

A recaída tem sido descrita tanto como um resultado – a visão dicotômica de que a pessoa está doente ou bem – e um processo – abrangendo qualquer transgressão na mudança de comportamento. As origens do termo recaída derivam de um modelo médico, indicando o retorno a um estado de doença após um período de remissão, mas esta definição tem sido diluída e aplicada a vários comportamentos. Na atualidade, os conhecimentos teóricos e clínicos desenvolvidos pelo Dr. Alan Marlatt, junto com seus colaboradores, no Centro de Pesquisa de Comportamentos Adictivos na Universidade de Washington têm acrescentado muito para aqueles profissionais que se propõem a militar nessa área. Muito do que vamos estudar é oriundo de suas publicações ou de revisões sobre as mesmas.

O principal objetivo da **PREVENÇÃO DE RECAÍDA (PR)** é tratar o problema da recaída e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência. Baseada em uma estrutura cognitivo comportamental, a **PR** busca identificar situações de alto risco, em que um indivíduo é vulnerável à recaída, e usar estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais para prevenir futuras recaídas em situações similares. A **PR** pode ser descrita como uma estratégia de prevenção com dois objetivos específicos:

- 1.** Prevenir um **lapso** inicial e manter a abstinência.
- 2.** Proporcionar o manejo do lapso quando de sua ocorrência, a fim de prevenir uma recaída. O objetivo fundamental é proporcionar habilidades de prevenção de uma recaída completa, independentemente da situação ou dos fatores de risco iminentes.

## MAS O QUE É LAPSO?

O lapso é um breve momento de retorno ao comportamento anterior. É altamente provável quando os indivíduos tentam mudar o comportamento problema. Um resultado possível, seguindo o revés inicial, é o retorno ao padrão de comportamento disfuncional anterior, aí então temos a recaída. Outro resultado possível é o indivíduo “voltar” à direção da mudança positiva. Independentemente de como se define a recaída, uma interpretação geral das pesquisas de psicoterapia de vários transtornos de comportamento revela que a “recaída” pode ser o denominador comum no tratamento de problemas psicológicos. Ou seja, a maioria dos indivíduos que faz uma tentativa de mudar o próprio comportamento em um determinado objetivo (por exemplo, perder peso, reduzir a hipertensão, parar de fumar, etc) experimenta lapsos que freqüentemente conduzem à recaída. Os indivíduos que optam por ceder podem ser vulneráveis ao **“Efeito de Violação da Abstinência” (EVA)**, que é a auto responsabilização, a culpa e a percepção da perda de controle muitas vezes vivenciada pelos indivíduos após a violação de regras auto impostas. O EVA contém um componente afetivo e um componente cognitivo. O componente afetivo está relacionado a sentimentos de culpa, vergonha e desesperança com freqüência desencadeados pela discrepância entre sua identidade anterior como um abstêmio e seu atual comportamento de lapso. O componente cognitivo, baseado na teoria da atribuição, supõe que, se o indivíduo atribui um lapso a fatores internos, globais e incontroláveis, aumenta o risco de recaída. Entretanto, se o indivíduo encara o lapso como externo, não estável e controlável, então a probabilidade de recaída diminui.

## O MAPA DA RECAÍDA

A **PR** combina o treinamento de habilidades comportamentais com intervenções cognitivas destinadas a prevenir ou limitar a ocorrência de episódios de recaída. O tratamento de **PR** começa com a avaliação dos potenciais riscos interpessoais, intrapessoais, ambientais e fisiológicos de recaída e os fatores ou situações que podem precipitá-la. Unindo tudo isso, terapeuta e paciente podem trabalhar juntos no desenvolvimento de **“mapas de recaída”**, que são análises de possíveis resultados que podem ser associados a diferentes escolhas em situações de alto risco. O mapeamento de possíveis cenários auxilia a preparar os pacientes a lidar com as situações e usar respostas de enfrentamento apropriadas.

O exercício de identificar e ensaiar possíveis situações de alto risco e estratégias de enfrentamento efetivas destina-se a melhorar a auto-eficácia do paciente e prevenir a incidência de um lapso.

Todos nós encontrar maneiras de lidar com situações de risco ou de “stress”. As respostas se tornam mecanismos de adaptação, que podem ou não ser eficazes ou inofensivos. Seguem exemplos:

### Respostas positivas de enfrentamento

- Ouvir música
- Brincar com um animal de estimação
- Rir ou chorar
- Sair com um amigo em recuperação (shopping, cinema, restaurante)
- Tomar um banho
- Escrita, pintura ou outra atividade criativa.
- Prece ou meditação
- Exercício físico ou ficar ao ar livre para desfrutar da natureza.
- Discutir as situações com um amigo
- Jardinagem ou fazer reparos em casa
- Praticar a respiração profunda

## Respostas negativas de enfrentamento

- Criticar a si mesmo demasiadamente
- Dirigir rápido em um carro
- Roer as unhas
- Tornar-se agressiva ou violenta (bater em alguém, atirar ou chutar alguma coisa)
- Comer demais ou muito pouco
- Beber muito café
- Gritar com o seu cônjuge, filhos ou amigos.
- Evitar o contato social

## DETERMINANTES DO LAPSO E DA RECAÍDA

### Determinantes intrapessoais

#### Auto-eficácia

A auto-eficácia é definida como o grau de confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um determinado comportamento em um contexto específico.

