajuda, relatos ou conversas sobre memórias prazerosas relacionadas à ingestão de drogas foram percebidas como fazendo retornar o desejo de ingestão, facilitando a recaída. Sabe-se que o uso de grupos requer cuidados especializados pela imprevisibilidade de atos inter e intrapessoais desencadeados pelo processo grupal (Gomes, Teixeira & Borges, 1998). Quanto à desintoxicação, os depoimentos

obtidos indicaram que a experiência do tratamento foi percebida como muito dolorosa e desnecessária, sendo muito criticada. O uso de medicação no tratamento da drogadição tem crescido nos últimos anos (Litten & Allen, 1998), no entanto o papel destes tratamentos ainda é limitado (Kranzler, Amin, Modesto-Lowe & Oncken, 1999). Caso o uso de medicação seja imprescindível espera-se que haja supervisão cuidadosa quanto a implicações psicológicas que possam prejudicar a percepção desta modalidade de tratamento, como sugerem os depoimentos recolhidos para esta pesquisa.

Segundo Tema: Experiência da Abstinência

Descrição

A primeira análise destacou dois momentos distintos na experiência da recuperação: as dificuldades para se atingir a abstinência e as condições desejáveis para sua manutenção. Mesmo que o início da abstinência esteja associado ao enfrentamento de dificuldades e responsabilidades anteriormente ignoradas, alcançar a abstinência é apenas o primeiro passo para a recuperação. Requer uma profunda revisão de condições ambientais, reestruturação de atividades e revitalização de interesses.

AM5: *"Depois que eu sai de lá, o tratamento terminou, mas a recuperação continuou. Então foi aí que eu me vi na rua de novo, foi a segunda parte da recuperação. Quando eu estava lá dentro, não sofri, me senti amado, me senti importante. Mas de repente, eu saio dali, mas não sou mais ninguém, quem sou eu?"*

O mais difícil, para estes jovens, não foi atingir a abstinência. Foi dar continuidade ao processo de mudança. Aspectos vitais no processo de recuperação, apontado por estes jovens, foram: resgate dos vínculos familiares, reencontro da auto-estima e redescoberta das relações interpessoais.

AM4: "A minha vida, a minha esposa, a minha família, a minha filha. Se eu continuasse usando drogas, que moral eu poderia dar a minha filha? Nenhum. Eu pretendo ser um exemplo para ela".

AF11: "A chave mesmo é o meu filho e a mim, a minha vida. Eu acho que eu mereço, né? Mereço viver, mereço uma oportunidade".

AM5: "Sabe o que eu tenho de mais valor hoje, são meus amigos, a minha família, a pessoa que eu gosto hoje, que é minha companheira e está do meu lado. É o que eu tenho de mais precioso, é o cultivo das coisas que eu tenho. Essas coisas são essenciais, que ao saírem da minha vida não tem mais o sentido da vida (...). Isso tudo é o que eu quero resgatar, que só de pensar me dá muito prazer".

O reconhecimento e a conscientização dos problemas decorrentes da dependência exerceram papel fundamental na manutenção da abstinência:

AM6: "Acho que...é o não querer mesmo mais usar (...) Eu não quero mais usar em hipótese alguma que seja, eu tenho que saber que eu já sei o que pode me acontecer; Eu tenho sempre comigo, a gente diz assim, a lata de lixo que é o destino que a gente fez. Então, eu já tenho uma consciência de que eu não

quero mais usar, aconteça o que acontecer".

Manter o tempo ocupado com alguma atividade prazerosa que substitua a droga e reforce, ainda mais, a decisão pessoal de não reincidir no seu consumo foi ressaltado pelos jovens como fator importante para permanecer abstinente.

AM8: "Eu sempre mantenho o meu tempo ocupado, não tenho como pensar em drogas. Não adianta tu só parar de beber, é a mesma coisa que tu tampar uma garrafa e botar embaixo do braço, uma hora ou outra tu vais beber. Tem que arrumar um trabalho, uma atividade, até trabalhar ali no grupo".

O envolvimento na recuperação de outros dependentes, seja através dos grupos de autoajuda ou monitorando comunidades terapêuticas foi considerado importante para a abstinência.

AM1: "Hoje, o que me mantém de pé é viver o que eu estou vivendo, a minha recuperação. Porque eu continuo num ambiente terapêutico e faço aquilo que gosto. Quando eu falo para alguém, eu reafirmo minha decisão pessoal".

Práticas religiosas serviram de apoio para a recuperação.

AM5: "Em princípio a oração, a ação e o fato de eu estar participando do grupo. É o fato de eu levar aquilo que eu sei para as pessoas partilharem. A partilha, o grupo de ajuda, as reuniões que muitas vezes eu faço fora, testemunho (...). O estudo do meu trabalho, a leitura de muitas coisas que me enriquecem como pessoa, os meus amigos".

A percepção de mudanças positivas obtidas com a abstinência reforçam a perseverança pela recuperação.

AM6: "Mudou, depois que eu estou em abstinência, mudou assim radicalmente. Eu não trabalhava, no tempo de ativa, eu não trabalhava, não estudava, e não fazia uma série de coisas, só sabia era usar. Hoje, eu trabalho, estudo, há pouco tempo comecei a namorar, a amizade totalmente mudou. Hoje, eu tenho verdadeiros amigos no meu trabalho, em casa também, o meu relacionamento em casa está muito melhor".

AM4: "Mudou tudo, é impressionante! A comunidade te vê com outros olhos, eu posso andar de cabeça erguida, não preciso fugir de ninguém, nem de mim mesmo...".

AF11: "Acho que mudou assim... a minha concepção da vida. Hoje, eu vejo que sou capaz de viver, de ter objetivos. Se eu não conseguir hoje, eu sei que amanhã eu vou tentar de novo! (...) Meu modo de ser mudou, antes eu era totalmente desleixada, não tava nem aí para a minha aparência. Hoje, eu tenho uma auto-estima, hoje, eu gosto de mim".

Os informantes abstinente indicaram estarem envolvidos em planos concretos como retornar aos estudos, ao trabalho, ao convívio familiar e dispostos a se manterem afastados do recurso químico quando tiverem que enfrentar dificuldades.

Redução

A redução será dirigida, em primeiro lugar, para a explicitação dos temas que

aparecem imbricados na descrição, a saber: reformulação da visão de mundo, condições ambientais, reencontro com o outro e o reencontro consigo mesmo. A seguir, os mesmos temas serão contrastados com a condição básica de mobilização pessoal para a mudança. A análise dirige-se, desta forma, para a superação das questões de existência envolvidas no consumo de drogas e na decisão pela recuperação. Tanto a angústia como a liberdade fazem parte da condição humana. A angústia aumenta a partir do momento em que são questionados os valores que, em liberdade, o ser humano pode experimentar modificá-los. A escolha de valores apresenta-se tanto na conquista da liberdade como na submersão na angústia. É através de escolhas que o ser humano constrói o seu projeto e projeta a sua própria imagem diante do mundo.

O consumo crônico e regular de drogas apresenta-se como um valor regulador de existência e foi decorrência de escolhas de vida. Para os entrevistados, os processos perceptivos e expressivos estavam sendo mediados por substâncias químicas. Ao ser retirada, a droga deixou um vazio. Um vazio amplificado pelo isolamento. Os relatos indicavam que as drogas levaram a um estranho isolamento. Bucher (1996) interpretou este isolamento como um distanciamento do convívio social em busca de uma felicidade que viria pelo esquecimento e pelo afastamento. O prazer solitário estabelecido entre estes jovens e as drogas pode ser entendido como uma espécie de completude, onde o encontro com o outro ficou impossibilitado.

RM7: "A mudança na minha vida é que eu me afastei de todo mundo que gostava de mim. Me afastei da família, vizinhos, dos bichos que eu tinha. Eu me afastei completamente de todo mundo. (...) Mesmo quando eu estava com o traficante, eu não usava a droga. Eu usava a droga quando eu estava sozinho, no meu canto, do meu jeito".

Havia uma relação entre a procura do prazer solitário proporcionado pela droga e a percepção de vazio de vida. Quanto mais a vida era percebida como vazia mais a droga se fazia necessária. Por outro lado, a percepção de vida vazia especifica a expressão de desencontro consigo mesmo.

AF11: "Porque com a droga tu não tem objetivo nenhum, tu nem sabe mais de ti, o que tu tá fazendo no mundo."

AM5: "Eu tinha dentro de mim muita tristeza, hoje eu sei, na época não, eu não conseguia ordenar pensamento algum. Mas, voltando ao passado, eu via que quando eu estava triste, eu me sentia sozinho, eu ia numa festinha e começava a beber."

AM5: "Eu posso usar droga para sair desta realidade, para me sentir uma pessoa diferente, me sentir aquilo que eu não sou. Era como se eu rejeitasse aquilo que eu era e me tornasse outro personagem, de uma outra história."

A condição básica para se afastar completamente das drogas era estar predisposto a mudar de vida e ter a visão de que, longe de trazer soluções, as drogas traziam sérias consequências para si e para o relacionamento com o mundo.

RF10: "Só que tu vai lá e não muda. Se tu não quer mudar, tu não muda. Tem que ter força de vontade."

A mudança na vida destes jovens parece ter envolvido, além de muita paciência e aceitação do sofrimento, a busca de alternativas saudáveis, e a escolha de novos posicionamentos diante da vida. Passou pela decisão de cortar o contato com antigos companheiros e evitar o contexto favorecedor do consumo de drogas. Surgiu, então, a necessidade de novos encontros interpessoais que foram atendidos pela família, e por amigos não-usuários ou recuperados. Neste sentido, os grupos de auto-ajuda foram importantes para a restauração das ligações sociais, promoção de vínculos saudáveis, e reafirmação na esperança da recuperação.

RM12: "Eles falam em coragem, ter fé, aceitação, bondade. (...) Eu gosto mesmo dos monitores daqui, eles sabem muito bem ajudar as pessoas".

Os grupos coordenados por dependentes recuperados foram mencionados como suporte importante e caracterizam-se por serem o ambiente ideal para a abordagem e discussão dos problemas relacionados a abstinência e de como enfrentá-los:

AF11: "É onde eu exponho meus sentimentos para as pessoas que também passam pelo mesmo problema e tem uma visão, porque não adianta chegar para a minha mãe e dizer: 'Oh! mãe, hoje eu não tô legal, tá me batendo uma fissura'. Ela não vai entender isso."

Salgueiro (1995) enfatizou que a disciplina, as rotinas específicas e o envolvimento com as pessoas quando incorporadas ao "dia-a-dia" facilitam que o dependente químico ancore sua recuperação e estabeleça um novo e gratificante estilo de vida. No entanto, adverte que os fatores que mantêm a abstinência e o processo de mudança são muitos e difíceis de discriminar. Neste processo de mudança, foi citado pelos jovens, a busca da religiosidade. A religião é vista como algo que dá sentido e parece contribuir para o esforço de alcançar níveis mais elaborados de relacionamentos com o mundo externo.

AM5: "Eles ensinam os doze passos, o objetivo dos doze passos é o despertar espiritual, o despertar para alguma coisa mais elevada, uma razão de vida, uma ideologia, uma convicção, um objetivo, teu sonho, sei lá. Até ter Deus na vida, alguém que te ilumine, que no momento do desespero esteja perto de ti."

Nesse sentido, a religião parece auxiliar estes jovens a se religarem com o mundo e consigo mesmo. Para Kalina (1999), os critérios de cura são ideológicos. Curar, no seu entendimento, é oferecer um modelo de vida em troca de outro, a partir da aplicação de uma determinada escala de valores. Enfim, a cura deriva-se de uma concepção específica da liberdade, isto é, do sentido da vida.

Em suma, os elos essenciais de experiências que favorecem a abstinência estão nos esforços bem sucedidos de tomada de decisão e replanejamento ambiental e ocupacional. Este replanejamento deverá incluir a

revitalização de relações interpessoais que por conseguinte facilitará o reencontro consigo mesmo nesta nova condição de existência.

