

Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotino-dependência

MIGUEL TRIGO*

RESUMO

A terapia para a prevenção da recaída (TPR) constitui um recurso terapêutico essencial no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. Deste ponto de vista considera-se que, apesar da desintoxicação ou interrupção do hábito constituir um resultado rápido de atingir, a desabituação de substâncias prolonga-se muito para além deste momento. Atendendo à escassez de literatura em português neste domínio, são descritos vários conceitos e estratégias de actuação em TPR, com destaque para dois dos principais modelos – o modelo de Alan Marlatt e o modelo de Gorski-CENAPS®. De maneira complementar, apontam-se semelhanças e diferenças entre estes modelos e discute-se a sua aplicabilidade no tratamento da nicotino-dependência. Finalmente, destaca-se a importância da pessoa em recuperação estar consciente das razões que a conduziram à mudança, a necessidade de manter um estado elevado de alerta em relação aos sinais de recaída e o papel do apoio social no processo de prevenção da recaída.

Palavras-chave: *Terapia para a prevenção da recaída; Prevenção da recaída; Modelo de Alan Marlatt; Modelo de Gorski-CENAPS®; Dependência de nicotina; Substâncias psicoativas.*

*Psicólogo clínico. Departamento de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Consulta de Desabituação Tabágica do Hospital Júlio de Matos/Centro de Saúde de Odivelas.

O presente texto insere-se no programa de actividades científicas do grupo de reflexão sobre Boas práticas em tabagismo, prevenção e cessação, promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

INTRODUÇÃO

Já todos tivemos oportunidade de admirar a destreza de um acrobata que, a vários metros de altura, exhibe as suas perícias num trapézio. Para chegar a tal desempenho, são necessários vários anos de treino, dedicação e aperfeiçoamento. Naturalmente, mesmo os acrobatas mais experientes necessitam

de tomar medidas de protecção contra um deslize imprevisto. Uma rede ou cabo de suspensão poderão fazer a diferença entre a vida e a morte. Quando nos referimos à desabituação de substâncias, podemos observar uma situação análoga à que descrevemos. Imaginemos dois programas de desintoxicação. Num deles, o objectivo terapêutico cessa no momento em que é atingida a abstinência, no outro os cuidados prolongam-se pelo período de recuperação. Com base nesta analogia, procurar apenas a desintoxicação é equivalente a lançar para o trapézio um dos espectadores, a quem se exigirá uma actuação sem rede. Por sua vez, promover a continuação de cuidados ao longo da recuperação significa assumir que a aventura do trapézio exige treino, perícia e medidas especiais de protecção por um longo período.

Em termos científicos, os estudos sobre a eficácia dos programas para desintoxicação de substâncias psicoativas evidenciam taxas de sucesso bas-

tante elevadas, deixando antever que a abstinência pode ser um objectivo relativamente rápido e, por vezes, fácil de atingir. Em dependentes de nicotina, as taxas de sucesso no final do tratamento rondam os 80-100%¹ e, em alcoólicos e heroínómanos, os 76% e 82% respectivamente.² Um estudo clássico desenvolvido por Hunt, Barnett & Branch,³ porém, no qual se compararam as taxas de recaída em pessoas com história de dependência de nicotina, heroína e álcool, revelou o elevado nível de recidiva nestas populações, particularmente entre os fumadores. Nesta dependência, a recaída ocorre em 70% das pessoas seguidas aos seis meses, atingindo os 80% aos doze meses.⁴ Sabe-se que, em média, o ex-fumador recaiu entre três a sete vezes antes de parar definitivamente.⁵ Curiosamente, em termos comparativos, a síndrome de abstinência provocada pelos barbitúricos, benzodiazepinas e álcool é mais aguda que a suscitada pela abstinência do consumo de nicotina, cocaína e *cannabis*.⁶ Assim, a elevação da taxa de recaída na nicotino-dependência poderá dever-se à facilidade de acesso aos cigarros, à frequente exposição ao estímulo e à aceitação social em relação ao tabaco.

Neste âmbito, torna-se pertinente saber se existem características ou factores susceptíveis de predizer que fumadores terão maior probabilidade de parar o consumo e manter a abstinência. Entre os critérios que identificam os fumadores necessitados de cuidados mais prolongados e intensos destacam-se a gravidade da dependência (≥ 20 cigarros/dia, primeiro cigarro < 30 minutos após acordar), o maior número de recaídas, ser do sexo feminino, a presença de sintomas de privação em tentativas anteriores, o início precoce do consumo (< 17 anos de idade), conviver com fumadores e história de depressão, disforia, abuso de álcool ou de outras drogas.⁷ Conhecem-se também caracterís-

ticas que afectam a eficácia dos programas, com destaque para a fase de mudança em que o fumador inicia o tratamento, o nível de personalização da abordagem e contacto face-a-face, o número de técnicas usadas no programa (programas multicomponentes), a relação dose-resposta patente no aconselhamento (4-7 sessões de 20-30 minutos cada), o uso da terapia de substituição nicotínica (6-8 semanas), o seguimento pós-alta e a composição multi-disciplinar das equipas clínicas.⁸⁻¹⁰

Apesar da importância destes preditores, a terapia em prevenção da recaída (TPR) também lida com um conjunto específico de estratégias destinadas a prevenir e gerir recaídas, em pessoas submetidas a tratamento da dependência de substâncias.¹¹ A maioria das intervenções na área da dependência de substâncias psicoactivas, porém, não inclui componentes de terapia para prevenção da recaída.¹² Quanto à eficácia destas técnicas, os estudos de meta-análise confirmam o seu valor na redução do consumo de substâncias e na melhoria do ajustamento psicossocial.¹³ Um programa desenvolvido com estudantes pré-graduados,¹² no qual se combinaram técnicas de cessação tabágica e prevenção da recaída, envolvendo psicoeducação, treino para lidar com as pistas ambientais para fumar, gestão do *stress*, estratégias de confronto em situações sociais, nutrição, actividade física e apoio de um grupo de pares, obtiveram uma taxa de abstinência de 63,3%, aos quatro meses. Outros dados empíricos,^{11,14} apesar de realçarem a validade desta terapia, sugerem não existir uma melhoria significativa das taxas de abstinência, quando comparadas às obtidas por outros tratamentos. É ainda possível encontrar na literatura¹⁵ referência ao carácter decepcionante da eficácia dos programas de prevenção da recaída.

