

Prevenção de recaída

Prof.^a Alzira Almeida

Objetivo

Tratamento

Estratégia de Prevenção



(21) 99107-3875

CLÍNICA
**JORGE
JABER**



Os homens deveriam saber
Que é do cérebro,
E de nenhum outro lugar
Que vêm as alegrias,
As delícias,
O riso e as diversões,
O pesar,
O desalento
E a lamentação.



Hipócrates, Sobre a Doença Sagrada

O QUE É PREVENÇÃO DA RECAÍDA ?



É UM PROGRAMA DE TRATAMENTO E
RECUPERAÇÃO QUE PREVÊ:



IDENTIFICAÇÃO E ANTECIPAÇÃO DE SITUAÇÕES
DE RISCO, TANTO INTERNAS QUANTO EXTERNAS
QUE PODEM LEVAR O INDIVÍDUO A RECAIR.

O PRINCIPAL OBJETIVO (PR) É TRATAR O PROBLEMA E GERAR TÉCNICAS PARA PREVENIR OU MANEJAR UMA OCORRÊNCIA.

ELA É BASEADA EM UMA ESTRUTURA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL, BUSCA IDENTIFICAR SITUAÇÕES DE ALTO RISCO, PARA QUE O INDIVÍDUO NÃO FIQUE VULNERÁVEL À RECAÍDA, E USA ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS PARA PREVENIR FUTURAS RECAÍDAS EM SITUAÇÕES SIMILARES.

De acordo com Marlatt e Gordon (2009), a prevenção de recaída foi desenvolvida como uma necessidade operacional tanto para os profissionais da saúde como para os pacientes. Para os profissionais, foi possível obter melhores resultados, diminuição do esgotamento, desânimo e exposição a situação de frustração laboral. E para os pacientes, representou a possibilidade de conduzir um tratamento conforme suas necessidades e condição clínica. A prevenção de recaída visa desenvolver habilidades para o autoconhecimento, adesão ao tratamento e formas de enfrentamento na presença de uma possível recaída

Alicerces da PR

Conscientização do problema



Treinamento de habilidades

Mudança nos hábitos

Áreas para avaliação da prevenção da recaída



Social

Ambiental

Emocional

Cognitivo

Habilidades e recursos

EMOCIONAL

Estados afetivos que precedem o uso ou Craving

Cognitivo

Quais são os conjuntos de pensamentos ou cognições que com frequência também precedem o uso de SPA

”Só consigo lidar com isso se estiver chapado”

“Pro inferno com isso”,

”Eu mereço ficar ligado”

Pensar que o meu uso de substância não foi tão ruim;

Períodos de confusão;” Eu não me importo”

Pensamentos sobre o uso social;

Ressentimentos sem razões;

Desconsiderando o tratamento/ apoio;

(“ ninguém pode me ajudar” “eu já sei tudo”)

AFETIVO

Seja honesto com você e com os seus amigos/ família;

Dê a você a permissão para sentir;

Aceite e reconheça seus sentimentos;

Expresse seus sentimentos: Choro, riso e sorriso;

Busque apoio;

Fale para alguém sobre seus sentimentos;

Canalize seus sentimentos para a arte
(desenhe, pinte, escultura e carpintaria);

Escreva o que você está sentindo ;

Analise situações

(você pode desenhar, dar a você um limite de tempo);

Dê a você um tapinha nas costas por um trabalho bem feito;

Leve em conta todas as coisas que está fazendo por você e suas conquistas até agora;

COGNITIVO

Pense nos aspectos positivos de estar sóbrio/limpo (olha onde eu cheguei”, “ eu me sinto bem como estou”);

Relembrar as consequências negativas de usar SPAs (problemas financeiros, saúde, relacionamentos e problemas legais);

Lembre a você mesmo:

“eu tenho controle sobre minhas ações e eu posso escolher”;

Pare e pergunte a você mesmo: “Isto vale a pena?”