Interpretação

É nas situações-limites como morte, sofrimento, culpa e loucura que se constrói um conjunto de significações referentes à condição humana de um corpo sujeito situado e sempre diante de limites. É na ruptura, na conscientização do fracasso, no confronto entre o que se quer e o que não se quer, que parece emergir a compreensão do possível, do projeto construtivo viável. As angústias destes jovens frente à experiência de vazio ou morte iminente parece ter sido o ponto de partida para a resignificação das suas existências. Note-se, aqui, a analogia com a segunda condição para remissão estável de consumo referida por Vaillant (1997), ou seja, a reação por mudança diante da angústia de sentir-se no fundo do poço. A promoção da abstinência permitiu que estes jovens readquirissem a capacidade adaptativa, enquanto presença transformadora, frente às diversas situações da vida. A experiência da abstinência pode ser interpretada como um esforço assistido de reconhecimento do problema aditivo, de retorno à família, de recuperação de auto-estima, da evitação do contexto favorecedor da adição, do envolvimento em trabalhos de recuperação de outros dependentes e, por fim, de um sentido prospectivo de existência. Note-se, aqui, a analogia com a terceira condição para remissão estável de consumo referida por Vaillant (1997), ou seja, romper com hábitos enraizados.

Terceiro Tema: Experiência da Recaída

Descrição

A recaída é definida como um retorno ao uso de drogas após um determinado período de abstinência. Entre os entrevistados, o menor período de abstinência foi de duas semanas e o maior de dois anos. A experiência de recaída mostrou-se associada às seguintes situações: falta de apoio familiar, falta de acompanhamento apropriado, envolvimento com antigos amigos usuários, uso de bebidas alcóolicas, necessidade de aprovação social e frustrações diante de circunstâncias adversas.

Os jovens relataram episódios em que a mãe, o pai ou ambos, procuravam esconder qualquer evidência que indicasse que eles estavam dependentes de drogas. Quando decidiram agir, o caso já era muito grave.

RM2: "Minha mãe sempre tentou botar panos quentes. Era do tipo de jogar as seringas sujas fora e as novas guardar. Guardava a maconha no meu armário. Quando ela viu que o problema era sério, ela pegou pesado e me encaminhou para a psicóloga."

RM3: "Meus pais são enfermeiros (...) Até pouco tempo, eles não queriam acreditar que a gente usava drogas. Eles se manipulavam também para poder acreditar na gente. Mesmo achando a droga dentro de casa, eles acreditavam que era a última vez e que nós tínhamos parado de usar. Só que voltava tudo como era antes."

RF9: "Agora o que eu fazia lá, eu era quase um monstro, batia

na minha mãe, eu escondia a droga e depois não sabia onde estava, quebrava tudo. Enchia a casa de gente, fazia a maior zona. Mas eu não me arrependo do que eu fiz para a minha mãe porque ela não acorda nunca! Quando meu pai ligava para lá pedindo como eu estava, ela dizia que eu estava bem. Escondia todos os problemas."

Conflitos familiares estavam associados à procura por drogas e à recaída.

RF10: "Mesmo indo no [Instituição y], meu pai não me ajudava, não me dava apoio em nada. Minha mãe me ajudou a partir do momento que ela começou a ir no [Instituição y] (...) Meu pai era alcoólatra antes, às vezes, ele se irritava com a minha mãe e batia nela (...) Daí ele começou a parar de usar álcool, parou de beber, e começou a ajudar mais a minha mãe, porque a minha mãe também...sofre um monte de depressão".

Os entrevistados reconheceram não ter forças para lutar sozinho contra a atração e o impulso para o consumo.

RF10: "E pelo motivo assim de tu não conseguir parar sozinho. Tu sente dependência, fissura(...) Minha vida era assim...se eu não usar droga hoje, o que eu vou fazer? Nada! Eu não estudo, eu não trabalho, o que eu vou fazer? Nada! Eu tinha alguma coisa para fazer durante o dia que era conseguir dinheiro, que era correr atrás da droga."

RM2: "A abstinência sem acompanhamento, sem ajuda, termina com o cara! Eu defini neste período: não comia mais, brigava, minha vida se transformou num caos. Aí tudo

tava errado não pela droga, mas pela falta dela. Aí eu fui no bar e bebi para poder me acalmar."

A presença de amigos usuários foi descrita como um convite para a recaída.

RM3: "Geralmente, com amigos. Um camarada meu me oferecia. (...) Quando eles sabiam que eu estava sozinho em casa, eles davam uma paradinha por lá. É difícil porque quando tu tá tentando parar, sempre aparece algum na tua porta".

O uso do álcool também foi associado a reincidências no consumo de outras drogas.

RF9: "Eu saio e fico pensando em beber. Só que é a bebida que chama a droga! Eu nunca penso em cheirar, a fissura em cheirar quem me dá é a bebida. Eu saio e sempre sem beber, é difícil."

RM7: "É aquele negócio: eu tô passando na rua, olho para um bar e vejo um tomando cerveja! Vejo televisão e passa um monte de mulher bonita e um cara 'fortão' tomando chope. Eu digo: 'Meu Deus do Céu, porque eu não sou normal?'."

Recaídas ocorreram para evitar a desaprovação social.

RF9: "Não era vontade, não era nada! Eu não queria ser 'careta' perto dele. Hoje eu vejo que não tem nada a ver! Foi para não fazer feio."

Fortes frustrações levaram à recaída como, por exemplo, rompimento de uma relação amorosa.

RM7: "A recaída veio de um relacionamento que não deu certo. (...) Hoje eu enxergo que

não foi porque a E. (namorada) quis me deixar que eu recaí e, sim, porque eu estava esperando um motivo e hoje eu vejo que foi muita falta de fé minha, de oração."

Redução

As situações identificadas na descrição caracterizam-se por conjunturas paradoxais: a família que se perde na ambiguidade da proteção ilusória, da negação ou da absorção dos próprios conflitos; a amizade que traz a contradição do convite ao vício; e a falta de perspectiva diante da adversidade.

A situação familiar foi descrita pelos jovens com experiências de recaída como não favorecendo as condições de mudança. Kalina (1999) observou, na sua experiência clínica, padrões familiares que podem induzir os filhos à ingestão de drogas. São famílias caracterizadas por profundos sentimentos de abandono, vivências depressivas e incapacidade para dominar a ansiedade. Essas famílias negam ou mesmo excluem qualquer possibilidade de diálogo e respeito da droga. Por conseguinte, acabam reforçando os vínculos centrados na obtenção do consumo, deixando a droga como alternativa para que os filhos busquem integridade e identidade.

O uso do álcool e a fantasia de poder readquirir o controle sobre o seu consumo foi citado pelos informantes como uma das causas mais comuns de recaída. O uso inadequado das drogas é um problema de existência e um paradoxo social. A mesma sociedade que produz e promove o consumo condena o uso descontrolado ou o uso ilícito. Acontece que o uso próprio pode

se transformar em uso impróprio e, provavelmente, em uso ilícito. O retorno do uso ilícito para o uso próprio já foi colocado como processo de reeducação desejável mas não se mostrou eficaz (Feix, 1996; Gossop, 1997; Ramos, 1997). Assim, sem assistência adequada (supervisão compulsória para Vaillant, 1997) é extremamente difícil a eficácia de qualquer tentativa de recuperação, como evidenciado nos depoimentos.

Neste contexto, as amizades imediatamente anteriores ao início da tentativa de recuperação apresentam-se como signos de dissonância. Em breve exercício imaginativo, o termo amizade pode ser substituído por palavras como companhia, apoio, confiança e cumplicidade. Entre adictos, o sentimento de aliança continua existindo no núcleo de uma amizade. É uma aliança adversa mas que existe na companhia, no apoio, na confiança e na cumplicidade do infortúnio. A tentativa de recuperação é um esforço para reversão de rumo. Significa uma ruptura radical com um ambiente que inclui o afastamento dos companheiros de uso e dos distribuidores da droga. O paradoxo está na contradição de identificar como amigos aqueles dos quais deve se afastar.

RM7: *"Mas eu os considerava amigos, porque a gente convivia bem dizer juntos, cada um sabia das dificuldades do outro. (...) A minha maior dificuldade foi esquecer estas companhias. Qualquer bairro que eu entre em Caxias, eu conheço alguém."*

Kalina (1999) advertiu que todo adicto, até prova em contrário, é um indutor ao consumo. Esta maneira de agir tem o significado

de um ataque de inveja. Este fato se torna mais evidente quando o outro é um ex-adicto recuperado.

RF9: *"Eu saio na rua para dar uma volta, eles vem me oferecer. (...) Eles ficam te cutucando, quando tu tenta parar.(...) A intenção é que eles tão na merda e querem que tu fique junto."*

As dificuldades inerentes à recuperação fragilizam os esforços para mudança. As adversidades da vida cotidiana são percebidas com exagero, principalmente quando envolvem relações interpessoais. Sabe-se que o dependente tem uma incapacidade de tolerar frustrações e, neste enfoque, a recaída pode ser entendida como uma resposta ao não enfrentamento destas situações (Silva, Ferri & Formigoni, 1995). Tem-se, assim, um círculo vicioso já que a tendência do indivíduo, após a recaída, é sentir-se fracassado e humilhado, o que contribui ainda mais para a manutenção do consumo.

Interpretação

É difícil descrever e imaginar o conjunto de situações que favorecem a quebra da abstinência (Rosenow, Niaura, Childress, Abrams & Monti, 1991). A análise anterior aponta na direção da interpretação de Bucher (1996). Para o autor, o fenômeno moderno das drogas está situado no centro da sociedade e é produzido por ela em decorrência dos seus modos desequilibrados e injustos de organização, comunicação e valorização. No entanto, querer mudar o conjunto da sociedade e de suas formas de organização é um programa ideal e portanto utópico. Em uma outra perspectiva, pode-se argumentar

que casos de dependência são situações que podem ser abordadas de modo pontual desde que sejam consideradas as implicações contextuais. A manutenção do consumo de drogas pareceu relacionar-se à falta de apoio familiar, de acompanhamento apropriado, de permanência no ambiente favorecedor da adição, na ausência de auto-estima e determinação. Confirmam-se, assim, as três situações primárias apresentadas na análise de recaída de Cummings, Gordon e Marlatt (1980), ou seja, a presença de estados emocionais negativos, de conflito interpessoal recente e de pressão social.

Considerações Finais

O estudo focalizou três temas relacionados à experiência da reabilitação em dependentes químicos: tentativas de recuperação, abstinência e recaída. As três análises representam apenas possibilidades de compreensão do problema. O estudo recorreu a falas procedentes de dependentes em busca de recuperação e deu espaço para que estas falas servissem de evidência descritiva e de interlocução analítica com a literatura. Neste sentido, atendeu a recomendação de Keen (1979) de que uma das contribuições do método fenomenológico é tornar explícitas aquelas idéias e suposições implícitas, com base nas quais responde-se e experimenta-se o cotidiano. O cotidiano, no caso, foi a tentativa de recuperação da dependência química.

A análise fenomenológica baseou-se em interpretações das

reversões entre experiência consciente e consciência da experiência, como percebida pelos pesquisadores nas falas dos entrevistados. A reversão foi facilmente identificada nas diferentes falas. Por exemplo, falas sobre desamparo (viver na rua), constrangimentos com a lei (ser preso) ou função paterna (não estar em condições de criar um filho recém-nascido) expressavam a percepção de uma situação que precisava ser revertida para outra, mediada por uma decisão, isto é, por uma tomada de consciência que é a reversão da experiência consciente (irrefletida) em consciência da experiência (refletida). O rigor reflexivo encaminhou a análise em desdobramentos repetitivos e circulares com o objetivo de amplificar o que era para ser tomado (movimento sinérgico). O exemplo desta circularidade está na comparação dos depoimentos de abstinência e recaída. Esses depoimentos aparecem em relações simultâneas de exclusividade e inclusividade, fazendo com que uma experiência seja o reverso da outra. Tomem-se, por exemplo, os seguintes constituintes experienciais da abstinência: determinação por mudança, apoio e estrutura familiar, grupos de auto-ajuda, mudanças de ambiente, novas redes de relações interpessoais e clareza de planos para o futuro. O oposto destes constituintes descreverá a experiência de recaída. As comparações identificam constituintes comuns e por isso inclusivos mas que são qualitativamente diferentes, por isso exclusivos.