Na realidade, a área da TPR dispõe de um manancial próprio de conceitos

sobre a história natural da desabituacão e os processos biocomportamentais associados à dependência. Um exemplo é o modelo de Piasecki *et al.*,¹⁶ que identifica dois períodos no processo de desabituacão nicotínica: o «período da cessação» que inclui os primeiros sete dias após parar e o «período da susceptibilidade de recaída» que abrange o tempo subsequente de abstinência. Cada período envolve tarefas que podem ser descritas como «vagas de risco». Durante o período da cessação surge a primeira vaga, com o despoletar dos sintomas físicos de privação. À medida que se instala o período de susceptibilidade, surge uma segunda vaga, marcada pelo confronto com os factores de *stress* e as tentações. A derradeira vaga traz a fadiga da cessação, o cansaço em manter a abstinência e, eventualmente, o desvanecimento do objectivo inicial de parar. Neste modelo, o conceito de fadiga constitui um critério de propensão para a recaída e define-se como um fenómeno de aparecimento tardio no processo de desabituacão. Alguns dos sinais comuns de fadiga são a perda de motivação e esperança no sucesso em parar, a exaustão dos recursos de auto-controlo, a redução no uso das estratégias de confronto e um baixo sentimento de auto-eficácia. Existe, assim, um efeito de lavagem que se traduz pela elevada eficácia do tratamento, durante o período da cessação, seguido da gradual diluição desse efeito ao longo do período de susceptibilidade.¹⁶ É como se o exercício de auto-controlo correspondesse a um músculo que pode ser fortalecido quando exercitado, mas que também se pode esgotar, ao ser usado em excesso.

Outra interpretação dos fenómenos da recaída é sugerida por Polivy & Herman,¹⁷ ao descreverem a «síndrome da falsa esperança». Este fenómeno psicológico consiste num ciclo de falhanços, seguido de interpretações apaziguadoras sobre as razões subjacentes à falha que, por sua vez, reinvestem expectati-

vas positivas e conduzem a novas tentativas. Mas qual a razão desta sucessão de tentativas falhadas? Para estes autores existem quatro fontes de recaída (quantidade, velocidade, facilidade e benefícios), todas elas marcadas por expectativas irrealistas. Um exemplo elucidativo é o das pessoas que, envolvendo-se na perda de peso, pretendem reduções muito acima do que seria possível, de forma rápida e fácil, esperando benefícios pouco razoáveis (ex. adquirir um corpo escultural, tornar-se popular, encontrar o parceiro romântico ideal, passar a sentir-se feliz). Obviamente, a impossibilidade de cumprir estas expectativas gera sentimentos de frustração que conduzem ao falhanço e à desvinculação dos objectivos inicialmente definidos.

O que decorre destes argumentos é que a mudança e a recuperação na dependência de substâncias deve ser encarada numa perspectiva desenvolvimentalista. É neste sentido que Gorski^{18,19} sugere seis estádios de recuperação (transição, estabilização, recuperação precoce, recuperação intermédia, recuperação tardia e manutenção), embora os estádios de mudança mais conhecidos e cientificamente fundamentados sejam conceptualizados pelo modelo transteorético,²⁰ que define seis fases: (1) pré-contemplação (não há intenção de mudar nos próximos seis meses), (2) contemplação (há intenção de mudar nos próximos seis meses), (3) preparação (a mudança ocorrerá no próximo mês), (4) acção (primeiros seis meses após a mudança), (5) manutenção (entre os primeiros seis meses e cinco anos após a mudança) e (6) terminação (após cinco anos de abstinência, com 0% de tentação e 100% de confiança).

Como se torna evidente, os programas de desabituacão não se podem cingir apenas ao controlo inicial do impulso/urgência (*urges*) e do desejo de consumir (*craving*), uma vez que a curva de

recuperação descreve uma trajectória irregular, pautada por lapsos, recaídas e colapsos, ao invés de seguir uma variação estável, linear e dicotómica (abstinente vs. não abstinente). Entende-se por «lapso» «dar uma passa» ou fumar o resto de um cigarro, acender um cigarro e apagá-lo logo a seguir ou pensar que nunca se sentirá bem sem fumar. «Recair» implica recomeçar a fumar e, por vezes, de maneira ainda mais pesada do que anteriormente. O «colapso» é a forma mais grave de retrocesso, envolvendo a perda de esperança na cessação e/ou deixar de querer parar. Na história de um ex-fumador é habitual encontrar vários lapsos, recaídas e até colapsos.²¹ Assim, controlar o consumo de uma substância psicoactiva não é uma tarefa instantânea, mas um processo gradual que exige tempo, energia, investimento pessoal e acumulação de aprendizagens. Se o tratamento das dependências não se pode circunscrever à cessação é porque a desabituação depende, simultaneamente, da capacidade para lidar com as expectativas de gratificação associadas ao consumo, da tolerância à frustração, da aprendizagem de novas competências, do reajustamento dos estilos de vida, da capacidade para lidar com a fadiga e, em alguns casos, da reabilitação e reintegração psicossocial. Deste ponto de vista, a dependência de tóxicos não dependerá tanto do efeito químico da droga sobre o metabolismo, mas do comportamento do sujeito em relação aos psicoactivos.²²