Diga a você mesmo que a fissura vai passar;

Distraia a você mesmo e pense em algo diferente;

Reconheça e desafie as racionalizações de auto entrega:

“ Só vou provar um”... Será que é verdade?

Lembre a você mesmo: “uma coisa leva a outra”;

SENTIMENTO

Você tem medo ou falta de confiança sobre não usar;

Sentimentos de solidão, frustração, raiva;

Tristeza leve ou profunda;

Sentimentos de que nada está sendo resolvido;

Irritações com pessoas que percebem mudanças em você;

Sentimento de desamparo;

Perda da autoconfiança;

COMPORTAMENTOS

Atitudes querendo impor recuperação/ sobriedade em outros;

Comportamentos defensivos quando falando sobre si mesmo;

Padrão de comportamento repetitivo e rígido;

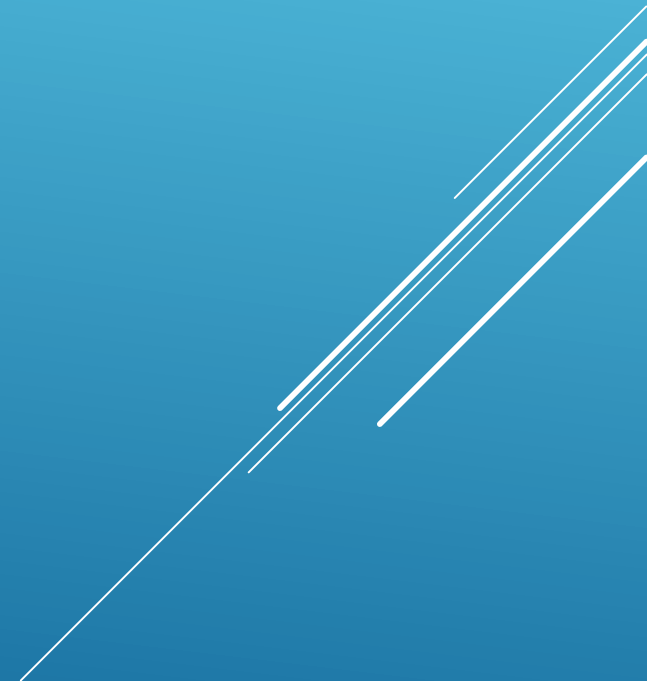
Reação extrema ao estresse;

Evitando contato com outras pessoas;

Perda de planos construtivos e simples;

Planos começam a falhar devido a negligência;

Fantasia e pensamentos esperançosos: “Se...”;



MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIA PARA FAZER

Evitar pessoas e lugares, onde você costumava beber e usar drogas;

Evitar situações de alto risco;

Falar para as pessoas que você parou de beber/ usar drogas (pessoalmente, por telefone, por escrito);

Telefonar para alguém para pedir ajuda;

Escolher amigos para dividir interesses;

Fazer trabalho voluntário;

Meditar e fazer exercícios de respiração para relaxar;

Experimentar novos hobbies/ atividades de lazer;

Praticar suas habilidades de recusa

(dizendo “não” com seu corpo e voz); E muito mais, ficaria aqui até a metade do curso só trazendo os EVITES....

Conceitos fundamentais na terapia cognitiva comportamental na DQ:

RECAÍDA: voltar a utilizar a substância no mesmo padrão anterior;

LAPSO: uma “escorregada” em um episódio de ingestão da substância.

SITUAÇÃO DE RISCO: qualquer determinante interno ou externo, que põe o controle do indivíduo em perigo.

AUTO EFICÁCIA: Confiança de possuir habilidades de enfrentamento para diversas situações.

Conforme (Beck et al.,1999).

Os estímulos de alto risco (EAR) são disparadores, internos e externos, que motivam a pessoa adicta a usar drogas. A identificação destes estímulos, por parte do paciente, lhe possibilitará examinar as suas crenças sobre as drogas e o ajudará a praticar estratégias para enfrentá-los.