Estudos (Bucher, Fares, Pelegrine, Menezes & Carmo, 1995; Heather, 1992; Marlatt & George, 1984; Sannibale, 1990) já constataram que a aderência aos programas

de tratamento e aos procedimentos terapêuticos depende, ao menos em parte, da motivação para mudança e de condições estruturais de apoio. A relação entre constituinte (motivação para mudança) e contexto (condições estruturais de apoio) abre dois importantes flancos para críticas à compreensão do problema. São elas: motivação por mudança e clareza de planos para o futuro. A determinação por mudança é, na verdade, a conjunção entre consciência do problema e vontade de mudar. Sem atender a essa condição não será possível iniciar um projeto de mudança. Em contraste, sem definição de planos e ações concretas para realizá-los não há como sustentar a abstinência. A abstinência, como descrita, foi facilitada por um conjunto de apoios contextuais, como família, grupos e redes de amigos. Ora, pode-se interpretar que a dificuldade em esclarecer constituintes experienciais efetivos decorre da imbricação entre constituintes e contextos, que é a mesma imbricação entre Eu, Outro e Ambiente, ou entre objetividade e subjetividade (Gomes, Teixeira & Borges, 1998). A imbricação apontada exerce uma função de via dupla rompendo com limites artificiais entre constituintes e contextos, e entre cultura (uso de droga) e natureza (dependência). Por via dupla entende-se a capacidade do sujeito modificar o objeto ou do objeto modificar o sujeito. No caso da dependência, o problema inicia com um objeto (droga) que transforma um corpo-sujeito em dependente. Em contraste, na recuperação espera-se que o sujeito modifique suas escolhas de objetos relacionais. No entanto, as combinações desejáveis para recuperação efetiva não podem

se restringir a escolhas representacionais ou simbólicas. Requerem o desenvolvimento de recursos que provoquem e mantenham movimentos intencionais para a reabilitação, incluindo alterações concretas e objetivas para inserção de dependentes, combinadas com apoio e intervenção (vide Scivoletto, Henriques & Ferreira, 1995). Exemplos de alterações concretas e objetivas presentes nas falas dos entrevistados foi a inserção de abstinentes em programas de recuperação de dependentes. Atendeu-se, com essa situação, necessidades de recomposição de auto-estima, apoio social, mudança ambiental, e planos concretos de ação. Em suma, criaram-se condições para que sentidos concretamente vividos obtivessem consolidação em projetos de vida realizáveis.

A referência negativa dos entrevistados às suas passagens por clínicas de desintoxicação merece atenção. Na percepção dos entrevistados o tratamento medicamentoso não favoreceu à recuperação. No entanto, o presente estudo não dispõe de dados para refletir e interpretar adequadamente as falas referentes a essas experiências, e deixa o problema como sugestão para futuros estudos. Recomenda-se, ainda, que próximos estudos concentrem-se na investigação de possibilidades e variedades da emergência motivacional para mudança e de modos compartilhados de desenvolvimento de objetivos de vida para dependentes em busca da reabilitação.

Referências

American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.ª ed. revisada). Washington, DC: Autor. [Links]

Andreatini, R., Galduróz, J.C.F. & Formigoni, M.L.O.S.

- (1994). Estudo da influência dos níveis de dependência e consumo na resposta ao tratamento de dependentes de álcool. *Revista ABP-APAL*, 16, 25-29. [[Links](#)]
- Banister, P., Burmom, E., Parker, I., Taylor, M. & Tindall, C. (1994). *Qualitative methods in psychology*. Open University Press Buckingham: Philadelphia. [[Links](#)]
- Barker, C., Pistrang, N. & Elliot, R. (1994). *Research methods in clinical and counselling psychology*. New York: Wiley. [[Links](#)]
- Bertozzi, S.R. (1993). Por que as pessoas usam drogas. *Revista Insight - Psicoterapia*, 3, 22-23. [[Links](#)]
- Bucher, R. (1996). *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília: Editora Universidade de Brasília. [[Links](#)]
- Bucher, R., Fares, A.T., Pelegrine, R., Menezes, R. & Carmo, R.A. (1995). Avaliação qualitativa dos atendimentos [Resumo]. Em CETAD/UFBA (Orgs.) *Seminário Internacional: O Uso e o Abuso de Drogas*, (p. 53). Salvador: CETAD/UFBA. [[Links](#)]
- Craig, R. (1991). Abuso de substâncias. Em R.J. Craig (Org.), *Entrevista clínica e diagnóstica* (M. A. V. Veronese, Trad.) (pp. 175-193). Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Cummings, C., Gordon, J. & Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. Em W.R. Miller (Org.), *The addictive behaviors* (pp. 31-56). Oxford, U.K.: Pergamon Press. [[Links](#)]
- Feix, R. (1996). Drogas: Uso, abuso e dependência. Em B.B. Duncan, M. I. Schmidt & E.R.J. Giugliani (Orgs.), *Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária* (pp. 537-550). Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Edwards, G. (1997). Os Alcoólicos Anônimos como um espelho colocado diante da natureza. Em G. Edwards & C. Dare (Orgs.), *Psicoterapia e tratamento de adições* (M.A.V. Veronese, Trad.) (pp. 201-217). Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Forghieri, Y. C. (1984). *Fenomenologia e psicologia*. São Paulo: Cortez. [[Links](#)]
- Gomes, W.B. (1998). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. Em W.B. Gomes (Org.), *Fenomenologia e pesquisa em psicologia* (pp. 19-44). Porto Alegre: Ed. Universidade/UFGRS. [[Links](#)]
- Gomes, W.B., Teixeira, M. & Borges, M. (1998). Grupos homogêneos com obesos: Um estudo de caso. Em W.B. Gomes (Org.), *Fenomenologia e pesquisa em psicologia* (pp. 197-211). Porto Alegre: Ed. Universidade/UFGRS. [[Links](#)]
- Gossop, M. (1997). Tratamentos cognitivos e comportamentais para o uso inadequado de substâncias. Em G. Edwards & C. Dare (Orgs.), *Psicoterapia e tratamento de adições* (M.A.V. Veronese, Trad.) (pp. 146-158). Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G. & Bradley, B. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 154, 348-353. [[Links](#)]
- Grant, B.F. & Harford, T.C. (1990). The relationship between ethanol intake and DSM-III-R alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 448-456. [[Links](#)]
- Heather, N. (1992). Addictive disorders are essentially motivational problems. *British Journal of Addiction*, 87, 828-830. [[Links](#)]
- Hunt, W.A., Barnett, L.W. & Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456. [[Links](#)]
- Kalina, E. (1997). Drogadição: Projeto de morte versus projeto de vida. Cura: Transformar esse projeto de morte num projeto de vida. Em N. Fichtner (Org.), *Transtornos mentais da infância e da adolescência* (pp. 86-91). Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Kalina, E. (1999). Drogadição hoje: Indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Keen, E. (1979). Introdução à psicologia fenomenológica (H. B. C. Rodrigues, Trad.). Rio de Janeiro: Interamericana. [[Links](#)]
- Kranzler, H.R., Amin, H., Modesto-Lowe, V. & Oncken, C. (1999). Pharmacologic treatments for drug and alcohol dependence. *Psychiatric Clinics of North America*, 22, 401-412. [[Links](#)]
- Lanigan, R. (1997). Capta versus data: Método e evidência em comunicologia (C.H. Kristensen, Trad.). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10, 17-45. [[Links](#)]
- Leite, J.C. & Gomes, W.B. (1998). Concepções de alcoolismo e a reabilitação do alcoolista. Em W.B. Gomes (Org.), *Fenomenologia e pesquisa em psicologia* (pp. 45-66). Porto Alegre: Ed. Universidade/UFGRS. [[Links](#)]
- Litten, R.Z. & Allen, J.P. (1998). Advances in development of medications for alcoholism treatment. *Psychopharmacology*, 139, 20-33. [[Links](#)]
- Maddox, J.F. & Desmond, D.P. (1981). *Careers of opioid users*. New York: Praeger. [[Links](#)]
- Marlatt, G.A. (1993). Determinantes situacionais da recaída e intervenções de treinamento de habilidades. Em G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Orgs.), *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção de comportamentos aditivos* (D. Batista, Trad.) (pp. 64-113). Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Marlatt, G.A. & George, W.H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273. [[Links](#)]
- Morse, J.M. (1994). Designing founded qualitative research. Em N.K. Denzin & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 220-235). Thousand Oaks, California: Sage. [[Links](#)]
- Oliveira, J.A. (1991). A fase adolescente e as motivações para a droga. Em R. Bucher (Org.), *Prevenção ao uso indevido de drogas* (pp. 63-74). Brasília: Editora Universidade de Brasília. [[Links](#)]
- Pechansky, F., Soibelman, M. & Jacques, S.M.C. (1994). Estimativas para a severidade da dependência do álcool e possibilidade de melhora: Discordância entre pacientes e psiquiatras. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 16, 196-201. [[Links](#)]
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1986). Toward a comprehensive model of change. Em W. Miller e N. Heather (Orgs.) *Treating addictive behaviors* (pp. 3-27). New York: Plenum. [[Links](#)]
- Ramos, S.P. (1997). Prevenção, diagnóstico, abordagem e tratamento do envolvimento do adolescente com as drogas. Em N. Fichtner (Org.), *Transtornos mentais da infância e da adolescência* (pp. 279-290). Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Robson, C. (1993). *Real World Research*. Blackwell: Oxford. [[Links](#)]
- Rosenow, D.J., Niaura, R.S., Childress, A.R., Abrams, D.B. & Monti, P.M. (1991). Cue reactivity in addictive behaviours: Theoretical and treatment implications. *International Journal of the Addictions*, 25, 957-993. [[Links](#)]
- Salgueiro, I.J.S. (1995). Âncoras de recuperação no período de pós-tratamento [Resumo]. Em ABEAD (Org.) *Anais do XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências* (p. 137). Belo Horizonte: ABEAD. [[Links](#)]
- Sanchez-Craig, M., Neumann, B.G., Formigoni, M.L.O.S. & Rieck, L. (1991). Brief treatment for alcohol dependence: Level of dependence and treatment outcome. *Alcohol and Alcoholism Suppl*, 1, 515-518. [[Links](#)]
- Sannibale, C. (1990). A prospective study of treatment outcome with a group of male problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 236-243. [[Links](#)]
- Schuckit, M.A., Zisook, S. & Mortola, J. (1985). Clinical implications of DSM-III diagnosis of alcohol abuse and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1403-1408. [[Links](#)]
- Scivoletto, S., Henriques, S.G.J. & Ferreira, I.B. (1995). Adolescentes usuários de drogas/álcool que procuram tratamento: perfil de consumo e fatores preditivos de prognóstico - resultados iniciais. Em ABEAD (Orgs.), *Anais do XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências* (p. 107). Belo Horizonte: ABEAD. [[Links](#)]
- Silva, E.A., Ferri, C.P. & Formigoni, M.L.O.S. (1995). Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: Um estudo preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 311-315. [[Links](#)]
- Vaillant, G.E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *British Journal of Addiction*, 83, 1147-1157. [[Links](#)]
- Vaillant, G.E. (1997). As adições ao longo da vida: Implicações Terapêuticas. Em G. Edwards & C. Dare (Orgs.), *Psicoterapia e tratamento de adições* (M.A.V. Veronese) (pp. 05-18). Porto Alegre: Artes Médicas. [[Links](#)]
- Waisberg, J. & Porter, J. (1994). Purpose of life and outcome of treatment for alcohol dependence. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 49-64. [[Links](#)]

28

out

2011

12:30

Módulo Comorbidades

TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL E BORDERLINE

DRA. MARIANA MACIEL

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA

MÓDULO III - TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA PREVENÇÃO DE RECAÍDA II

MSc. NEIDE ZANELATTO

16:45

INTERVALO

17:00

SEMINÁRIO DOS ALUNOS

O TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK REABILITAÇÃO

NEUROPSICOLÓGICA

PÁGINAS

MSc. NEIDE ZANELATTO

DISCUSSÃO DO SEMINÁRIO

18:00

TÉRMINO

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE CLUSTER "B"

Os transtornos de personalidade constituem um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. É generalizado e inflexível; tem início na adolescência ou no começo da idade adulta; é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo, tanto para o indivíduo portador do transtorno, quanto para o seu grupo de convívio.

Os códigos internacionais para os transtornos psiquiátricos reconhecem a dificuldade para classificar os transtornos de personalidade. A própria OMS, no comentário introdutório dos "Transtornos Específicos de Personalidade", afirma que o alcance "da classificação nesta área está atualmente limitada a uma série de tipos e subtipos, os quais não são mutuamente excludentes e se sobrepõem em algumas de suas características". Com o intuito de aproximar os transtornos com características semelhantes e de estruturar melhor a abordagem desses indivíduos, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) agrupou os transtornos de personalidade conhecidos em três grandes grupos ou *clusters* (leia o artigo a seguir): os transtornos de personalidade excêntricos ou estranhos, os transtornos de personalidade dramáticos, imprevisíveis ou irregulares e os transtornos de personalidade ansiosos ou receosos.