A dificuldade em interiorizar estes comportamentos justifica que cerca de 90% das pessoas recaia durante a fase inicial da sua primeira tentativa.¹⁷ Importa, pois, reconhecer que a mudança humana envolve um equilíbrio dinâmico, no qual forças de mudança se misturam com resistências e forças de estabilização. Este limite para a velocidade da transformação dos processos humanos centrais (ex. experiência pessoal,

self, auto-controlo) constitui, simultaneamente, um sistema para auto-protecção da integridade psicológica e do sentido de coerência. Não é, portanto, por casualidade que as mudanças significativas ocorrem de forma ambivalente e gradual.²³

Num momento em que tanto se fala na cessação de hábitos tabágicos, pretende-se realçar a importância que a TPR assume no âmbito da desabituação. A relativa escassez de literatura portuguesa sobre o tema, bem como de programas clínicos desta natureza, justificará a discussão de dois dos modelos mais conhecidos: (1) o modelo de Alan Marlatt e Judith Gordon,²⁴ onde se apresentam vários conceitos e técnicas pioneiras e (2) o modelo de Gorski-CE-NAPS®,¹⁹ que desenvolve perspectivas complementares sobre a problemática da recaída.

MODELO DE ALAN MARLATT

Alan Marlatt foi um dos psicólogos responsáveis pelo desenvolvimento dos primeiros modelos de prevenção da recaída (PR), dando início a uma nova área de investigação e intervenção clínica. Este modelo, inicialmente baseado na manutenção da abstinência em alcoólicos, rapidamente se aplicou às restantes dependências de substâncias psicoactivas e a problemáticas como a ingestão excessiva de alimentos, depressão, perturbação bipolar, esquizofrenia, abusos sexuais ou violência física. O reconhecimento do mérito científico de Alan Marlatt fez com que, em 1990, fosse distinguido pelo *Jellinek Memorial Award*, em consideração aos seus contributos no domínio do alcoolismo. Actualmente é Director do *Addictive Behaviors Research Center*, na Universidade de Washington, onde lecciona desde 1972. Uma das suas publicações mais emblemáticas é o livro *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treat-*

ment of addictive behaviors,²⁴ no qual o seu modelo sócio-cognitivo é profundamente desenvolvido. Neste trabalho, são evidentes as influências da psicologia cognitiva, experimental e social, bem como da teoria da aprendizagem social de Bandura.

Na realidade, Marlatt vem introduzir uma ruptura com duas concepções prévias: o modelo moral e o modelo médico. A importância que o modelo moral colocou nos mecanismos biológicos da dependência e nos efeitos farmacológicos das substâncias levou a considerar-se impossível que a pessoa exercesse qualquer controlo voluntário sobre o desejo, a compulsão ou a urgência de consumir. Com base numa moralidade judaico-cristã, ao indivíduo dependente faltaria a «fibra moral» para resistir à tentação. Por outro lado, o modelo médico partia do pressuposto de que o comportamento de dependência se baseava numa predisposição fisiológica, geneticamente transmitida. Passaram, assim, a considerar-se as dependências como doenças (ver, por exemplo, a American Psychiatric Association),²⁵ removendo-se o estigma moral e favorecendo a procura de cuidados de saúde. O diagnóstico, porém, arrastou outros estereótipos, nomeadamente o papel de doente e a ideia de uma doença incurável, com natureza recidivante. Esta concepção tende a associar-se à passividade e desresponsabilização perante o tratamento, bem como à baixa percepção de auto-controlo.

O que Marlatt propõe é uma terceira via, na qual a dependência é encarada segundo um *continuum* governado por princípios comuns a outros processos de aprendizagem, em oposição directa ao modelo moral. Desta forma, a dependência de substâncias, à semelhança de outros hábitos, pode ser modificável pela aquisição de novos padrões funcionais, através dos quais a obtenção do prazer e a modelação de estados emocionais não são mediados pela ingestão

de psicoactivos. Deste modo, torna-se crucial compreender os determinantes sócio-cognitivos das condutas de dependência, incluindo os antecedentes ambientais, as crenças e expectativas, as consequências desses comportamentos ou a história pessoal. Nesta perspectiva, classificam-se os determinantes da recaída em duas categorias: (1) determinantes imediatos e (2) antecedentes cobertos. Com base na avaliação sistemática das situações de risco ou de recaída, a abordagem terapêutica desenvolve-se igualmente em duas estratégias: (1) intervenções específicas, focalizadas nos determinantes imediatos da recaída e (2) acções globais que visam equilibrar os estilos de vida e identificar os antecedentes cobertos.

Determinantes da recaída

Determinantes imediatos. Estes determinantes resultam do confronto entre uma pessoa activamente investida em atingir e manter a abstinência e um cenário actual de risco.

