

Motivação e mudança: de Sísifo a Heráclito¹

Nuno Faleiro Silva*

Resumo:

Este artigo visa estabelecer a relação entre a motivação e as fases de mudança do comportamento em sujeitos com dependência de álcool. São descritas as diferentes fases do processo de mudança comportamental em associação com as técnicas motivacionais mais adequadas que visam a maturação motivacional.

Palavras-chave: Estádios de Mudança; Entrevista Motivacional; Prevenção de Recaídas.

Motivation and Change: From Sisyphus to Heraclitus

Abstract:

The present paper provides a description of the relation between motivation and the stages of behaviour change in subjects with alcohol dependence. The different stages of change and their association with the motivational techniques used to promote change are described.

Keywords: *Stages of Change; Motivational Interviewing; Relapse Prevention.*

Sísifo, personagem da mitologia grega, foi condenado pelos deuses do Olimpo a carregar uma enorme pedra da base até ao cimo de uma montanha e assim que atingia o topo, empurrava a carga para o sopé, retomando a tarefa do início.

A tarefa de Sísifo materializa a experiência da repetição, o encontro entre o princípio e o fim. É nesta acepção simbólica que pensamos ser útil a transposição da ilustração mitológica para a realidade clínica do tratamento de doentes alcoólicos, uma vez que a tarefa de recuperação (alicerçada na aliança de trabalho entre a equipa técnica e o utente) foi frequentemente entendida como um trabalho de Sísifo, um trabalho marcado por uma difícil repetição, a recaída, entendida como o retorno ao ponto de partida.

A prevenção das recaídas foi assim considerada uma prioridade terapêutica a partir do momento em que o alcoolismo foi definido como uma condição crónica e por essa razão, os modelos de tratamento têm dedicado uma atenção especial à manutenção/estabilização da abstinência. Muitos têm sido os esforços de compreensão deste problema e as propostas de intervenção que visam interromper a sua natureza cíclica, promovendo uma mudança profunda no plano do comportamento e do funcionamento mental destes doentes.

A intervenção psicológica, a nível da prevenção das recaídas em pacientes alcoólicos tem sido articulada em torno de três eixos: em primeiro lugar, a compreensão dos processos de mudança; em segundo lugar, o desenvolvimento de técnicas de intervenção que visam a maturação motivacional; e por fim, a compreensão do processo de recaída e o aperfeiçoamento de técnicas que têm como objectivo a sua prevenção.

Este trabalho irá centrar-se essencialmente sobre as duas primeiras linhas de investigação, motivação e mudança, articuladas sob o pano de fundo da prevenção de recaídas.

De acordo com Prochaska, J.; DiClemente, C. & Norcross, J. (1992)¹, autores que estudaram profundamente os processos de mudança comportamental no âmbito das condutas aditivas, o percurso terapêutico assemelha-se a um processo que engloba diferentes fases, sendo que cada uma destas etapas representa o estado subjectivo do indivíduo relativamente à mudança. Este modelo, também denominado Transteórico porque se pretende descritivo e isento de pressupostos teóricos ou etiológicos, descreve a sequência de fases que constitui o processo de mudança. Neste sentido, o foco situa-se menos nas causas do comportamento aditivo do que no modo como ocorre a mudança comportamental, tanto em ambiente natural como em contexto terapêutico.

Deste modo, na fase de Pré-Contemplação, os indivíduos não possuem consciência crítica acerca da existência de um padrão problemático de consumo e, por essa razão, não se encontram motivados para realizar alterações no seu comportamento. Poderão manter-se nesta fase indefinidamente, quer devido ao desconhecimento das consequências lesivas do consumo, quer por insuficiente confiança na sua capacidade de mudar.

Quando os sujeitos começam a problematizar o padrão de consumo, colocando a

possibilidade de transformação, entram na fase de Contemplação. É neste período que emerge a ambivalência conduzindo-os a uma ponderação das vantagens e desvantagens do consumo e da abstinência. Não é rara a permanência nesta fase do processo de mudança durante longos períodos de tempo devido a uma estagnação nos processos de decisão, motivada pela excessiva ambivalência (contempladores crónicos).

Os indivíduos atingem o denominado estágio de Preparação quando a ponderação dos benefícios da mudança desejada é superior à percepção das desvantagens, iniciando-se um processo de compromisso com a mudança concreta do comportamento. Nesta fase, os indivíduos começam a estabelecer objectivos e a organizar um plano para os atingir.

A implementação do plano de acção marca o início do estágio de Actuação onde se procura materializar a mudança comportamental. É uma fase activa de transformação do comportamento e da relação com o meio envolvente na qual a utilização dos recursos disponíveis e a resolução de possíveis obstáculos desempenham um papel preponderante.