A presença de um transtorno de personalidade aumenta o risco para o início e a manutenção do consumo de

drogas entre os seus portadores, quando comparados com a população geral. Isso se aplica principalmente ao *cluster B* ou dos transtornos de personalidade dramática | imprevisível, que reúne o transtorno de personalidade antissocial e o transtorno de personalidade borderline. Aspectos da etiologia e do

Objetivos

- (1) Apresentar os transtornos de personalidade do *cluster B*, conhecidos como dramáticos | imprevisíveis | irregulares.
- (2) Descrever as relações entre esses transtornos de personalidade e o uso de drogas
- (3) Apresentar as técnicas de manejo terapêutico mais importantes

BORDIN IAS, OFFORD DR. Transtorno de conduta e comportamento antissocial. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(2): 12-5. [ONLINE]

ANCONA A. Transtorno de personalidade borderline: uma perspectiva simbólica [monografia]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica; 2003. Páginas 05 - 20. [ONLINE]

desenvolvimento desses transtornos contribuem para o entendimento do consumo de drogas entre esses indivíduos, que aparece muitas vezes de forma adaptativa nos primeiros tempos, agravando ainda mais o transtorno conforme a dependência se instala. Por fim, há necessidade de manejos específicos para esses pacientes, o que torna o tratamento do mesmo uma empreitada que requer um preparo profissional adequado.

CURRICULUM VITAE

MARIANA RANGEL
MACIEL

Médica e Psiquiatra graduada pela Escola Paulista de Medicina - UNIFESP.

Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP.

Doutoranda pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Psiquiatra do Programa de Atendimento a Vítimas de Violência que é desenvolvido pela UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo, e destina-se ao atendimento da população que tenha sido vítima de trauma decorrente de violência.

LEIA MAIS:

Página da Docente no [PROVE](#)

mari66epm@hotmail.com

Lista de transtornos de personalidade definidos no DSM-IV-TR da Associação Psiquiátrica Americana - APA

FONTE: [WIKIPEDIA](#)

Cluster/Grupo A | transtornos excêntricos ou estranhos

Os indivíduos que estão neste grupo, costumam ser apelidados como esquisitos, isolados socialmente, frios emocionalmente, inexpressivos, distantes e muito desconfiados. Este grupo está mais propenso a desenvolver sintomas psicóticos.

Transtorno de personalidade esquizóide — Indivíduos isolados socialmente, não expressam ou vivenciam emoções como alegria ou raiva, frios emocionalmente, indiferentes e não fazem questão de manter laços afetivos com outras pessoas, sendo assim, vistos como independentes emocionalmente. São muito introspectivos, e muitas vezes não têm amizades. Não anseiam por tais relacionamentos e geralmente preferem viver sozinhos e isolados. Não deve ser confundido com depressão-maior.

Transtorno de personalidade esquizotípica — Pessoas com as mesmas características ao esquizóide, contudo, estão mais próximas à esquizofrenia. Desconfiados, alguns podem acreditar que têm poderes especiais, outros podem ser supersticiosos e cheios de "manias", sendo que geralmente possuem crença excessiva ou fanatismo religioso. Frequentemente participam de seitas excêntricas, ou acabam por se apegar excessivamente a alguma forma de "ocultismo" ou religiosidade, muitas vezes tornam-se fanáticos religiosos que passam a vida a "pregar" seus conceitos de forma exagerada, acreditando serem escolhidos por alguma entidade divina ou, ocasionalmente, acreditam sentir presença ocultas, ouvir vozes e chamados do além, entre outros comportamentos próximos às psicoses. Não deve ser confundido com esquizofrenia.

Transtorno de personalidade paranóide — São pessoas demasiadamente desconfiadas e paranóicas. Não conseguem confiar

em outros, sempre alegam que vão ser passados para trás ou que estão tramando e conspirando algo contra ele. Em momentos de estresse, essas características tendem a piorar e são essencialmente rancorosas, com dificuldade em perdoar os erros e fracassos das outras pessoas. Atribuem isso sempre às supostas tramoias, conspirações, perseguições etc. São frios emocionalmente e podem se manter distantes às outras pessoas porque acreditam estar sempre sendo enganados, às vezes reagindo com hostilidade por motivos incompreensíveis aos olhos de outros. Não deve ser confundido com esquizofrenia ou com transtorno delirante.

Cluster/Grupo B | transtornos dramáticos, imprevisíveis ou irregulares

Pessoas que convivem intimamente costumam perceber um quê de anormal no comportamento dos indivíduos que compoem este grupo, frequentemente sendo apelidados como "problemáticos". Nele, estão presentes os indivíduos que são vistos aos olhos de outros como manipuladores, rebeldes, com tendência a quebrar regras e rotinas, irritantes, "maus", inconstantes, impulsivos, dramáticos, sedutores, imprevisíveis, egoístas e muito intolerante às decepções. Neste grupo, os sintomas inflexíveis dos distúrbios afetam muito mais as pessoas em sua volta, do que o próprio indivíduo. Este grupo está mais propenso à depressão.

Transtorno de personalidade antissocial — Indivíduos insensíveis, perversos, infiéis, não se importam com sentimentos alheios, são fingidos, mentirosos, frios emocionalmente, manipulam pessoas e situações para conseguirem bens materiais como o dinheiro ou simplesmente por prazer. São essencialmente sedutores, superficiais, gananciosos, interesseiros, egoístas, impulsivos, agressivos e, em casos mais graves, entram no mundo das drogas e alcoolismo, cometem crimes e delitos, sem sentir culpa ou remorso. Via de regra, têm comportamento extremo para conseguir seus objetivos, sendo que tendem a prejudicar sem culpa alguma, qualquer pessoa ou obstáculo que os atrapalhe conseguir seus planos.

Transtorno de personalidade histriônica — São pessoas muito emotivas, hipersensíveis, exageradas, superficiais, emocionalmente instáveis, dramáticas, infantis, muito preocupadas com a aparência física (vaidosos) e com notável tendência a exigir excessiva atenção para si a todo momento. Caso contrário, sentem-se

profundamente magoados, podendo expressar suas emoções de forma exagerada, como rompantes de choro ou raiva por coisa mínima. Geralmente vestem-se de maneira chamativa, sobretudo sexualmente provocante e costumam estar sempre à caça de elogios a respeito de sua aparência física. São muito manipuladores, controlando pessoas e circunstâncias para conseguir atenção. Fazem uso da manipulação emocional e sedutora, frequentemente vestindo-se de maneira chamativa, encantando e seduzindo outras pessoas.

Transtorno de personalidade borderline — Distúrbio comparável a uma "doença do amor", uma vez que seus sintomas tornam-se muito exacerbados quando apaixonam-se. São indivíduos muito inconstantes, exagerados, constantemente insatisfeitos, intolerante às decepções e frustrações, com pensamento extremista 8-80 (totalmente bom ou totalmente mau: não conseguem ver lado bom e ruim numa mesma pessoa ou situação), não conseguindo relacionar-se de maneira saudável com seus familiares e pessoas íntimas, tratando-nas frequentemente de maneira estúpida, agressiva ou rebelde. Quando apaixonam-se por uma pessoa, tratam-na como um deus, entretanto, à menor contrariedade ou sinal de rejeição percebida, acreditam erroneamente estar sendo ignorados e abandonados, tornando-se irritantes, insuportáveis e autodestrutivos passando drasticamente do amor idealizado para o ódio, tratando cruelmente o parceiro como um verdadeiro demônio, sendo assim, com notável tendência a terminar relacionamentos de forma raivosa. Essas relações íntimas são frequentemente intensas, mas caóticas e instáveis, terminando sempre em chantagens, manipulações, ameaças suicidas ou autodestrutivas. Essas pessoas têm profundos sentimentos de raiva e vazio crônico, são emocionalmente instáveis, com surtos de carência afetiva, mostrando-se também controladoras e muito ciumentas. Além disso, têm tendência suicida e, a fim de se libertar do sentimento de vazio e rejeição, podem engajar-se em comportamentos compulsivos como auto-mutilação, comer compulsivamente, gastos em excesso etc. São irritadiças quando estão com pessoas muito íntimas e se sentem merecedoras de cuidados e atenção especial a todo momento. Muitas vezes não conseguem controlar fortes emoções como a raiva. Sentem-se sempre mal amados, rejeitados e ignorados por motivos banais, o que causa um gatilho para agressividade e manipulações. São pessoas manipuladoras, uma vez que temem ser rejeitados em seus relacionamentos amorosos, fazendo esforços totalmente desproporcionais para evitar o abandono.

Transtorno de personalidade

narcisista — Pessoas arrogantes, orgulhosas e que se acham superiores e mais especiais que os outros. De primeira, esses indivíduos passam uma grande impressão de que são metidos, egoístas ou antipáticos, demonstram pouca empatia para com os outros, não se importam com sentimentos alheios e podem ser frios emocionalmente. Quase sempre se acham "os melhores", "os mais lindos", "os mais ricos" etc. e exigem ser atendidos pelos melhores médicos, pelos melhores professores e outros "melhores" profissionais por causa de seu sentimento de superioridade. Diferentemente do histriônico, narcisistas podem se cuidar em excesso (vaidosos) para mostrar às outras pessoas o quanto são mais "bonitos" e anseiam por elogios não para receber atenção, mas apenas para mostrar que são supostamente superiores às outras pessoas.

Cluster/Grupo C | transtornos ansiosos ou receosos

Os indivíduos que compoem este grupo são vistos como medrosos, ansiosos, frágeis, dependentes, fóbicos e com tendência a serem submissos, organizados, obedientes e, ao contrário do grupo B, evitam quebrar regras ou rotinas. Neste grupo, frequentemente os traços inflexíveis dos transtornos prejudicam muito mais o próprio indivíduo, do que as pessoas à sua volta. Este grupo está mais propenso aos transtornos de ansiedade.

Transtorno de personalidade dependente

— Pessoas muito dependentes emocionalmente e fisicamente, sempre dependendo de outras pessoas para fazer qualquer coisa. Notavelmente carentes, elas não conseguem viver só e estão sempre à procura de um relacionamento íntimo para se manter dependente. Com frequência, são submissos às pessoas por quais mantêm um laço afetivo, podendo demonstrar muita empatia ou altruísmo por outras pessoas e pouca preocupação consigo mesmo. Não costumam contrariar as outras pessoas e emoções como raiva e desgosto frequentemente são reprimidas e disfarçadas, pois têm medo excessivo em magoar o outro. Com medo da perda e abandono, esses indivíduos pensam muito mais nas outras pessoas do que em si, deixando de fazer coisas que gostam, para satisfazer aos outros. Eles são propensos a envolverem-se em relacionamentos perturbadores, com tendências sadomasoquistas, muitas vezes aceitando atitudes abusivas contra si. Por isso, a insatisfação é constante e o sentimento crônico de tristeza é comum nessas pessoas, uma vez que tornam-se pessoas

excessivamente submissas aos outros, muitas vezes deixando-se ser vítimas de maus tratos por parte de outras pessoas por quais mantêm dependência. Geralmente, possuem medo de machucar o outro e têm dificuldade em romper tais relacionamentos. Quando terminam, sentem-se culpados e frequentemente partem desesperadamente em busca de um novo relacionamento.

Transtorno de personalidade esquiva

— Indivíduos que são excessivamente tímidos, com grande ansiedade na vida social, sendo que frequentemente carregam um sentimento de inferioridade em relação às outras pessoas. Via de regra, têm uma baixa auto-estima e temem serem ridicularizados ou criticados em público. Na realidade, anseiam contato íntimo entre as pessoas, mas com medo de serem ridicularizados, envergonham-se e se isolam socialmente. Eles podem evitar festas, lugares cheios de pessoas e outras ocasiões sociais que poderão ser o centro das atenções, sendo que muitas vezes não têm amigos. Por vezes, carregam grande sofrimento pois têm uma grande vontade de se relacionar com outros, mas não conseguem por conta da vergonha e timidez excessiva que enfrentam ao deparar-se com outras pessoas.

Transtorno de personalidade anancástica ou obsessivo-compulsiva

— São pessoas teimosas e inflexíveis, excessivamente organizadas, temendo descuidos, desorganizações, sujeira ou qualquer outra forma de "bagunça". Elas primorizam o correto e organizado, podendo gastar muito tempo trabalhando, estudando ou limpando, deixando de lado relacionamentos, diversão e lazer. Além disso, elas tendem a fazer seus deveres a sós porque temem que outras pessoas não irão fazer corretamente. Nas seus relacionamentos, eles podem ser um pouco distantes ou isolados e aparentar frieza emocional. Com frequência têm dificuldade em desfazer-se de velharias e coleções, podendo acumular muitos utensílios, móveis e objetos antigos. Via de regra, se sobrecarregam em suas atividades, algumas vezes desenvolvem compulsão desenfreada para o trabalho. Não confundi-lo com Transtorno obsessivo-compulsivo [TOC].