Situações de risco elevado. O modelo de Marlatt sugere que, uma vez iniciado o processo de mudança comportamental, ocorrerá um aumento gradual da auto-eficácia e da capacidade para lidar com o problema em questão. Certas situações, contudo, podem representar uma ameaça e precipitar uma crise de recaída.²⁶ Estas situações de risco elevado são desencadeadas a partir de estímulos intra-pessoais (ex. desejo, sensações físicas, estados emocionais positivos e negativos, pensamentos) e/ou pela exposição a situações inter-pessoais (ex. pressão social directa e indirecta, conflitos interpessoais, situações de convívio e prazer). Note-se que as situações de risco variam de pessoa para pessoa e, no mesmo indivíduo, podem mudar ao longo do tempo, o que implica que algumas exposições surjam sem qualquer aviso ou sinal prévio.²⁷

Estratégias de confronto (coping). Uma das razões que leva à dependên-

cia e, por inerência, ao risco de recaída é a procura de sedação ou estimulação face a estados emocionais ou pressões ambientais. Assim, embora os desencadeantes da recaída desempenhem um papel importante, o aspecto essencial é o reportório de respostas disponíveis para lidar com essas situações. Tem sido sugerido que quanto maior for a diversidade das estratégias de confronto, menor a probabilidade da recaída.²⁶

Expectativas de gratificação. Os comportamentos impulsivos, comuns a vários quadros clínicos (toxicod dependência, jogo patológico, abuso sexual ou perturbações da conduta alimentar), caracterizam-se por dois tipos de cognições – expectativa de gratificação imediata e adiamento das consequências negativas.^{24,a} Esta combinação que mantém a conduta de dependência é adicionalmente reforçada pelo desconforto que a privação do consumo provoca.

Efeito de violação da abstinência (EVA). Embora o modelo médico refira o efeito fisiológico das substâncias como o principal responsável pela recaída, Marlatt & Gordon²⁴ introduziram a noção de EVA para descrever o conjunto de reacções emocionais e atribuições cognitivas suscitadas pela quebra da abstinência. Genericamente, o EVA caracteriza-se por dois elementos cogniti-

vo-emocionais: (1) dissonância cognitiva (conflito, pensamento dicotómico e catastrófico) e (2) atribuição pessoal (auto-desvalorização e culpabilização). Com a introdução deste conceito, deixou de considerar-se inevitável que um lapso progrida para um colapso, passando a entender-se que este movimento resulta da intensidade do EVA. Esta, por seu turno, varia em função de factores como o esforço despendido, a intensidade do compromisso, a justificação encontrada para a recaída, a duração e importância em manter a abstinência ou a presença de pessoas significativas no momento da recaída.^{24,29}

Antecedentes cobertos. Os antecedentes cobertos envolvem forças que actuam de forma não consciente, aumentando a vulnerabilidade e a probabilidade da pessoa recair.

Estilos de vida. Muitos dos antecedentes cobertos de recaída incluem uma desproporção entre as obrigações diárias e as gratificações pessoais, razão pela qual o equilíbrio dos estilos de vida exerce um papel decisivo na PR. Naturalmente, o maior peso do prato das obrigações está associado à percepção de privação, a estados emocionais negativos, à procura de gratificação, a racionalizações permissivas («depois deste esforço eu mereço uma bebida/cigarro/dose...») e, conseqüentemente, ao maior risco de recaída.^{24,26}

Decisões aparentemente irrelevantes (DAI). O conceito de DAI é usado para descrever uma sucessão de «mini-decisões» pessoais, de aparência inocente, mas que desperdiçam várias oportunidades para inverter o sentido das sucessivas escolhas de risco. Através deste processo, a pessoa encaminha-se para um «beco-sem-saída», no qual a escolha deixa de ser possível e a recaída é encarada como inevitável. Isto quer dizer que o desejo e a urgência de usar uma substância não culminam sempre em actos impulsivos, já que a necessidade de gratificação pode ser tempora-

a. A expectativa de gratificação sugere a cena bíblica do «prato de lentilhas», descrita no antigo testamento. Esaú e Jacob, filhos de Isaac, eram irmãos gémeos, embora Esaú fosse o filho primogénito. Certo dia, estando Jacob a preparar um guisado de lentilhas, Esaú regressou do campo cansado e faminto, dizendo a Jacob: «Deixa-me comer dessa coisa vermelha, pois estou muito cansado. (...) Jacob disse-lhe: Vende-me o direito de primogenitura. Esaú retorquiu: Que me importa a mim o direito de primogenitura se estou a morrer de fome? Então Jacob deu-lhe pão e um prato de lentilhas. (...) Foi assim que Esaú abdicou do seu direito de primogenitura»²⁸. Naquele momento, Esaú queria saciar o seu desejo, independentemente do preço absurdo exigido por Jacob. Mais tarde Esaú arrependeu-se amargamente da sua precipitação, mas já era tarde. As suas escolhas, baseadas na inversão de prioridades e na falta de perspectiva sobre o futuro, condenaram-no a uma ingrata condição.

riamente sublimada e transformada em planos cobertos de sabotagem à abstinência. O aspecto não consciente deste comportamento, marcado pela racionalização e denegação («não tinha outra hipótese», «foi mais forte do que eu», «o que podia eu fazer naquela situação?», «não tive culpa»), ajudam a pessoa a proteger-se do sentimento de culpa e conflito, ou seja, do EVA.

Urgência e desejo. Contrariando novamente o modelo médico, Marlatt & Gordon²⁴ sugerem que a urgência (dimensão compulsiva) e o desejo de consumir (dimensão obsessiva) são suscitados pela exposição directa ou indirecta aos estímulos. Esta exposição é responsável pela activação de processos atencionais e cognitivos, do desejo, das expectativas positivas e de respostas fisiológicas.^{30,31} Assim, a urgência e o desejo desencadeiam-se através de dois circuitos: (1) respostas condicionadas por gratificações passadas e (2) processos cognitivo-emocionais associados à antecipação da gratificação.²⁶

Estratégias de intervenção

Estratégias específicas. O objectivo das estratégias específicas é antecipar a possibilidade de recaída, identificar e lidar com situações de risco, prevenindo que um lapso se transforme num colapso. Estas estratégias actuam ao nível dos determinantes imediatos da recaída.