As crenças identificadas aditivas consiste em antecipatórias de um alívio (antecipa a gratificação, EX. vou me divertir mais usando), ou permissivas (só hoje, só um gole), na qual devem ser alteradas e reforçadas as crenças de controle. Para isso, pode-se utilizar da técnica da balança decisional.

JÁ IDENTIFICADAS AS SAR (intervir para evitar recaída).

A MAIORIA DAS SAR PODEM SER PREVISTAS.


OUTRAS APARECEM DE REPENTE: **EVITAR** e **ENFRENTAR**.

SÓ FALAR COMO FAZER, NÃO ADIANTE: EXERCITAR O NOVO COMPORTAMENTO É O CAMINHO (utilizar as técnicas sugeridas).

MODELAGEM (imaginar situações e o enfrentamento positivo)

ENSAIO DA RECAÍDA: para situações mais específicas

APRENDER HABILIDADES COGNITIVAS E
COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS PARA LIDAR
E ENFRENTAR SITUAÇÕES DE RISCO.



Sendo que na terapia cognitiva comportamental , a dependência química é visto como um comportamento aprendido e mal adaptativos, portanto, é possível de ser mudado com a participação ativa do indivíduo nesse processo de mudança. E para tanto: utiliza-se o modelo dos Estágios de Mudança de Prochaska e DiClemente a relação terapêutica e as técnicas cognitivo-comportamentais possibilitaram evolução pessoal aos pacientes, viabilizando aumento na qualidade de vida e manutenção da abstinência.

Pré-Contemplanção

Sem ideia sobre o problema e sem planos

Flexibilizar sobre a evidência de dependência. Triagem e avaliação deve ser sensibilizado, objetivamente. Ofereça soluções e retire barreiras Negocie um plano de abordagem.

Contemplanção

Percebe um problema, mas está ambivalente para promover uma mudança

Prover o suporte; definir a assistência; convidar a família; considerar a farmacoterapia e outros recursos.

Determinação

Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças.

Reforçar o sucesso; encaminhar para grupos de auto ajuda; reavaliar a farmacoterapia;

Ação

Pronto para começar a

Aplicar a prevenção de recaída e avaliação de situações de risco;

Manutenção

Incorporação da mudança na rotina da vida.

avaliações bioquímicas.

Recaída

Volta para a contemplanção ou pré contemplanção.


Otimismo, reforço para retomar e continuar o tratamento, solicitar a participação da família

Modelo Espiral dos Estágios de Mudança

Prochaska e col. (1992)



MODIFICAR PENSAMENTOS, CRENÇAS E
ATITUDES ASSOCIADAS A COMPORTAMENTOS DE
CONSUMIR SUBSTÂNCIAS.



PR PODE SER FORNECIDA PARA UM CLIENTE INDIVIDUALMENTE, EM GRUPOS, CONJUGAL E TERAPIA DE FAMÍLIA.

A MAIORIA DOS PROGRAMAS DE PR SÃO PROGRAMAS QUE CONSISTEM EM OITO SESSÕES E VÁRIAS SESSÕES SEGUIDAS ADICIONAIS.

As primeiras duas sessões são usualmente dedicadas a estabelecer um relacionamento terapêutico que trabalha, acentuando motivação e coletando a história de comportamento do problema e modelo decorrente do uso.

É importante perguntar para o cliente:

QUAL A MOTIVAÇÃO DELE PARA O TRATAMENTO?
O QUE ESPERA DO TRATAMENTO?

Aqui pode se adotar a postura da Entrevista Motivacional de Miller e Rollnick.

Sessão 1

É fornecido ao cliente, informações sobre nossa aproximação, para de um modo geral, tratar de comportamentos aditivos. E o nosso primeiro auxílio é fornecer ao cliente ferramentas para usar na manutenção do comportamento desejado e no evento de lapsos usando técnicas cognitivos-comportamentais.


Enfatizar, que aquele aprendizado de novos comportamentos é um processo que precisa de paciência e prática.

A pessoa é auxiliada a aprender a reconhecer situações de alto risco, e este é um dos primeiros exercícios sugeridos ao cliente, uma estratégia efetiva para aumentar sua consciência destas situações.