A abordagem evolucionista do transtorno de personalidade anti-social

Rev Psiquiatr RS 2004; 26(1): 78-85. [Integra]

Concepções evolucionistas sobre o transtorno de personalidade anti-social

Existem hoje boas evidências de que o TPAS esteja associado a uma série de reguladores biológicos. Estudos desenvolvidos por Stalenheim e colaboradores¹⁶ encontraram uma correlação significativa entre o TPAS e um elevado nível de testosterona em indivíduos portadores do citado transtorno. Algumas pesquisas investigando a ação da monoamina oxidase (MAO) têm demonstrado a possibilidade que esta possa servir como um marcador biológico para uma série de traços anti-sociais da personalidade^{17,18}. Ainda que, conforme Stalenheim et al¹⁷, seja necessário um maior número de investigações envolvendo relação desta substância com o TPAS propriamente dito, seria possível pensar na sua ação, em termos de um fator combinado no que diz respeito à própria etiologia do transtorno. De um outro modo, um número significativo de pesquisas tem explicitado um funcionamento alterado em certas estruturas centrais que estariam diretamente envolvidas na manifestação do TPAS. Estas regiões incluem o córtex órbito-frontal¹⁹, o córtex pré-frontal²⁰, as diferentes estruturas do sistema límbico²¹⁻²³. Dentro dessa perspectiva, seria possível considerar que algumas regularidades orgânicas observadas nos casos de manifestação do TPAS podem estar também atreladas a fatores genéticos, conforme indicam as pesquisas feitas por Cadoret et al²⁴ e as asserções de McGuire et al²⁵. De um amplo modo, evidências desse tipo mostram-se sugestivas no tocante a uma hipótese biológica para a etiologia do TPAS. Uma hipótese que, por seu turno, pode ir ao encontro do próprio paradigma evolucionista.

Isso equivale a dizer que um entendimento baseado na Psicologia Evolucionista sobre o TPAS sustenta-se, antes de tudo, na idéia de que deve existir uma transmissibilidade genética para certos mecanismos que caracterizam o transtorno. De um outro modo, tal como foi explicitado anteriormente, a concepção evolucionista procura elucidar não apenas o substrato biológico para a ocorrência do TPAS, mas também os pressupostos adaptativos que justificariam a sua manifestação em termos filogenéticos. Dito de outra forma, alguns autores²⁶⁻²⁹ têm sustentado a idéia de que o próprio padrão invasivo de desrespeito e violação aos direitos alheios que caracteriza o TPAS estaria atrelado a uma série de funções adaptativas, ainda que tais funções possam, em termos de seleção natural, mostrarem-se dependentes da frequência com que se manifestam²⁹.

A seleção dependente de frequência é perfeitamente verificável em ambientes sociais bem menos sofisticados do que aqueles em que os nossos ancestrais realizavam suas primeiras interações. Ela ocorre, por exemplo, no caso dos peixes lepômis em que, por sua vez, também há uma certa prevalência de lepômis "anti-sociais". Nesse sentido, conforme explicita Wright¹³, existem peixes lepômis que espalham uma enorme quantidade de ovos para serem fertilizados e mostram-se perfeitamente responsáveis no que

tange aos cuidados dirigidos à própria fertilização. De um outro modo, os lepômis "anti-sociais" apenas fazem uso da dedicação alheia, deixando seus próprios ovos para serem fertilizados pelos peixes mais colaborativos e menos atentos às manobras dos outros peixes. Numa organização social bastante simples como essa, a seleção dependente de frequência é perfeitamente verificável, uma vez que um considerável aumento na proporção de lepômis "anti-sociais" corresponderia a um abalo na própria organização geradora e mantenedora desses peixes. De outro modo, entendimentos como esse mostram-se condizentes com a própria taxa de prevalência do TPAS na sociedade atual que, conforme salientado, é baixa.

A questão do papel adaptativo que os sintomas anti-sociais poderiam desempenhar estaria vinculada à própria função que o comportamento altruísta desempenha em termos de interação social. Numa concepção evolucionista, o altruísmo emergiu em larga escala na espécie humana diante do fato de que nossos ancestrais teriam protagonizado um jogo social com soma diferente de zero^{13,30}. Ou seja, no âmbito da Psicologia Evolucionista, a chamada Teoria do Jogos preconiza que as atitudes pró-sociais, embora impliquem custos individuais, mostraram-se adaptativos na medida em que a inserção social fez-se necessária para a sobrevivência individual, gerando, dessa forma, um ambiente onde a doação virou também sinônimo de recebimento. No que se refere às trocas sociais, o comportamento altruísta acabou, portanto, sendo favorecido pela lógica evolucionista e emergindo em estrutura cerebral que se tornou apta a levar em conta os custos e benefícios do seu emprego. Ceder algo em termos materiais, ou engajar-se em ações objetivando o benefício alheio, tornou-se, de acordo com esse entendimento, o mesmo que gerar uma possibilidade de ganhos futuros num jogo social em que a soma é sempre diferente de zero. Em função de uma dinâmica social desse tipo, foram então fomentados dispositivos neurocognitivos capazes de engendrar o comportamento altruísta fundamentado, por sua vez, na capacidade de compreender e solidarizar-se com o outro. Tomando como base as palavras de Wright¹³, o altruísmo seria, portanto, também um tipo de adaptação que executamos.

Por outro lado, os indivíduos portadores do TPAS não se mostram responsivos aos sentimentos alheios e tendem a não se engajar em atitudes pró-sociais. De uma forma ou de outra, tais indivíduos demonstram, em termos mentais, não estarem aptos a contabilizar as vantagens do comportamento altruísta, apresentando assim uma sintomatologia que se mostra mais atrelada a um imediatismo e a uma dificuldade em retardar a recompensa. Também de acordo com um entendimento evolucionista sobre a manifestação do TPAS, esse conjunto de sintomas não chega a constituir-se numa disfunção em termos adaptativos. Ou seja, levando em consideração a idéia de uma "seleção dependente de frequência", alguns autores enfatizam que a evolução permitiu que pudesse ocorrer a transmissão de genes capazes de gerar "designs biológicos" propensos a não executar uma dose razoável de comportamentos altruístas. Nesse sentido, o TPAS manifestar-se-ia por intermédio de uma série de regularidades orgânicas que podem representar uma disfunção no tocante aos padrões sociais aceitos, no entanto, em termos evolutivos, encontram uma possibilidade de manifestação dependente do próprio grau de ocorrência verificado na espécie. Nesses termos, o entendimento vinculado à Psicologia Evolucionista e, mais especificamente, à Psicopatologia Evolucionista, estabelece que os indivíduos anti-sociais também executariam adaptações, ainda que, em termos sociais, sua tendência comportamental possa ser compreendida como uma disfunção.

O aspecto salutar de um entendimento sobre o papel adaptativo do TPAS sustenta-se no pressuposto de que os indivíduos portadores do citado transtorno não apresentariam um déficit em termos de processamento das informações sociais. De outro modo, o que os portadores do transtorno conseguem fazer com êxito é justamente manipular os estados mentais alheios, ainda que se mostrem indiferentes aos sentimentos que conseguem detectar nos outros. Ou seja, os indivíduos com TPAS, de acordo com esse entendimento, diferem-se dos demais pelo fato de estarem, em termos adaptativos, mais capacitados para um tipo de manipulação voltada à obtenção de vantagens exclusivamente pessoais. Se por um lado o comportamento altruísta resulta, para alguns teóricos da Psicologia Evolucionista, de um mecanismo evolutivamente desenhado visando à obtenção de vantagens indiretas, por outro, a sintomatologia anti-social resulta de um design mental voltado tão somente à obtenção de vantagens diretas nos ambientes sociais em que os organismos humanos evoluíram²⁹.

Referências

13. Wright R. O Animal Moral - Por que somos como somos: A nova ciência da psicologia evolucionista. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
14. Gilbert, P. Evolutionary psychopathology: Why isn't the mind designed better than it is? Br J Med Psychology 1998; 71, 353-373.
15. Siegert RJ, Ward T. Clinical psychology and evolutionary psychology: Toward a Dialogue. Rev Gen Psychology 2002; 6: 235-259.
16. Stalenheim EG, Eriksson E, Knorrning LV, Wide, L. Testosterone as a biological marker in psychopathy and alcoholism. Psychiatry Res 1998; 77: 79-88.
17. Stalenheim EG, von Knorrning L, Oreland L. Platelet monoamine oxidase activity as a biological marker in a Swedish forensic psychiatric population. Psychiatry Res 1997; 69: 79-87.
18. Von Knorrning L, Oreland L, Winblad B. Personality traits related to monoamine oxidase (MAO) in platelets. Psychiatry Res 1984; 12: 11-26.
19. Damasio AR., Trandel D, Damasio H. Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond to autonomically to social stimuli. Behav Brain Res 1990; 41: 81-94.
20. Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. Cognition 1994; 50: 7-15.
21. Bechara A, Damasio H, Damasio AR, Lee GP. Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. J Neurosci 1999; 19: 5473-5481.
22. Patrick CJ, Bradley MM., Lang PJ. Emotion in the criminal psychopath: startle reflex modulation. J Abnorm Psych 1993; 102: 82-92.
23. Patrick CJ, Cuthbert BN, Lang PJ. Emotion in the criminal psychopath: fear image processing. J Abnorm Psych 1994; 103: 523-534.
24. Cadoret RJ. An adoption study of attention deficit/hyperactivity/aggression and their relationship to adult antisocial personality. Compr Psychiatry 1991; 32: 73-82.
25. McGuire MT, Fawzy FI, Spar JE, Weigel RW, Troisi A. Altruism and mental disorders. Ethol Sociobiol 1994; 15: 299-321.
26. Harpending H, Sobus J. Sociopathy as an adaptation. Ethol Sociobiol 1987; 8: 63-72.
27. Lalumière LM, Harris GT, Rice ME. Psychopathy and developmental instability. Evol Hum Behav 2001; 22: 75-92.
28. MacMillan J, Kofoed L. Sociobiology and Antisocial Personality. J Nerv Ment Dis 1984; 172: 701-706.
29. Mealey L. The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model. Behav Brain Sci 1995; 18: 523-599.

28

out

2011

12:30

Módulo Comorbidades

**TRANSTORNO DE
PERSONALIDADE
ANTISSOCIAL E
BORDERLINE**

DRA. MARIANA MACIEL

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA

**MÓDULO III - TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PREVENÇÃO DE RECAÍDA II**

MSc. NEIDE ZANELATTO

16:45

INTERVALO

17:00

SEMINÁRIO DOS ALUNOS

**O TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK
REABILITAÇÃO**

NEUROPSICOLÓGICA

PÁGINAS

MSc. NEIDE ZANELATTO

DISCUSSÃO DO SEMINÁRIO

18:00

TÉRMINO

PREVENÇÃO DE RECAÍDA II

Vimos anteriormente que, a PR consiste num programa de técnicas e estratégias de enfrentamento cujo objetivo fundamental é ensinar o indivíduo a autogerenciar suas situações de risco e estados emocionais, a fim de manter a mudança alcançada no curso do tratamento.

No conceito de PR, mais importante que a causalidade, a dependência química é um hábito adquirido e aprendido, por meio do qual a substância vai paulatinamente sendo utilizada para lidar com situações, emoções e experiências de desprazer, ou seja, uma estratégia de enfrentamento disfuncional aprendida, que tem como cerne do problema a manutenção de tais comportamentos mal-adaptativos. Desse modo, o tratamento bem sucedido não parte em busca de causas, mas da compreensão do funcionamento presente e do planejamento para mudanças futuras.

Para tanto, um programa de PR deve ter como estrutura terapêutica intervenções específicas e globais, a fim de garantir a eficácia do tratamento.

As intervenções específicas correspondem à identificação de e reconhecimento de situações de risco, através de um mapeamento minucioso de gatilhos externos e internos, como atitudes, pensamentos e sentimentos, hábitos, etc.

Estratégias e intervenções globais se referem aos esforços específicos relacionados à modificação do estilo de vida que possa desencadear retrocesso na mudança dos comportamentos, incluindo manejo cognitivo-comportamental de fissura.