Identificar e lidar com situações de risco elevado. O primeiro passo para prevenir a recaída é criar um sistema de detecção dos sinais e situações de risco. Para o efeito, sugerem-se técnicas como a entrevista centrada na história das recaídas, a análise das fantasias de recaída, os questionários de relato pessoal ou a utilização de auto-registos. Depois de identificar os sinais de risco, a pessoa deve ser capaz de adoptar acções de evasão (evitar ou abandonar a situação) e desenvolver outras estratégias específicas (perícias assertivas de

comunicação) e gerais (relaxamento, gestão do *stress* e ansiedade, diálogo interno positivo) para evitar a recaída. Encenação, modelagem e criação de planos de acção são também abordagens adequadas para promover estas competências.

Promover a auto-eficácia. Ao contrário da passividade preconizada nos modelos tradicionais, Marlatt & Gordon²⁴ sugerem a imagem *do-it-yourself*. Assim, a pessoa deve assumir a responsabilidade das suas mudanças, seleccionando objectivos pessoais e de tratamento, à medida que exercita perícias de auto-controlo. Neste sentido, a dependência de substâncias resulta mais do que a pessoa *faz* de si e menos de *quem* ela é. Como consequência, as abordagens terapêuticas do tipo *top down* (clínico-doente) são desaconselhadas, a favor de uma colaboração activa e aberta, dirigida ao exercício contínuo da auto-observação, da auto-moedação, da auto-eficácia e da auto-terapia.

Eliminar mitos e o efeito placebo. Parte das expectativas positivas associadas ao consumo de substâncias assenta em mitos ou no efeito placebo (ex. «consumir facilita as interações e desempenhos», «torna-me mais sedutor ou popular», «faz-me 'funcionar' melhor e divertir-me a sério»). Cada um destes enviesamentos centra-se nos efeitos positivos (ex. euforia, sedação, alienação), negligenciando, distorcendo, minimizando ou adiando qualquer consequência negativa. Confrontar a pessoa com os ganhos da sua experiência de desintoxicação e utilizar matrizes de decisão (prós e contras da abstinência *vs.* consequências imediatas e a médio prazo) são intervenções indicadas.

Lidar com os lapsos. Apesar de todos os esforços, muitas pessoas em recuperação sofrem lapsos, após terem atingido uma fase inicial de abstinência. Desde logo, é importante abordar estas situações como oportunidades de apren-

dizagem («aprender com os erros do passado»), avaliando quais as estratégias preventivas que falharam. Depois, é necessário preparar a pessoa para recorrer a «travões cognitivos» adicionais, a fim de limitar a extensão de um retrocesso e impedir que um lapso seja seguido de um colapso. Para este efeito, podem estabelecer-se contratos de recaída com os seguintes tópicos: (1) estabelecimento de um custo por cada lapso, (2) esperar vinte minutos antes de desistir da abstinência (o auge da tentação passa em três minutos), (3) após consumir, esperar uma hora até voltar a usar a substância e recordar por que decidiu parar (período em que surge o EVA), (4) usar apenas uma dose da substância (ex. um cigarro, uma bebida), em vez de adquirir quantidades maiores. Neste contrato importa considerar o seu prazo de vigência, não devendo ser excessivamente curto ou longo.

Uma outra técnica, que envolve a intenção paradoxal, é a recaída programada. Por definição, a recaída nunca é conscientemente planeada, apenas ocorre. Como consequência, é habitual a pessoa vitimizar-se perante aquilo que acredita serem forças para além do seu controlo. Neste sentido, o objectivo é ajudar a pessoa a assumir o seu papel no processo de recaída, deixando de atribuir a responsabilidade das suas escolhas ao acaso. Através desta técnica, o terapeuta supervisiona o momento da recaída e nessa ocasião avalia, juntamente com a pessoa, quer as expectativas positivas de gratificação, quer as reacções efectivas desencadeadas na sequência da recaída. Esta abordagem deve-se reservar a casos de manifesta incapacidade para manter a abstinência, sendo a recaída um desfecho inevitável.²⁴

Reestruturação cognitiva. Com base nos trabalhos de Beck *et al.*,^{32,33} a reestruturação cognitiva pode ser usada na TPR para corrigir atribuições e percep-

ções enviesadas, desenvolvidas pelas pessoas após a recaída. Entre as distorções cognitivas mais frequentes destacam-se a generalização excessiva («se fumei um cigarro, então sou novamente fumador»), a abstracção selectiva («a única coisa que me importa é que falhei»), a responsabilização excessiva («sou absolutamente culpado por tudo o que me levou à recaída»), a causalidade temporal («se no passado não consegui é porque nunca vou conseguir»), a auto-referência («todos vão estar atentos às minhas recaídas»), os pensamentos catastróficos («se recair vai ser a desgraça total»), o pensamento dicotómico («ou me trato de vez ou fico doente para sempre») ou a falência absoluta da «força de vontade» («se alguma vez voltar a jogar nunca mais terei força para parar»). Nesta fase, o aconselhamento deve-se focar num processo sistemático de reatribuição, procurando formulações mais funcionais, que minimizem o EVA e outras distorções. Algumas destas intervenções seriam: «um lapso é semelhante a um erro de aprendizagem»; «numa tarefa de aprendizagem é suposto surgirem erros»; «o lapso é um acontecimento específico e único»; «o lapso pode ser imputável a factores externos específicos e controláveis»; «o lapso pode conduzir à recuperação, em vez de levar ao colapso»; «é sempre possível recuperar a abstinência ou o controlo».²⁴

Estratégias globais. O objectivo das estratégias globais é promover estilos de vida equilibrados, modificar a exposição a antecedentes cobertos e aumentar a resiliência face às situações de risco.