#### Expectativas de resultado

As expectativas de resultado quanto ao uso de drogas referem-se à antecipação dos efeitos que um indivíduo espera obterem consequência do consumo de álcool ou droga. As expectativas de um indivíduo podem relacionar-se aos efeitos físicos, psicológicos ou comportamentais do álcool, e os efeitos esperados não correspondem necessariamente aos efeitos reais vivenciados após o consumo. Por exemplo, um indivíduo pode esperar se sentir mais relaxado (físico), mais feliz (psicológico) e mais sociável (comportamental) depois de ingerir álcool, mas a experiência real do indivíduo pode incluir tensão aumentada (físico), tristeza (psicológico) e retraimento (comportamental).

### □ **Motivação**

**“O caminho comum e final para o uso do álcool é motivacional”.**

Essa idéia ligava-se inerentemente à idéia de expectativas positivas sobre os efeitos do álcool, como descrito pela teoria da expectativa, mas é também estimulada a noção de que a motivação para beber constitui componente chave preditiva da mudança de comportamento. A motivação pode se relacionar ao processo de recaída de duas maneiras distintas: a motivação para a mudança de comportamento positiva e a motivação ao envolvimento em comportamento-problema.

### □ **Enfrentamento**

Com base no modelo cognitivo-comportamental de recaída, o preditor mais importante de recaída é a capacidade do indivíduo de utilizar estratégias de enfrentamento efetivas ao lidar com situações de alto risco. O enfrentamento inclui tanto estratégias cognitivas quanto comportamentais destinadas a reduzir o risco ou conseguir gratificação em uma dada situação.

### □ **Estados emocionais**

O uso excessivo de substâncias é motivado pela regulação afetiva, tanto positiva quanto negativa.

O uso de substâncias é com freqüência um reforço para os pacientes, levando o indivíduo a se envolver mais profundamente no futuro. Muitas vezes o uso de substâncias proporciona reforço negativo via a melhora de um estado afetivo desagradável, como sintomas físicos de abstinência. Estudiosos descobriram que os adictos de cocaína apresentam solidão (62,1%), depressão (55,8%), tensão (55,8%) e raiva (40%) no dia de uma recaída; uma percentagem menor da amostra apresentou um extremo bem estar (37,9%) e excitação (33,7%).

## □ **Fissura**

A fissura é possivelmente o conceito mais amplamente estudado e o menos entendido no estudo da adicção de droga. Pacientes, clínicos e pesquisadores com frequência descrevem a fissura como um terrível adversário na recuperação e contribuidora para a persistência dos transtornos adictivos. A história da pesquisa sobre a fissura de álcool remonta a 1955, onde foram descritos tanto os tipos de fissuras físicas (indicados por sintomas de abstinência) quanto psicológicos (relacionados a expectativas de resultado e a premência). Posteriormente, a fissura foi associada com uma perda de controle e com a incapacidade de se abster do álcool. Acredita-se como possível dentro do modelo cognitivo comportamental, que a experiência subjetiva da fissura não é preditiva de recaída, mas os mecanismos subjetivos e correlatos da fissura são preditivos de recaída.

### Determinantes Interpessoais

## □ **Apoio Social**

Além das influências intrapessoais descritas anteriormente, o apoio social desempenha um papel fundamental como determinante interpessoal de recaída. O apoio social positivo é extremamente preditivo dos índices de abstinência de longo prazo em vários comportamentos adictivos. Similarmente, o apoio social negativo, na forma de conflito interpessoal, e a pressão social para o uso de substâncias têm sido relacionados a um risco maior de recaída. A pressão social pode ser direta, quando os pares tentam convencer o sujeito a usar uma substância, ou indireta, através do modelo (por exemplo, um amigo pede uma bebida no jantar) e/ou da exposição ao gatilho (por exemplo, amigos que têm os objetos para o uso da droga em casa). Também se observa que o tamanho da rede social e a percepção da qualidade do apoio social são preditores da recaída. Do mesmo modo, os traços de personalidade antissocial que tendem a impedir relacionamentos sociais positivos são com frequências associados ao risco aumentado de recaída.

## COMO VAMOS PROCEDER

**MODELO MATRIX:** Abordagem ambulatorial intensiva destinada a integrar várias intervenções, que inclui:

- Sessões individuais
- Materiais de TCC apresentados em grupo
- Educação familiar
- Exames de urina para monitorar abstinência

O objetivo principal da PR no Modelo Matrix é que o grupo proporcione um fórum para que as pessoas em tratamento para abuso de substâncias recebam assistência na questão da recaída, que deve ser alcançada almejando:

- Pacientes interagindo com outras pessoas com problemas comuns
- Apresentar habilidades e conceitos específicos da TCC
- Promover a coesão e o reforço entre os membros do grupo
- Aliviar o isolamento que muitos indivíduos recém- abstinentes experimentam como resultado da perda da rede de amigos que usam droga.

## PRINCIPAIS TÉCNICAS E INTERVENÇÕES

Há uma série de manuais e protocolos à disposição, o que significa que não há uma técnica 100% eficaz ou aceita incondicionalmente. As abordagens de amplo espectro em um grupo de PR incluem uma série de habilidades para estimular ou manter a abstinência, a saber:

- Reduzir disponibilidade e exposição à droga e gatilhos relacionados (que variam muito para cada indivíduo, mas incluem, por exemplo, dinheiro, objetos relacionados ao uso, etc.).
- Estimular a decisão de parar de usar explorando as consequências do uso, positivas e negativas.
- Automonitoramento e identificação, conduzindo análises funcionais do uso de substâncias.
- Reconhecer a fissura condicionada e desenvolver estratégias para enfrentá-la.
- Identificar decisões aparentemente irrelevantes que podem culminar em situações de risco.
- Preparar para emergências e enfrentamento da recaída no uso de substâncias.
- Desenvolver habilidades de recusa da droga.
- Identificar e confrontar pensamentos sobre droga.