Além disso, o Treinamento de Habilidades Sociais (THS) é essencial para desenvolver e estruturar vínculos adequados e seguros, uma vez que a ampliação do repertório, outrora diminuído pelo uso de drogas, tende a fortalecer a capacidade de enfrentamento das situações do

Objetivos

- (1) Entender a evolução dos conceitos e definições de lapso e recaída
- (2) Descrever os processos e variáveis que interferem na manutenção da abstinência
- (3) Compreender a importância do contexto situacional para prevenção

ZANELATTO N. Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência química. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. Páginas 252-67.

ZANELATTO N. Prevenção da recaída. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. Páginas 278-87.

ZANELATTO N. Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. Páginas 288-300.

cotidiano, onde os riscos presentes podem ou não serem previstos. As técnicas mais relevantes da PR serão discutidas mais detalhadamente na aula de hoje.

BIOGRAFIA

GORDON ALAN MARLATT

Foi professor de Psicologia da Universidade de Washington e diretor do Centro de Pesquisa em Comportamentos Aditivos. Ph.D. em psicologia clínica pela Universidade de Indiana em 1968, ingressou na Universidade de Washington em 1972 e conduziu uma pesquisa pioneira em três áreas: redução de danos, intervenções breves, e prevenção de recaída.

Em 1996, Dr. Marlatt foi nomeado membro do Conselho Nacional de Abuso de Drogas do Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA).

Livros de Marlatt incluem "Alcolismo: Novos Rumos em Pesquisa Comportamental e Tratamento" (1978), "Prevenção de Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de comportamentos da dependência" (1985, 2005), "Redução de Danos: estratégias pragmáticas para o gerenciamento de comportamentos de alto risco" (1998), e "Guia do Terapeuta para Prevenção de Recaída Baseada em Evidências" (2007), entre outros livros, artigos e diversas premiações

Marlatt morreu em 14 de março de 2011, de insuficiência renal em Seattle, Washington.

Artigo

Desenvolvimento de um Jogo Terapêutico para Prevenção da Recaída e Motivação para Mudança em Jovens Usuários de Drogas¹

Anna Virginia Williams
Elisabeth Meyer Flavio Pechansky

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

[disponível online](#)

A adolescência é uma faixa etária em que se registra uma grande preocupação em relação ao uso de drogas. Por diferentes fatores, os adolescentes encontram-se em uma fase de maior vulnerabilidade, sendo este momento da vida, um terreno fértil à experimentação o que poderá, ou não, levar ao início do abuso ou da dependência. O uso de drogas na adolescência é um dos problemas de saúde mental mais prevalentes. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2002), é possível constatar que de 3,3 a 4,1% da população mundial consome algum tipo de droga ilícita, sendo estimados em 2,5% os usuários de maconha (World Health Organization, 2002). Os pesquisadores e clínicos, em todo o mundo, têm grande interesse em utilizar todas as estratégias que possam aumentar as chances de sucesso dos programas de tratamento oferecidos para jovens usuários de drogas. É sabido que essa população facilmente se aborrece, apresenta uma urgência em ocupar-se com diferentes atividades, aderindo às mesmas por um curto espaço de tempo e, principalmente, comporta-se de acordo com a fantasia onipotente de que estão

acima e a salvo de qualquer tipo de risco. Ainda que os artigos nacionais e internacionais reforcem a necessidade de abordagens desenvolvidas especificamente para os adolescentes, os modelos de intervenção utilizados foram desenvolvidos, em sua maioria, para o tratamento de adultos. Uma proposta de intervenção na qual o adolescente é tratado com técnicas específicas, focadas nas suas necessidades pessoais poderá ser especialmente relevante, podendo estimular alguns pacientes a permanecerem no tratamento por mais tempo.

Estudos recentes mostram que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma intervenção promissora e eficiente na redução do uso de drogas entre adolescentes (Dennis & cols., 2004). Caracteriza-se por utilizar uma estratégia lógica de tratamento, focada na modificação das cognições mal-adaptativas que aumentam o risco de recaída (Myers & Brown, 1996). A TCC aplicada à dependência química procura trabalhar as cognições e comportamentos sequenciais ao uso de drogas, tais como o manejo da "fissura", a evitação de situações de risco, a regulação do humor e da mudança do estilo de vida (Beck & Bruce, 1998). Na terapia cognitiva da dependência química, os pensamentos e as crenças centrais são vistos como um importante mediador do uso de drogas, das emoções negativas e das respostas fisiológicas.

A Prevenção da Recaída (PR), desenvolvida por Marlatt e Gordon (1985), é uma abordagem amplamente utilizada nos tratamentos dos transtornos aditivos. Caracteriza-se por combinar o treinamento

de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e mudanças no estilo de vida. Na PR, a recaída é considerada como parte do processo de mudança que, muitas vezes, pode ser vista como a forma pela qual o paciente recomeça o tratamento mais consciente do seu problema (Oliveira, Jaeger & Schreiner, 2003). A recaída é considerada um processo no qual é possível identificar os seus antecedentes e, conseqüentemente, permite prevê-los e evitá-los. Dentro do modelo da PR, compreende-se que o retorno ao uso de drogas ocorre em situações de alto risco, nas quais há uma ameaça à abstinência. Nesses casos, o paciente não apresenta uma estratégia de enfrentamento para a situação de risco, o que baixa a sua sensação de auto-eficácia e aumenta a probabilidade de voltar aos níveis básicos do comportamento-alvo (Marlatt & Gordon, 1985).

Também o modelo dos estágios de mudança (DiClemente & Prochaska, 1982), que descreve como (processos) e quando (estágios) os indivíduos mudam sua conduta, permitiu uma melhor compreensão das frequentes recaídas, bem como a oscilação da motivação dos pacientes para cessarem o consumo de drogas. Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) descreveram os seguintes estágios de prontidão para mudança: Pré-contemplação (não estar consciente de ter um problema e não ter intenção de mudança), Contemplação (estar consciente que existe um problema, mas ainda não ter feito nada para mudar), Preparação (ter a intenção de realizar alguma mudança), Ação (concretizar a mudança) e Manutenção (já ocorreu a mudança e o paciente está procu-

rando manter o comportamento modificado) (Prochaska & cols., 1992). Entendendo cada estágio, é possível elaborar e aplicar intervenções adequadas ao nível de motivação do paciente.

O modelo dos Estágios de Mudança no uso de drogas apresenta implicações importantes tanto na mudança natural de um comportamento sobre o tempo, quanto no desenvolvimento das intervenções. O Modelo Transteórico postula que as intervenções necessitam focalizar nas diferentes variáveis para indivíduos em diferentes Estágios de Mudança. Por exemplo, aqueles nos estágios mais iniciais de mudança (Pré-contemplação) beneficiam-se mais da instrução e da compreensão das condutas de risco do que aqueles que já estão cientes dos riscos de seu comportamento e pretendem mudar logo (Preparação), ou que estão ativamente tentando mudar (Ação), beneficiando-se mais de intervenções baseadas no treinamento de habilidades e na auto-eficácia (Prochaska, Velicer, Fava, Rossi & Tsoh, 2001; Stark & cols., 1998).

Uma possibilidade de intervenção para adolescentes, como forma de tratar e prevenir problemas psicológicos e sociais, é o jogo terapêutico. A exemplo disso, o jogo psico-educacional desenvolvido no Brasil - "ZIG-ZAIDS" - é um recurso lúdico para informação e prevenção da AIDS entre pré-adolescentes (Schall, Monteiro, Rebello & Torres, 1999). Na área da dependência química, foi desenvolvido um CD-ROM para treinar habilidades de recusa a oferta de maconha (Duncan, Duncan, Beauchamp, Wells & Ary, 2000).

Essa forma de abordar os problemas relacionados ao uso de drogas pode ser muito eficiente entre os jovens, em especial pelo seu apelo atrativo e

dinâmico que pode vir a aumentar a adesão ao tratamento. A escassez de técnicas específicas para jovens usuários de drogas constitui um grande obstáculo para o tratamento dessa população (Kaminer, Burleson & Gold-berger, 2002; Hser & cols., 2001). É importante salientar que a maioria das técnicas aplicadas aos adolescentes (Burleson & Kaminer, 2005) consistem em simples transposições de técnicas aplicadas a amostras adultas. Com isto queremos dizer que existe uma necessidade emergencial de desenvolver e aperfeiçoar tratamentos focados na população jovem, a curto e a longo prazo.

Pelo exposto, o presente artigo pretende apresentar o processo de desenvolvimento de um jogo terapêutico destinado a jovens usuários de drogas. Essa técnica objetiva abordar crenças típicas a respeito do uso de drogas e promover habilidades de enfrentamento para situações que ameacem a abstinência do paciente, visando motivá-lo para a mudança e prevenir a recaída. Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (no do protocolo 04-175)

Objetivo do jogo

A técnica proposta compõe-se de um jogo de cartas denominado "Jogo da Escolha" para ser utilizado dentro de um contexto terapêutico, com pacientes usuários de drogas. O objetivo do jogo é abordar crenças típicas de jovens usuários de drogas, bem como desenvolver e ensinar habilidades de manejo de situações de risco. Também, são trabalhadas, na técnica, situações relacionadas à pressão do grupo, elementos que acionam o comportamento

relacionado ao uso de drogas e pensamentos mantenedores do uso de drogas. O jogo estimula o paciente a pensar em novas possibilidades de agir e em formas diferentes de refletir quando estiver frente a uma situação que lhe ative o comportamento do uso de drogas. Esta intervenção possibilita o aprendizado de que, para cada crença facilitadora ou ativadora do comportamento mal-adaptativo de uso de drogas, há no mínimo uma estratégia possível para enfrentar aquela situação e evitar o uso.

Durante o jogo, o terapeuta estimula o questionamento de crenças comuns que usuários de drogas costumam cultivar, como, por exemplo: "não vale a pena largar as drogas porque me sinto um fracasso quando recaio". Dessa forma, o paciente pode ponderar a respeito do seu problema, e reestruturar crenças mal-adaptativas como, por exemplo, "posso ficar sem usar drogas com o auxílio de alguma pessoa". Ao trabalhar técnicas de resolução de problemas, o paciente poderá melhorar o seu repertório de habilidades de enfrentamento e, conseqüentemente, a sua auto-eficácia. Sentindo-se mais capaz de lidar com situações de risco, a motivação para mudar o comportamento em relação às drogas pode aumentar, auxiliando o paciente a efetivamente parar ou a diminuir o seu uso.

Método

O desenvolvimento da técnica ocorreu em quatro fases distintas. Primeiramente, foi feita a elaboração das frases que foram colocadas em cartas, seguida da adaptação da linguagem, conteúdo e instruções, junto aos pacientes e posteriormente com

Quadro 1. Exemplo do procedimento de obtenção da versão final das cartas.

Carta Original	Sugestão do grupo 1	Sugestão do grupo 2	Sugestão do grupo 3	Tomada de decisão	Carta final
Quando me dou conta do que causa minhas fissuras, não sou pego de surpresa: tenho menos chance de recair.	Quando me dou conta do que me faz usar drogas não sou pego de surpresa e tenho menos chance de voltar a usar.	Quando eu caio na real do que me dá vontade de usar não sou pego distraído e tenho menos possibilidade de voltar a usar.	Quando eu sei o que me tenta tenho mais chance de recair.	Grupo com profissionais da CPAD.	Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair.

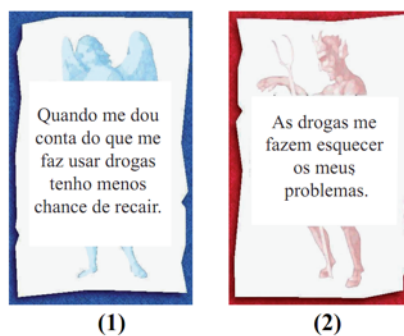
especialista. Por último, foi realizada a avaliação do conteúdo e ordenamento das cartas.

Primeira fase: criação da técnica

A primeira fase de elaboração da técnica ocorreu em 1999 no Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio da coleta dos pensamentos típicos de jovens que apresentavam problemas com drogas. Duas residentes em Psiquiatria realizaram um levantamento, na literatura, de crenças centrais de jovens usuários de drogas e das estratégias de enfrentamento para situações de risco de recaída. Posteriormente, foram realizados três grupos distintos com meninos em situação de rua com problemas com drogas. Estes encontros permitiram verificar a validade dessas crenças e das estratégias por eles utilizadas, assim como elaborar uma lista dos temas mais frequentemente abordados pelos sujeitos. Esses temas foram apresentados sob forma de assertivas, designadas como positivas ou negativas.

As assertivas positivas refletem os pensamentos e as ações utilizadas na tentativa de resistir ao uso de drogas, como por exemplo, "Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair". As assertivas negativas ilustram crenças que facilitam e mantém o uso de drogas, como por

exemplo: "As drogas me fazem esquecer os meus problemas".