Estilos de vida equilibrados e dependências positivas. Como já foi referido, o aspecto mais relevante na gestão dos estilos de vida é o balanço entre as obrigações e as gratificações. Neste âmbito, importa avaliar, quer a carga de obrigações diárias, em contraponto com as gratificações, quer a capacidade para lidar com as fontes de stress. As técni-

cas de intervenção aqui aplicadas visam (r)estabelecer a moderação, ou seja, a manutenção de um ponto intermédio entre o hiper-controlo e o hipo-controlo. Aquilo que se pretende é que a pessoa introduza, nos seus hábitos de vida, doses de actividade física, relaxação, alimentação racional, relacionamento interpessoal, convívio e culto espiritual, trocando as dependências negativas (ex. uso excessivo de substâncias psicoactivas) por dependências positivas e saudáveis (ex. andar a pé, praticar desporto, relaxação ou meditação). A este propósito, Marlatt & Gordon²⁴ referem-se ao meta-controlo como uma forma de consumo, marcado pela flexibilidade, consciência das necessidades, capacidade de escolher, autonomia e responsabilidade. Rogers & Baldwin,³⁴ discutem também a possibilidade do consumo reduzido de cigarros (≤ 5 cigarros por dia) poder constituir um objectivo terapêutico, no qual o retrocesso não é inevitável, particularmente em pessoas que não queiram parar ou nas muito dependentes.

Controlo de estímulos. A remoção das pistas ambientais que suscitam o desejo de consumir (ex. garrafas, cinzeiros, alimentos ricos em calorias) constitui uma medida eficaz para reduzir tentações e uma manifestação da intenção genuína de mudar. Um procedimento adicional implica a identificação de actividades substitutas que compensem a ausência da substância psicoactiva e atenuem a sensação de privação. Para esse efeito, devem criar-se, antecipadamente, reservas de *snacks* com baixo teor de açúcar e calorias, planear actividades gratificantes (ex. ir ao cinema, teatro ou a um concerto, receber mensagens, ler, comprar um presente ou passar um fim-de-semana fora) e evitar temporariamente a exposição a situações sociais de elevado risco.

Técnicas para gestão das urgências. Muitas pessoas abstinentes são surpreendidas por tentações inesperadas,

por vezes em fases avançadas de recuperação. Estas situações podem emergir a partir de estímulos internos mas, na sua maioria, são desencadeadas por pistas ambientais. Marlatt & Gordon²⁴ referem a importância de instruir as pessoas para interpretar estes desejos como respostas condicionadas pela exposição aos estímulos e não como necessidades imediatas de gratificação. A este propósito, os autores introduziram uma metáfora, estabelecendo um paralelo entre o desejo ou a urgência e o fazer *surf* numa onda. Sugere-se à pessoa para imaginar que está a aprender a fazer *surf* e que a urgência é uma onda. Deste modo, ela pode observar como a onda se forma e, gradualmente, se desvanece. Como em qualquer nova competência, para «surfear a urgência» é preciso ganhar prática e, até atingir essa perícia, é habitual surgirem revesses. O objectivo é «externalizar» e «desidentificar» a pessoa em relação à sua tentação, ajudando-a a assumir uma posição mais objectiva e consciente. Outras intervenções habituais para lidar e conter urgências envolvem os quatro D's (*Delay, Deep Breathing, Drink water, Do something*), extensamente difundidos na literatura.³⁵

Mapas de recaída. Um mapa de recaída apela à visualização, «como se» a pessoa estivesse novamente a viver a situação, retratando toda a sequência de acontecimentos, percepções, pensamentos, sentimentos, acções e reacções que precederam a recaída.²⁴ A acção de mapear permite que a pessoa ganhe perspectiva sobre rotas (comportamentos) alternativas (ponto H), bifurcações (ponto Y), locais para inversão de marcha (ponto U), caminhos arriscados (ponto S) ou becos sem saída (ponto T). Esta técnica ajuda a identificar as DAI, a sinalizar situações de risco e a desenvolver estratégias eficazes para lidar com acidentes de percurso. À medida que a pessoa reconhece o território em que se move, deve usar diálogos inter-

nos nos quais avalie os vários pontos de decisão (H, Y, U, S, T), uns que aproximam a recaída e outros que afastam o perigo.

COMENTÁRIO

O modelo de Marlatt foi o primeiro a surgir e goza de amplo reconhecimento científico. Os vários conceitos (ex. EVA, DAI), taxinomias e técnicas de intervenção decorrentes do modelo, têm sido sujeitos à validação científica e a constantes evoluções. A quantidade e diversidade de publicações nesta área atestam precisamente a relevância do tema. Através de uma pesquisa na PubMed, usando o descritor «*relapse prevention*», identificam-se 437 referências e, se optarmos por procurar pelo autor (G. Alan Marlatt), surgem 49 títulos.

O modelo baseia-se numa concepção que rompe com as tradicionais, ao introduzir uma perspectiva de continuidade entre a abstinência e o consumo, bem como uma abordagem global dos estilos de vida que envolve as noções de balanço, moderação e controlo pessoal. Daqui resulta um modelo clínico flexível e compreensivo que, por não seguir um programa estruturado de tratamento, exige competências de aconselhamento diferenciadas.