O estágio de Manutenção é caracterizado pela consolidação dos objectivos atingidos e pela prevenção da recorrência dos comportamentos modificados.

O retorno ao padrão de consumo impõe uma avaliação do processo de recaída e dos seus possíveis determinantes com o objectivo de

retomar um percurso terapêutico assente na aprendizagem pela experiência. A recaída é, deste modo, entendida como uma manifestação de ambivalência residual face à abstinência, ou seja, a existência de expectativas positivas relativamente ao consumo e/ou a insuficiente internalização de mecanismos de protecção (assertividade, regulação dos afectos, tolerância à frustração, etc...). A elaboração da ambivalência constitui o objectivo fundamental da intervenção motivacional.

Intervenção Motivacional

A motivação tem sido a variável intrapsíquica mais associada ao sucesso terapêutico, constituindo-se como ingrediente fundamental para a realização de mudanças estáveis.

No campo do tratamento da dependência de álcool têm sido identificados dois importantes obstáculos que se interpõem no percurso de recuperação deste indivíduos: por um lado, a negação da natureza patológica e patologizante do consumo, por outro, a ambivalência excessiva, sendo que estas características assumem um papel determinante quer na adesão a um plano de tratamento, quer na manutenção da abstinência.

No âmbito do tratamento, assume-se como central a noção de ambivalência que se refere, de um modo geral, à coexistência, no mesmo indivíduo, de posições opostas face a um mesmo objecto/objectivo. O nível de motivação constitui a expressão

da intensidade das forças em conflito: se o consumo de álcool está exclusivamente vinculado a expectativas positivas, então o indivíduo encontra-se numa fase de pré-contemplação (ou pré-ambivalente); se as desvantagens excedem as vantagens do consumo, o sujeito tenderá para iniciar um processo de mudança.

A entrevista motivacional foi desenvolvida como “um estilo directivo, centrado no cliente com o objectivo de promover a mudança comportamental através da exploração e resolução da ambivalência”². Deste modo, a motivação, outrora encarada como um pré-requisito para o tratamento, uma qualidade intrapsíquica, passa a ser considerada como um atributo influenciável pelo tratamento, comprometendo a equipa terapêutica no processo de maturação motivacional.

A entrevista motivacional baseia-se num conjunto de propostas terapêuticas, das quais destacamos:

- A sintonização empática: refere-se à capacidade de compreensão da situação do sujeito a partir da sua perspectiva, sem incorrer em juízos de valor, a uma postura crítica ou à indução de culpabilidade; a motivação é concebida assim como influenciável pelo estilo relacional do técnico, sendo que a investigação indica que um estilo confrontativo promove muitas vezes a resistência ao tratamento comparativamente a um estilo empático, de suporte³.

- O favorecimento da dissonância cognitiva como motor da mudança. A existência de uma contradição entre o comportamento presente e os objectivos desejados poderá conduzir a uma alteração de uma das partes em conflito de modo a restaurar a sensação de coerência interna.

- A responsabilidade relativamente à mudança é colocada explicitamente no doente, de modo a estimular a percepção de um locus de controlo interno; sublinha-se assim o direito do doente realizar as suas escolhas embora estas sejam feitas de um modo informado, privilegiando-se o estabelecimento progressivo de objectivos concretizáveis, de modo a aumentar o sentimento de auto-eficácia/auto-estima.

Com base nestes princípios foram desenvolvidos um conjunto de técnicas⁴ que visam a melhor combinação possível entre a posição do paciente no processo de mudança e as intervenções que favoreçam a evolução motivacional de cada indivíduo.

Assim, em indivíduos situados numa fase de Pré-contemplação, a ausência de problematização exige, do ponto de vista técnico, o estímulo à reflexão, a tomada de consciência dos riscos associados ao consumo e das suas consequências possíveis, uma vez que só poderemos encontrar soluções quando existem problemas.

Não sendo rara a aproximação destes indivíduos, às instituições que oferecem tratamen-

to especializado, motivados pela pressão de factores externos significativos (cônjuges ou familiares, empregadores, sistema judicial, etc.) propõe-se a exploração da discrepância entre a percepção do sujeito e a de outros significativos. Nesta fase, estimula-se o reconhecimento do impacto do consumo quer a nível individual, quer a nível das relações significativas.

Na fase de Contemplação, a tarefa central prende-se com o favorecimento da discrepância existente entre o comportamento presente e os objectivos pretendidos de modo a incrementar os processos de tomada de decisão. A análise de uma balança decisional⁵ permite ao paciente compreender quer as desvantagens do consumo, quer o peso relativo (a curto prazo) das vantagens atribuídas ao consumo. A análise da balança decisional possibilita ainda, numa fase posterior, a compreensão da função psicológica do consumo através da exploração das vantagens do mesmo (p.e.: uma função ansiolítica, anti-depressiva, etc...) permitindo assim detectar a presença de sintomas de co-morbilidade psiquiátrica associada. O consumo de álcool é então encarado como a procura de uma solução (desadaptativa) para certos estados subjectivos sendo que esta reformulação poderá valorizar a parte saudável do sujeito (entendido como um indivíduo activo em busca de soluções eficazes) em detrimento de uma auto-imagem desvalorizada (p.e.: o consumo como forma de auto-destruição).