De posse dessas assertivas, foram elaborados dois baralhos de cartas. As assertivas positivas foram descritas em cartas de cor azul, com a representação de um anjo ao fundo, e as assertivas negativas foram confeccionadas em cartas de cor vermelha, com a reprodução de um diabo ao fundo, conforme ilustra a Figura 1. A produção de uma dicotomia entre os dois baralhos, um positivo e um negativo, procurou refletir a ambivalência do paciente em relação à droga.

Adicionalmente foi desenvolvida uma sugestão de instrução para o jogo, quando se constituiu essa a primeira versão. Parte desse jogo foi submetida à apreciação da comunidade científica em um evento internacional (Pechansky, 1999).

Segunda fase: refinamento da técnica

Com o objetivo de avaliar a adequação das assertivas e as instruções, foram realizados, em 2005, quatro grupos focais com três voluntários em cada,

totalizando 12 sujeitos. Participaram 11 homens e uma mulher (média de idade 18 anos, DP=1,8). Os participantes eram pacientes ambulatoriais de um centro de tratamento de dependência química de Porto Alegre. Os grupos foram coordenados por uma terapeuta com mais de 20 anos de experiência e observados pela primeira autora deste artigo. Os grupos tinham duração de uma hora e todas as sessões foram gravadas e transcritas.

Nos grupos focais, os jovens eram expostos às cartas originais, desenvolvidas na primeira fase, uma de cada vez. A terapeuta perguntava se os participantes haviam compreendido as frases e se teriam alguma sugestão para torná-las mais compreensíveis. Também lhes era questionada a veracidade das cartas, ou seja, se aqueles pensamentos já lhes haviam ocorrido. Todas as cartas originais foram apresentadas para, no mínimo, três grupos.

As sugestões provenientes dos grupos focais foram apresentadas a um grupo de profissionais do CPAD com o objetivo de escolher a assertiva mais simples e compreensível, sendo mantida a idéia original da carta. Foi consenso não utilizar frases extensas e o uso de gírias. O grupo foi constituído por três psiquiatras e uma terapeuta ocupacional, tendo duração de uma hora e meia. Essa etapa permitiu a elaboração de cartas cuja linguagem fosse

compreensível para jovens usuários de drogas com baixa escolaridade. Desta forma, as cartas poderiam ser compreendidas por um número maior de pessoas, possibilitando a sua aplicação em diversos contextos terapêuticos. O Quadro 1 ilustra os procedimentos dessa etapa. Paralelamente, optou-se pela retirada de algumas cartas e outras foram acrescentadas.

Terceira fase: avaliação do conteúdo

Com o objetivo de confirmar se o jogo estava “tratando aquilo a que ele se propunha a tratar”, foi organizado um grupo focal com psiquiatras, psicólogos e consultores em dependência química de uma unidade de internação para dependência química de Porto Alegre. O grupo era composto por oito profissionais e teve duração de 40 minutos. Para cada assertiva apresentada, os participantes reportavam, livremente, as habilidades que acreditavam poderem ser trabalhadas com o paciente. As habilidades que predominaram no grupo foram as seguintes:

- resolução de problemas e tomada de decisão;
- desenvolvimento de estratégias de enfrentamento;
- aumento da auto-eficácia;
- aumento da auto-estima;
- aumento da tolerância à frustração;
- reflexão a respeito da auto-imagem;
- reflexão sobre as vantagens e

desvantagens relacionadas ao uso de drogas;

- reflexão sobre a sensação de controle sobre o uso de drogas;
- diminuição de pensamentos dicotomizados;
- questionamento de crenças e pensamentos automáticos sobre o uso de drogas;
- aumento do auto-monitoramento;
- identificação de estratégias de enfrentamento;

Habilidade	Cartas
Expectativas positivas em relação à abstinência	1. Estou aprendendo a enfrentar os meus problemas de cara limpa! 2. Depois que eu parei de usar drogas algumas coisas na minha vida mudaram para melhor!
Re-significação de pensamentos dicotômicos	3. Agora estou podendo ver que nem sempre as coisas são tudo ou nada. 4. Não sou tão ruim assim... tenho meus pontos positivos.
Auto-monitoramento	5. Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair. 6. Quando eu consigo pensar antes, me saio melhor
Habilidade de recusa e antecipação das conseqüências	7. Quando eu sinto que não conseguirei dizer não, decido não sair com meus amigos. 8. Quando me lembro de como me sinto mal depois que uso drogas me dou conta que não vale a pena.
Busca de auxílio	9. Posso planejar evitar o uso de drogas com a ajuda do meu terapeuta. 10. Posso ficar sem usar drogas com o auxílio de alguma pessoa.
Reflexão sobre a sensação de controle do uso de drogas	11. Sei que ainda posso me esforçar para tentar parar de usar drogas. 12. Me dei conta que não é tão fácil controlar meu uso de drogas.
Cartas individualizadas (o paciente é solicitado a completar a frase)	13. Já tive vontade, mas consegui não usar drogas quando... (complete) 14. Acho que pensar sobre o meu uso de drogas está me ajudando a... (complete)

- manejo da pressão social e desenvolvimento da capacidade de recusa para a oferta de droga;
- manejo da fissura;
- controle da impulsividade;
- aquisição da responsabilidade pelo seu problema.

De uma forma geral, pode-se dizer que as habilidades citadas pelos profissionais se enquadram no modelo da Prevenção de Recaída (Marlatt & Gordon, 1985)

e do modelo cognitivo para dependência química (Beck & Bruce, 1998; Beck, Wright, Newman & Liese, 1993), o que demonstra que a técnica desenvolvida estava coerente com a base teórica proposta.

Quarta fase: determinação da ordem das cartas

Para desenvolver uma sequência de apresentação das cartas foram consultados, individualmente, dois psiquiatras e uma psicóloga que ainda não haviam tido contato com a intervenção. As cartas positivas foram organizadas por agrupamento de estratégias similares, como apresentado no Quadro 2.

A ordem das cartas negativas foi baseada na lógica referente a “dar-se conta do seu problema”, ou seja, as primeiras cartas, de 1 a 7, apresentam pensamentos que sugerem pouca consciência sobre o problema com drogas, como por exemplo, “existem situações que têm tudo a ver com drogas: festas e shows...”. Esse seria o pensamento de um indivíduo pré-contemplador, o qual não considera o uso de drogas um problema. As

últimas cartas negativas, de 8 a 14, expressam crenças disfuncionais, mas com maior consciência a respeito do problema, como por exemplo, “não vale a pena largar as drogas porque me sinto um fracasso quando recaio”. Esse pensamento ilustra um sujeito em contemplação, ambivalente em relação a parar ou não o uso de drogas. Assim, os pacientes no estágio de mudança inicial, pré-contemplação, irão identificar-se

com as primeiras cartas, e pacientes, em estágios mais adiantados, contemplação e ação, irão identificar-se com as últimas cartas. Ao utilizar essa sequência, a técnica não se torna confrontativa para o paciente, mesmo quando ele se encontra em estágios de mudança mais iniciais.

Resultados

Apresentação da técnica na sua forma atual

O "Jogo da Escolha", em seu formato atual, é composto por um baralho de 28 cartas: 14 cartas positivas e 14 cartas negativas.

As cartas positivas apresentam frases que protegem o paciente do uso de drogas, por reforçarem vantagens relativas à abstinência. Algumas cartas positivas solicitam que o participante complete frases como, por exemplo: "já tive vontade, mas não consegui não usar drogas quando... (complete)", possibilitando que o paciente possa pensar a respeito da sua própria experiência durante o jogo. As cartas positivas pretendem desenvolver habilidades como: 1) enfrentamento de situações de risco, 2) aumento da auto-eficácia, 3) reflexão sobre o controle em relação ao uso, 4) ressignificação de pensamentos dicotômicos ("tudo ou nada"), 5) aumento do automonitoramento e da capacidade de antecipar as consequências negativas do uso

de drogas.

As cartas negativas evidenciam pensamentos comuns aos usuários de drogas, tais como:

Quadro 3. Cartas positivas e negativas.

Número	Cartas Positivas	Cartas Negativas
1	Estou aprendendo a enfrentar os meus problemas de cara limpa!	Existem situações que tem tudo a ver com drogas: festas, shows...
2	Depois que eu parei de usar drogas algumas coisas na minha vida mudaram para melhor!	Quando eu uso drogas me sinto bem!
3	Agora estou podendo ver que nem sempre as coisas são tudo ou nada.	Eu paro na hora que quiser, só que ainda não estou com vontade.
4	Não sou tão ruim assim... tenho meus pontos positivos.	Eu fico muito chato quando estou de cara.
5	Quando me dou conta do que me faz usar drogas tenho menos chance de recair.	A única forma de eu me enturmar é usando drogas.
6	Quando eu consigo pensar antes, me saio melhor!	As drogas fazem eu esquecer os meus problemas.
7	Quando eu sinto que não conseguirei dizer não, decido não sair com meus amigos.	Quando estou triste, nervoso, ou sozinho, as drogas me fazem sentir melhor.
8	Quando me lembro de como me sinto mal depois que uso drogas me dou conta que não vale a pena.	Quando meus amigos me oferecem, não consigo dizer não.
9	Posso planejar evitar o uso de drogas com a ajuda do meu terapeuta.	Eu não sei o que acontece: quando eu me dou conta, estou usando drogas de novo!
10	Posso ficar sem usar drogas com o auxílio de alguma pessoa.	Não é que eu queira usar drogas é que a fissura é muito forte...
11	Sei que ainda posso me esforçar para tentar parar de usar drogas.	Muitas vezes a droga é mais forte que eu.
12	Me dei conta que não é tão fácil controlar meu uso de drogas.	Se eu largar as drogas eu vou ficar com fissura e meu corpo vai sentir falta.
13	Já tive vontade, mas não consegui não usar drogas quando... (complete)	Não vale a pena largar as drogas porque me sinto um fracasso quando recaio.
14	Acho que pensar sobre o meu uso de drogas está me ajudando a... (complete)	Agora não adianta parar: eu já me detonei com as drogas.

justificativas sociais do uso de drogas ("a única forma de eu me enturmar é usando drogas"), questões relacionadas a automedicação através do uso de drogas ("as drogas me fazem eu esquecer os meus problemas"), e fissura ("muitas vezes a droga é mais forte que eu"). Essas condutas vão desde a negação do problema,

colocando a responsabilidade em questões externas, até a percepção de que a droga ocupa uma função similar à automedicação ou à socialização. As últimas cartas também trazem questões relacionadas à fissura e as expectativas negativas em relação à abstinência. As cartas negativas e positivas se encontram no Quadro 3:

Instruções da técnica

Para testar a mecânica proposta para a intervenção, foi realizado um estudo-piloto com 20 pacientes ambulatoriais do mesmo centro de tratamento onde ocorreram os grupos focais da fase 2. A média de idade dos sujeitos foi de 19,1 anos (DP=1), e o grupo compunha-se de 16 homens e de quatro mulheres. Metade desses pacientes foi exposta à técnica experimental e metade foi exposta a um jogo controle intitulado "O jogo da vida"³. A aplicação foi feita em grupos com três ou quatro sujeitos e os jovens eram designados randomicamente para cada grupo. Os grupos foram coordenados por uma psiquiatra e uma terapeuta ocupacional com mais de 10 anos de experiência em saúde mental, tendo duração de 45 minutos. Foram aplicadas duas escalas: SOCRATES (Miller, 1995) para avaliar as mudanças na motivação para cessar o consumo de drogas, e Balança Decisinal (Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985)

com o objetivo de avaliar possíveis modificações na percepção das vantagens e desvantagens em relação ao uso de drogas. As escalas eram aplicadas por estudantes de Medicina e de Psicologia antes e imediatamente após a realização dos grupos.

Os resultados desse estudo-piloto indicaram não haver mudança intragrupos, pré vs. pós grupo, e nem entre grupos, controle vs. experimental. Esses dados permitiram concluir que, para haver algum efeito em uma doença grave e crônica, como a dependência química, seria necessário aumentar a "dose" da intervenção e diminuir a variabilidade do estudo. Com isto queremos dizer que, durante uma única sessão nem todas as cartas eram apresentadas, em função do tempo, e nem todos os sujeitos do grupo participavam. Dessa forma, desenvolveu-se uma nova intervenção constituída por três sessões individuais de 45 minutos cada, em que todas as cartas eram apresentadas pelo menos uma vez. As instruções da intervenção foram elaboradas por quatro terapeutas familiarizados com o jogo. Essa fase do estudo foi submetida à apreciação da comunidade científica em eventos nacionais e internacional (Williams & Pechansky, 2004a; Williams & Pechansky, 2004b; Williams & Pechansky, 2004c) e o feedback positivo dessa comunidade reforçou a importância de desenvolver uma técnica para jovens usuários de drogas que fosse, ao mesmo tempo, lúdica e terapêutica.