Os estudos de meta-análise sobre a eficácia da PR em dependentes de substâncias confirmam o valor destas técnicas na redução do consumo de substâncias e na melhoria do ajustamento psicossocial.¹³ Outros trabalhos¹¹ realçam a validade do modelo, embora sugeriram não existir uma elevação significativa das taxas de abstinência quando comparadas às obtidas por outros tratamentos.

MODELO DE GORSKI-CENAPS®

Terence Gorski é um psicoterapeuta

cognitivo-comportamental internacionalmente conhecido pelos seus contributos no domínio da TPR. As ideias e métodos desenvolvidos por Gorski baseiam-se na sua experiência clínica e, de forma substancial, nos princípios subjacentes ao Programa dos Doze Passos dos Alcoólicos Anónimos,^{36,37} os quais influenciaram o seu livro – *Staying sober*.¹⁹ A abordagem de Gorski baseia-se num modelo psicoeducativo, cujo objectivo é identificar sinais de aviso e reconhecer padrões de recaída que devem ser interpretados de forma preventiva. A divulgação das suas concepções tem sido feita através de *workshops*, cursos, livros e outros materiais didácticos disponibilizados pelo CENAPS® Corporation (acrónimo de *Center for Applied Sciences* – WWW.CENAPS.COM), entidade da qual é fundador.

Ao contrário de Marlatt, a concepção de Gorski é fortemente influenciada pelo modelo médico. Aliás, na introdução de um dos seus livros,¹⁹ os autores apontam esta diferença conceptual em relação ao trabalho de Alan Marlatt, reconhecendo, contudo, o seu valor científico. Partindo do pressuposto de que o alcoolismo é uma doença biológica incurável, modelada por aspectos psicológicos e sociais, sugerem que as concepções erradas sobre a dependência levam à aplicação de tratamentos incompletos. Estes, por sua vez, propiciam a recaída dos doentes, naturalmente necessitados de cuidados mais diferenciados e contínuos.

Para estabelecer princípios correctos sobre a natureza da toxicod dependência e da PR, o modelo de Gorski-CENAPS®^{18,19,38} começa por descrever dois ciclos: (1) o curso da doença e (2) o modelo de recuperação progressiva. As questões intrínsecas ao processo de recuperação conduzem às noções de (3) síndrome pós-aguda de abstinência e de (4) síndrome da recaída. Baseado nestes pressupostos, o modelo sugere várias actuações na TPR, (5) quer junto

do doente, (6) quer dos seus familiares.

Curso da doença

Gorski coloca a ênfase nas bases biológicas da dependência e no polimorfismo genético, ambos envolvidos na mediação do efeito das drogas, do ritmo de desenvolvimento da tolerância e, globalmente, na predisposição para a adição. Assim, à medida que a pessoa passa a depender dos químicos para ajustar os estados de humor, ela deixa de lidar directamente com as suas vivências ou de enfrentar o dia-a-dia, transformando-se a doença numa entidade bio-psico-social. Este ciclo de dependência tende a perpetuar-se, segundo um esquema que envolve procura de gratificação imediata, disfunção a longo prazo, pensamento aditivo (obsessões, compulsões, negação e racionalização), tolerância à substância, perda do controlo e, de uma forma global, prejuízo bio-psico-social. À medida que a doença se estabelece, os sintomas progredem em três fases: fase inicial, intermédia e crónica.

Fase inicial da doença. Neste momento ainda é difícil distinguir entre o uso ocasional e o aditivo, pois são escassos os sinais de dependência e, ao contrário da maioria das doenças, no início as sensações de desconforto estão ausentes. Embora a pessoa não se aperceba, vão ocorrendo adaptações neuro-químicas que permitem ao organismo tolerar quantidades maiores da substância, à medida que o uso recreativo dá lugar à dependência.

Fase intermédia da doença. Com a perda gradual do controlo surgem várias consequências orgânicas, psicológicas e sociais. A pessoa passa a viver intoxicada, evitando o desconforto dos níveis sub-tóxicos. No caso das drogas que provocam alterações do estado de consciência, começam a evidenciar-se problemas em várias esferas da vida. Apesar disto, é habitual a dependência passar despercebida, especialmente

porque a pessoa oculta os seus consumos, negando a doença e os problemas com ela relacionados.

Fase crónica da doença. A deterioração física e a instabilidade do humor, que flutua em função das concentrações sanguíneas do químico, tornam-se evidentes. O toxicómano organiza-se agora em função da substância e do conjunto de actividades relacionadas com o consumo, facto que acarreta a desinserção em relação aos padrões comuns de vida. Considerando o alto nível de dependência, a par da debilidade motivacional, psíquica e física (no caso da dependência de álcool ou heroína), torna-se difícil mobilizar o doente em direcção à mudança.

Modelo da recuperação progressiva

Embora a dependência em relação aos psicoactivos possa ser controlada, não é possível atingir a cura. Assim, cessar totalmente o consumo é apenas o primeiro passo de um processo longo e gradual. As competências que se vão estabelecendo e o sucesso deste percurso resultam das características pessoais e de uma intrincada combinação de tarefas. Não assimilar os objectivos inerentes a cada uma das etapas significa estar menos preparado para enfrentar os desafios subsequentes. Uma vez que a recuperação não é rectilínea, a pessoa vai-se confrontando com vários retrocessos ou pontos de bloqueio, a partir dos quais é difícil progredir. Nestes casos é imprescindível avaliar as dificuldades e encontrar estratégias para as vencer. As seis etapas do modelo da recuperação progressiva são: transição, estabilização, recuperação (inicial, intermédia e tardia) e manutenção.^{18,19}

Transição. A principal tarefa é reconhecer a doença e, conseqüentemente, que se perdeu o controlo sobre o uso da substância. Esta consciência deve levar à aceitação de que não existe uma utilização benigna ou segura do químico.