A valorização do sujeito implica também a atribuição de uma importância central às mudanças bem sucedidas (p.e.: a iniciativa de procurar uma consulta de especialidade) assim como ao privilégio das motivações intrínsecas em detrimento das motivações externas.

Outra técnica utilizada em indivíduos que se encontram nesta fase prende-se com a diminuição da impulsividade com base na estimulação da reflexão acerca das consequências futuras do consumo. A utilização de paisagens futuras,⁶ nas quais colocamos os pacientes de dois modos distintos: por um lado, se prosseguirem o consumo, por outro, se permanecerem abstinente, visa a antecipação das consequências lesivas e a diminuição dos mecanismos de actuação, acting-out, que representam a falência dos processos de previsão.

Na fase de Preparação, o acento tónico é colocado no estabelecimento de objectivos determinados, a par da informação prestada ao sujeito acerca da multiplicidade de intervenções disponíveis (por exemplo: o internamento para desabitação, o acompanhamento psiquiátrico regular, a frequência de grupos de auto-ajuda, a possibilidade de optar por um acompanhamento psicológico individualizado, a integração em grupos de prevenção de recaídas, etc...) de modo a estabelecer um plano de acção sustentado numa rede de suporte terapêutico e social alargada. Nesta fase, é de especial importância antecipar a

existência de possíveis obstáculos, procurando, na relação com o indivíduo e tomando-o como fonte das soluções, criar um leque diversificado de alternativas de resolução.

As fases seguintes, de Acção e de Manutenção solicitam da parte da equipa técnica um acompanhamento de proximidade de modo a antecipar situações de eventual risco de recaída⁷ e desenvolver estratégias de superação⁸. Um aspecto central na manutenção da abstinência prende-se com a inevitável alteração do estilo de vida através do envolvimento em actividades recreativas, reabilitação ocupacional, profissional, etc... áreas profundamente afectadas pela história do consumo.

Decorre desta exposição, a necessidade de sintonização das intervenções terapêuticas com o posicionamento do indivíduo no processo de mudança. A título de exemplo, salientamos o insuficiente benefício terapêutico (e o grau de adesão) que um sujeito situado numa fase de pré-contemplação poderá usufruir de uma intervenção no âmbito da prevenção de recaídas. Consideramos que a combinação mais ajustada entre as necessidades do utente e a resposta terapêutica, poderá potenciar a qualidade da intervenção prestada, contribuindo para uma diminuição do número de recaídas.

Deste modo, em contraste com o paradigma de Sísifo, o modelo denominado Transteórico propõe um percurso em espiral progressiva onde a recorrência do consumo não representa necessariamente uma regressão *ab initio*

mas constitui-se como uma vicissitude de um processo de aprendizagem pela experiência vivida (integração dos sucessos e reavaliação dos insucessos). Parafrazeando Heráclito “nunca se poderá tomar banho (duas vezes) na mesma água do mesmo rio”.

Bibliografia:

1. Prochaska, J., DiClemente, C.; Norcross, J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*. 1992. vol.47, pp.1102-1114.
 2. Miller, W. Motivational Interviewing: Research, Practice, and Puzzles. *Addictives Behaviors*. 1996. vol.21, nº6, pp.835-842.
 3. Miller, W. and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York. The Guilford Press.1991.
 4. Center for Substance Abuse Treatment. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, Number 35. Washington, DC: U.S.Government Printing Office.1999.
 5. Velicer, W.; Prochaska, J., DiClemente, C.; Bradenburg, N. Decisional Balance Measure for Assessing and Predicting Smoking Status. *Journal of Personality and Social Psychology*.1985.vol.48, nº5, pp1279-1289.
 6. Soares, A. Uma Proposta Integrativa na Terapia Cognitiva da Toxicodependência. *Toxicodependências*. 2001.vol. 7, nº2, pp.29-49
 7. Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Orgs.). *Prevenção de Recaída: Estratégia e Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.1993.
 8. Velasquez, M. & al.*Group Treatment for Substance Abuse: a stages of change therapy manual*. New York. The Guilford Press. 2001.
- Monti, P., Kadden, R., Rohsenow, D., Cooney, N., Abrams, D. *Treating Alcohol Dependence. A Coping Skills Training Guide (2nd Edition)*. New York. The Guilford Press. 2002.