Na sua versão atual, o jogo é executado da seguinte forma: durante a primeira sessão, as cartas negativas são apresentadas uma de cada vez, de acordo com a sequência elaborada no estudo. O paciente é convidado a refletir a respeito das

assertivas, uma a uma, sendo questionado se aquele pensamento já lhe ocorreu e o que ele pensa a respeito daquela situação. Após responder, o paciente tenta buscar uma estratégia de enfrentamento dentro do leque de opções oferecido nas cartas positivas para solucionar aquela situação. Assim, o paciente forma pares de cartas negativas (crenças disfuncionais) com cartas positivas (estratégias de enfrentamento). Um exemplo de combinação seria, para a carta negativa "as drogas fazem eu esquecer os meus problemas", o paciente escolher a carta positiva "quando me lembro de como me sinto mal depois que uso drogas, me dou conta que não vale a pena". A combinação entre cartas negativas e positivas não é fixada pelo terapeuta, ficando a critério do paciente escolher as respostas de enfrentamento que lhe parecem apropriadas. O benefício dessa flexibilidade está na possibilidade de o terapeuta examinar criticamente com o paciente o tipo de escolha realizada, bem como outras opções.

A quantidade de cartas positivas e negativas utilizadas varia de acordo com a sessão. A primeira sessão é iniciada apresentando as sete primeiras cartas negativas, e no fim do jogo, o terapeuta oferece sete cartas positivas, aleatoriamente, para o paciente formar pares com as situações nas cartas negativas. Na segunda sessão, são apresentadas as cartas negativas, de 8 a 14, e são oferecidas todas as cartas positivas para o paciente formar as combinações. Na terceira sessão, são apresentadas todas as cartas negativas, de 1 a 14, e é solicitado ao paciente que escolha as cartas com cujas assertivas ele mais se identifique

ou sobre as quais ele pense mais. As assertivas escolhidas pelo paciente são exploradas uma a uma pelo terapeuta, que irá oferecer todas as cartas positivas para a solução das situações. Adicionalmente, na terceira sessão é oferecida a possibilidade de o paciente escrever as suas próprias cartas positivas, pensando em estratégias de enfrentamento específicas para o seu caso. Ao final da sessão, o paciente leva as cartas que ele mesmo criou e poderá utilizá-las como cartões-lembrete.

Recomenda-se que o aplicador da técnica seja um profissional da área da Saúde, que trabalhe com dependência química, com algum treino em terapia cognitiva comportamental e prevenção de recaída. Espera-se que o aplicador assuma uma postura motivacional, apoiando-se nas técnicas da Entrevista Motivacional fundamentadas na teoria de Miller, principalmente no que compete a evitar confrontação, desenvolver discrepância, fluir com a resistência, estimular a auto-eficácia e a expressar empatia frente ao paciente (Miller & Rollnick, 1991).

Discussão dos Resultados

Este artigo teve como objetivo descrever o desenvolvimento e a base teórica utilizada na confecção de um jogo de cartas para adolescentes usuários de drogas. A meta foi apresentar a metodologia empregada nas diferentes fases necessárias para a estruturação de uma nova técnica que pretende ser somada ao atual leque de abordagens utilizadas para auxiliar os pacientes a cessarem o uso de drogas.

O desenvolvimento de um jogo terapêutico baseando-se em

modelos teóricos já consagrados de tratamento, somado a uma metodologia científica rigorosa, permitiu a elaboração de uma técnica que parece ser dinâmica e atrativa para a população jovem. O processo de desenvolver um jogo de cartas que permita aumentar as chances de mudar o comportamento de uso de drogas por adolescentes abrange muitos elementos e exige uma metodologia cuidadosa. Durante todo o curso de desenvolvimento do jogo, buscou-se empregar uma linguagem que correspondesse ao máximo à utilizada por adolescentes usuários de drogas de todos os estratos socioeconômicos e culturais. A determinação da sequência de apresentação das cartas para o paciente seguiu uma ordem motivacional baseada nos Estágios de Mudança e oportunizou o desenvolvimento de uma atmosfera não-confrontadora, ideal para se trabalhar com adolescentes usuários de drogas. Também a avaliação do conteúdo foi eficiente em confirmar que a técnica estava calcada em uma base teórica apropriada. Nutre-se a expectativa de que essa técnica possa ser utilizada para os devidos fins terapêuticos, como em ambulatórios, internações psiquiátricas e postos de saúde, podendo ser adaptada futuramente para um formato de grupo. A realização do estudo-piloto propiciou fazerem-se as necessárias adequações no nível de compreensão da maioria dos jovens. Além disso, foi possível observar que o jogo seria mais eficiente se empregado em três sessões individuais. A técnica, no seu formato atual, permite que o paciente trabalhe situações comuns a outros pacientes usuários de drogas nas cartas,

bem como situações específicas do seu contexto de vida, em especial, na terceira sessão, quando o paciente escolhe as cartas com as quais se identifica e pode escrever cartas positivas que lhes sejam adequadas e úteis. Estudos futuros são necessários para identificar a eficácia do jogo, a curto e a longo prazo, além de investigar quais os pacientes que se beneficiarão desta técnica. Um ensaio clínico poderia examinar se a diminuição do uso de drogas é devida à técnica utilizada como parte do tratamento ou se aconteceria naturalmente. Isso produziria dados a partir dos quais se poderiam identificar os efeitos da intervenção específicos. Estudos adicionais deverão ser desenhados considerando uma amostra representativa de jovens usuários de drogas, incluindo meninos e meninas, de diferentes níveis socioeconômicos e educacionais. Os dados daí coligidos poderão fornecer uma visão mais clara do efeito do jogo no processo de mudança do comportamento aditivo nessa população. Adolescentes já estão tentando parar com o uso de drogas ou que estão abstinentes poderão responder diferentemente daqueles que ainda não estão considerando mudar esse comportamento (Pré-contemplação). Frente aos dados epidemiológicos, faz-se importante salientar que adolescentes usuários de drogas, quando não tratados, provavelmente, continuam a fazer uso delas quando adulto – esse fato deve servir de motivação e de incentivo para que estudos, como o apresentado neste artigo e os já sugeridos, sejam apoiados e executados.

Referências

- Beck, J. S. & Bruce, S. L. (1998). *Cognitive Therapy*. Em R. J. Frances & S. I. Miller (Orgs.), *Clinical Textbook of Addictive Disorders* (2a ed., pp. 547-573). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Publications.
- Burleson, J. A. & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviour*, 30, 1751-1764.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babar, T., Donaldson, J., Liddle, H., Titus, J. C., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N. & Funk, R. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 197-213.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviour*, 7, 133-142.
- Duncan, T. E., Duncan, S. C., Beauchamp, N., Wells, J. & Ary, D. V. (2000). Development and evaluation of an interactive CD-ROM refusal skills program to prevent youth substance use: "refuse to use". *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 59-72.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Hubbard, R. L., Hsieh, S. C., Fletcher, B. W., Brown, B. S. & Anglin, M. D. (2001). An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, 58, 689-695.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A. & Goldberger, R. (2002). Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 737-745.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. (1995). *SOCRATES The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (Version 8)*. Albuquerque: University of New Mexico.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Myers, M. G. & Brown, S. A. (1996). The Adolescent Relapse Coping Questionnaire: psychometric validation. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 40-46.
- Oliveira, M., Jaeger, A. & Schreiner, S. (2003). *Abordagem Terapêutica no Tratamento da Dependência Química*. Em R. M. Caminha, W. Ricardo, M. Oliveira & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Teoria e Prática* (pp. 193-209). São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Pechansky, F. (1999). Card games for drug users at risk for HIV transmission: a complementary approach to developing motivation and coping skills. Trabalho apresentado em Reunião Anual (Annual Meeting) da 23rd AMERSA National Conference, Alexandria.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Fava, J. L., Rossi, J. S. & Tsoh, J. Y. (2001). Evaluating a population-based recruitment approach and a stage-based expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviour*, 26, 583-602.
- Schall, V., Monteiro S., Rebello, S. & Torres M. (1999). Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an entertaining educational toll for HIV/AIDS prevention. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 107-119.
- Stark, M. J., Tesselar, H. M., O'Connell, A. A., Person, B., Galavotti, C., Cohen, A. & Walls, C. (1998). Psychosocial factors associated with the stages of change for condom use among women at risk for HIV and STDs: implications for intervention development. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 967-978.
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Williams, A. V. & Pechansky, F. (2004a). O Jogo da Escolha: Uma técnica psico-educacional para habilidades de enfrentamento de situações de risco em adolescentes usuários de drogas. Trabalho apresentado em Reunião Anual (Annual Meeting) da XXII Jornada Sul Rio-grandense de Psiquiatria Dinâmica, Porto Alegre.
- Williams, A. V. & Pechansky, F. (2004b). O Jogo da Escolha: Uma técnica psico-educacional para habilidades de enfrentamento de situações de risco em adolescentes usuários de drogas. Trabalho apresentado em Reunião Anual (Annual Meeting) do XI Congresso da Associação Brasileira de Estudos de Alcool e Outras Drogas, São Paulo.
- Williams, A. V. & Pechansky, F. (2004c). The Choice Game: a psycho-educational technique for coping with risk situations in adolescents drug users. Trabalho apresentado em Reunião Anual (Annual Meeting) da NIDA International Forum, San Juan, Porto Rico.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization.

22

OUT

2011

Adolescência e drogas

09:00

CONFERÊNCIA DE ABERTURA

DESENVOLVIMENTO BIOPSIKOSSOCIAL NA ADOLESCÊNCIA

MARIA DE FÁTIMA RATO PADIM

DOUTORANDA PELA
UNIAD | UNIFESP;
PESQUISADORA DO INPAD;
COORDENADORA DO
ALAMEDAS

10:30

CAFEZINHO

11:00

CONFERÊNCIA

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**DR. LÉLIO FERRAZ DE SIQUEIRA
NETO** PROMOTOR DE

JUSTIÇA | COORDENADOR
DA ÁREA DE INFÂNCIA E
ADOLESCÊNCIA

12:30

COFFEE BREAK

13:15

CONFERÊNCIA

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA ADOLESCÊNCIA E FARMACOLOGIA

PROF. DR. SANDRO MITSUHIRO

COORDENADOR E
PESQUISADOR DO INPAD

14:30

CONFERÊNCIA

REABILITAÇÃO COGNITIVA E REINserÇÃO SOCIAL NA ADOLESCÊNCIA

CLÁUDIA SALGADO

ESPECIALISTA EM
DEPENDÊNCIA QUÍMICA
PELA UNIAD | UNIESP;
PSICÓLOGA DO ALAMEDAS

15:30

TÉRMINO

SEMINÁRIOS AVANÇADOS
DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA: LÍGIA BONACIM DUAILIBI E MARCELO RIBEIRO

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA: MARCELO RIBEIRO

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS * UNIAD | UNIFESP

ADOLESCÊNCIA & DROGAS

ANFITEATRO NYLCEO MARQUES DE CASTRO

Rua Botucatu, 740 | Edifício da Reitoria | Subsolo

RESERVAS ATÉ A ÚLTIMA QUINTA-FEIRA ANTES DO EVENTO NA SECRETARIA DA UNIAD

11 - 5575.1708 (COM EDELAINE) OU POR E-MAIL: contato@uniad.org.br

NO ÚLTIMO SÁBADO DE CADA MÊS UM TEMA RELACIONADO AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS É DEBATIDO EM PROFUNDIDADE POR PROFISSIONAIS E DOCENTES DA UNIAD, EM PARCERIA COM SERVIÇOS VINCULADOS À UNIFESP, A OUTRAS UNIVERSIDADES OU A SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NO CAMPO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E DE ÁREAS CORRELATAS.

Rcedq

REVISTA do curso de especialização em dependência química

Rua Borges Lagoa, 570 8º andar conjunto 82 Vila Clementino 04038-030

Telefone & Fax: 11 - 5084.3001 | 5571.0493

cursos@uniad.org.br

www.uniad.org.br



INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS
PÚBLICAS DO ÁLCOOL E DROGAS |
INPAD

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E
DROGAS | UNIAD



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO
PAULO | UNIFESP