Depois: Usando um cartão Flash nós perguntaremos aos nossos clientes para começarem a monitorar o seu beber diariamente e fora da duração do tratamento.

CARTÃO FLASH

➤ As coisas na minha VIDA
estão muito bem

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal strokes in the bottom right corner of the slide.

Vantagens e Desvantagens

Vantagens de Usar

Vantagens de não Usar

Desvantagens de Usar

Desvantagens de não Usar

Sessão 2

O objetivo desta sessão está em continuar examinando os autos riscos, situações e repertórios do cliente esforçando-se para respostas e déficit de habilidades.

A sessão tipicamente começa por examinar o dever de casa da semana anterior, incluindo os cartões monitorados.

Designação do dever de casa para a sessão 2

Cliente continua se auto monitorando

Designação do dever de casa para a sessão 2

Cliente continua se auto monitorando

Incluir: emoções desagradáveis, desconforto físico, emoções agradáveis, pressa e tentações para beber, pressão de outros para beber e tempos agradáveis com outras pessoas.

Sessão 3

Continuar a discussão das semanas anteriores como taxas e estratégias de alto risco, usando situações e vários instrumentos, taxa de ganhos e eficácia na pessoa do cliente durante o curso do tratamento.

“O que você faria se encontrasse com você mesmo em uma recepção de casamento e todos estivessem bebendo?”

Outro exercício utilizado para examinar altos riscos nas situações incluem exame cuidadoso de recaídas passadas e análise de fantasias de recaída.

“Que espécie ou evento pode fazer você voltar a beber?”

Tente imaginar esta cena claramente de você podendo dar uma descrição da situação e de seus sentimentos”

Designação do dever de casa para sessão

Pessoa continua se auto monitorando

Usando o registro da fissura, cartão flash. Nós sugerimos ao cliente para seguir a pista almejada, tomando nota e além de outros fatores de situações específicas listadas no cartão.

Sessão 4

Até este ponto, a terapia vem enfocando identificar altos riscos, situações onde o cliente se esforça para obter recursos.

Tome nota da confiança do cliente, de sua capacidade para usar o novo repertório de esforço de habilidades.

Enfatize ganhos do cliente.

Encoraje o cliente para incorporar seu sucesso dentro de um conjunto de expectativas de contínua adaptação.

Designação de dever de casa para a sessão 4

Continue monitorando o beber, abstinência e Craving.

Escreva as situações em uma agenda diária. Utilize sempre o cartão flash para em caso de lapso

Sessão 5

Fazer a discussão da semana anterior.

Esta sessão centraliza compreensão, empenho contra vários estados cognitivo-afetivo.

O cliente frequentemente pensa que quando a ansiedade aumenta é um sinal de que ele esteja perdendo o seu equilíbrio ou controle pessoal.

Cabe a nós sinalizar, que quando isso acontece, não quer dizer que realmente seja o desejo de uso ou que esteja perdendo o controle.

Foi diferenciado dentre três componentes ou fatores de ansiedade:

1) Fatores cognitivos (ex. distorções, generalização, despersonalização, separação, negativa ou pensamento catastrófico, erros em pensamento ou percepção, etc.

2) Fatores físicos (ex. palpitações, tontura, náuseas, tensão muscular, dor de estomago, suor ...) e

3) Fatores do procedimento (ex. evitando, esforçando-se ou usando drogas)

Uma vez que o cliente compreende esses vários componentes, você pode então considerar caminhos efetivos para cada um

Estratégias de procedimentos para estados emocionais negativos incluem treinamento, assertividade ou prática via role-play

Designação do dever de casa para a sessão 5

O cliente tem guardado um registro diário dele e de seus pensamentos e sentimentos negativos (ex. ansiedade, irritação ou depressão) para um período de duas semanas.

Sessão 6

Aproximadamente na sexta sessão, as intervenções terapêuticas ampliam esta administração de situações no dia a dia.

Primeiro perguntar ao cliente para que descreva “stress” e então descrever a diferença entre eventos de vida no dia a dia e que o aborrece acentuando como eles se relacionam.

O cliente também pode ver um programa de mudança de estilo de vida como uma viagem de exploração e experiência.

Dever de casa para a sessão 6

Monitorar as atividade pelo menos dois dias da semana normais e um final de semana típico

Decorative white lines consisting of several parallel diagonal lines in the bottom right corner of the slide.

▶ LISTA DE SITUAÇÕES DE RISCO COM ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

SITUAÇÃO DE RISCO

ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

Sessão 7

Discuta o dever de casa da semana anterior.

Esta sessão tem mais dificuldade em adaptar-se a prática em respostas adaptadas para situações problemáticas em uma revisão de progresso do cliente e resolvendo o problema se um lapso ocorrer.

○ Pensar no último episódio de uso da substância

○ O uso da substância satisfaz suas expectativas?

○ Se NÃO, o que faltou?

○ Se SIM, conseguem pensar em alternativas ao uso de substância naquela situação?

○ Como a consciência sobre as suas expectativas pode ajudar no futuro?

Sessão 8

Reveja o dever de casa da semana passada.

Nós recomendamos que o cliente ensaie visualmente uma recaída sob supervisão direta

Usando a técnica de redução de stress com técnicas de relaxamento, o cliente torna-se confortável e relaxado.

▶ Mudanças no estilo de vida:

Avaliação da situação atual;


Mudanças dos hábitos:

Balanceamento entre **querer** e **dever**.

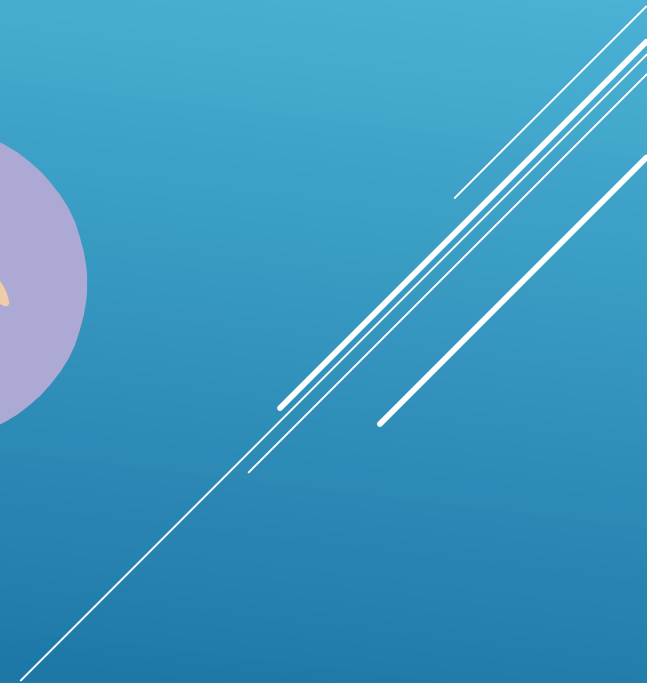
Lidando com situações aparentemente irrelevantes.

Lidando com o stress: através de exercícios físicos, relaxamento, meditação, atividades sociais, religião

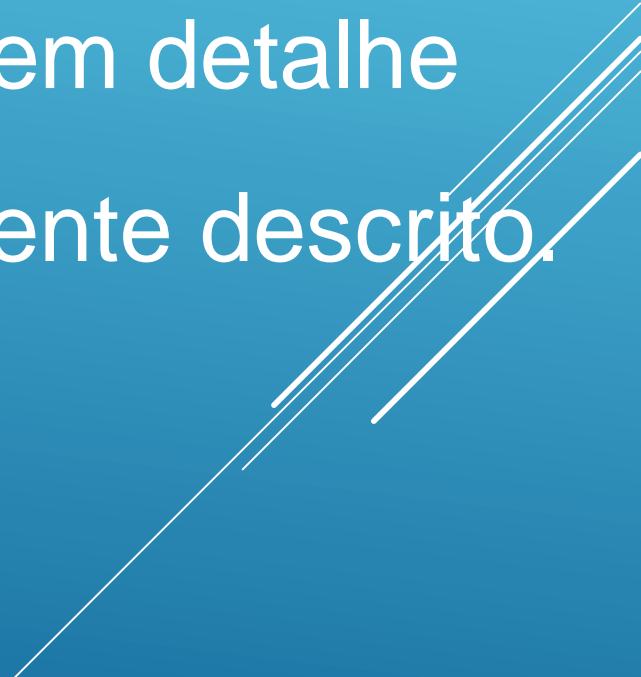
MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA

- Clínica;
 - Psicológica/emocional;
 - Comportamentos;
 - Família;
 - Rede social;
 - Finanças;
 - Espiritualidade.
- 

Faça um alongamento, meditação ou respiração



Uma vez que o cliente está relaxado, descreve a situação de alto risco acima mencionado em detalhe vivo, somente como o cliente tinha previamente descrito.



Nas próximas sessões, focar poucas e continuadas respostas fortalecendo o esforço, modelando role-plays, preparando situações adicionais de alto risco e continuar a administração da saúde e do novo estilo de vida.

- ▶ PLANO DE RECUPERAÇÃO
 - ▶ METAS E OBJETIVOS


DE CURTO PRAZO (ATÉ UM MÊS)

DE MÉDIO PRAZO (ATÉ SEIS MESES)

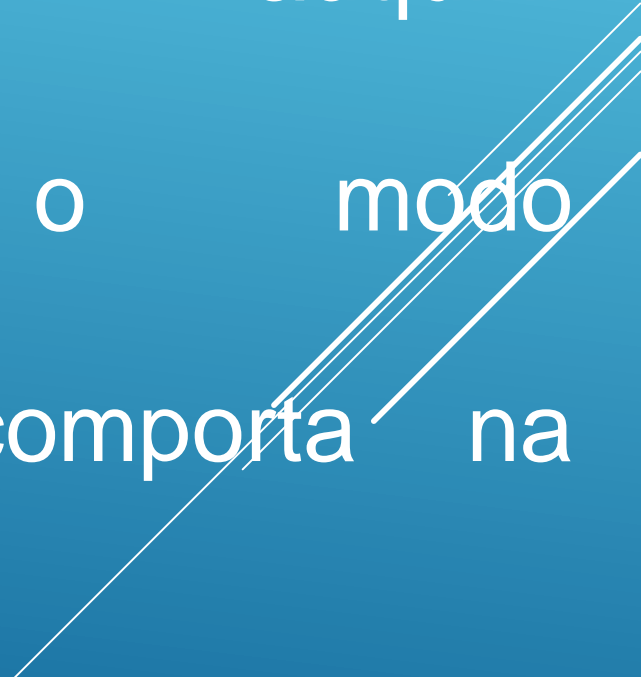
DE LONGO PRAZO (ATÉ UM ANO)



A abstinência é claramente a opção
mais “segura”. Não existe nenhum
nível seguro garantido para o uso de
álcool ou qualquer outra droga.



A abstinência oferece uma
oportunidade única de ver as coisas
“com outros olhos” e adquirir
informações valiosas sobre o modo
como você pensa, sente e se comporta na
ausência do uso de substâncias



“Você não pode ensinar nada a
um homem;

you can only help him
to find

the answer within himself”

Galileu Galilei

Referências

Marlatt, A. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Guidano, V. F. (1997). Psicoterapia construtivista: uma estrutura teórica. Em: Neimeyer, R. A. & Mahoney, M. J. *Construtivismo em psicoterapia* (pp.79-91) . Porto Alegre: Artes Médicas.

www.efetividade.net

Knapp, Paulo. *Prevenção da recaída*. Artes médicas.1994.



OBRIGADA!

ALZIRA ALMEIDA Consultora em Dependência Química
Fone (51) 992821437 - E-mail: alzirava83@gmail.com