Estabilização. O objectivo desta fase

é desintoxicar o organismo e restabelecer o controlo pessoal. Assim, o uso da substância terá cessado, a crise motivacional que marcou o início da desabituação estará ultrapassada e os ajustamentos nos estilos de vida ter-se-ão iniciado. A estabilização ocorrerá quando a pessoa voltar a pensar com clareza, reconhecer sentimentos, recordar factos, readquirir o juízo crítico e ganhar controlo sobre o comportamento. Durante este período será também superada a síndrome aguda de abstinência e parte da fase pós-aguda.

Recuperação inicial. Com a ajuda de um programa estruturado a pessoa aprende a viver sem recorrer a substâncias, aprofundando a compreensão sobre a problemática da dependência. O modo de vida voltou ao normal, devendo, porém, manter-se um nível elevado de atenção aos factores de *stress*. Se existirem outros problemas de saúde, esta é altura para os abordar.

Recuperação intermédia. Neste momento já existe uma boa capacidade para compreender a dependência e o processo de recuperação, o que permite ganhar maior autonomia em relação ao apoio clínico. O papel da família, dos amigos e do meio social é fundamental, considerando que as pessoas com história de consumos tóxicos tendem a recorrer a dependências substitutas. Estas substituições devem ajudar a consolidar estilos de vida equilibrados e saudáveis.

Recuperação tardia. Nesta etapa pretende-se estabelecer um sistema de valores sadio que consolide a auto-estima e a capacidade para manter relações construtivas, gratificantes ou íntimas. Geralmente estes objectivos não são difíceis de atingir, mas algumas pessoas provêm de famílias e meios sociais disfuncionais, com padrões disruptivos durante a adolescência. Nestes casos, em que o crescimento pessoal foi perturbado, torna-se mais difícil a manutenção do bem-estar e um sentido para

a vida livre da toxicidade. O apoio psicoterapêutico pode, então, ser crucial para a reestruturação cognitiva e emocional.

Manutenção. Como a cura definitiva não é alcançável, a vida transforma-se num processo de constante recuperação. Assim, é necessário estar atento aos sinais de perigo, para que cada dia seja produtivo e livre de substâncias psicoactivas.

Síndrome pós-aguda de abstinência

Com a desintoxicação estabelece-se a síndrome aguda de privação (primeiros três a dez dias) que, geralmente, é atenuada por uma droga de substituição, posteriormente retirada. À medida que se dissipa a fase aguda (sete a catorze dias depois de parar) surgem os sintomas pós-agudos de abstinência que se podem prolongar durante meses ou anos. A intensidade máxima deste quadro, porém, atinge-se nos primeiros três a seis meses, período após o qual tendem a remitir. Estes sinais e sintomas tardios resultam das disfunções cerebrais provocadas pelo consumo continuado, mas, essencialmente, por se ter perdido a principal estratégia para lidar com o *stress* e pelo abandono dos estilos de vida baseados na dependência.^{19,38}

Evolução dos sintomas pós-agudos. As manifestações clínicas e sub-clínicas mais habituais são a dificuldade em pensar e concentrar-se, as disfunções da memória, as crises distímicas ou a alexitimia, as perturbações do sono, a dificuldade na coordenação motora e a hiper-sensibilidade ao *stress*. O curso destes sintomas está sujeito a quatro padrões: evolução regenerativa (quanto mais tempo de abstinência, menos sintomas), evolução degenerativa (quanto mais tempo de abstinência, mais sintomas), evolução estável (manutenção da intensidade dos sintomas) e evolução intermitente (vagas alternadas de sintomas). Como é natural, o ob-

jectivo da TPR é promover a recuperação regenerativa ou ajudar a transformar os padrões desfavoráveis, mais habituais em pessoas que não se submetem a estes programas.

Lidar com os sintomas pós-agudos. Prevenir e lidar com os sintomas pós-agudos exige um nível elevado de vigilância, cuidado pessoal e protecção contra situações de risco. Entre as estratégias de actuação mais indicadas, destacam-se a estabilização (partilha, prova de realidade e resolução de problemas), a psicoeducação, o comportamento de auto-protecção, os hábitos alimentares, o exercício físico, a relaxação, a espiritualidade e o equilíbrio dos estilos de vida:

Estabilizar (partilhar, prova de realidade e resolução de problemas)

Partilhar. Quando a pessoa se sente ameaçada pelo efeito dos sintomas pós-agudos, deve partilhar essa dificuldade com alguém que não adopte uma postura acusatória, crítica ou que minimize o problema. Esta partilha ajudará a encarar a situação de forma mais realista e a tornar conscientes os sinais internos de recaída.

Prova de realidade. Uma vez que são habituais modificações na capacidade para perceber a realidade, a pessoa em recuperação deverá confrontar as suas percepções com as de outras pessoas, no sentido de avaliar até que ponto é coerente o que ela pensa e faz.

Resolução de problemas e definição de objectivos. Depois de identificar um problema, interessa saber como ele se iniciou, o que fazer para o resolver e o que resultou em situações anteriores.

Educação pessoal e aprendizagem. Para o ajustamento das crenças e reacções emocionais, é fundamental procurar informação sobre o que é a dependência, a recuperação e os sintomas pós-agudos de abstinência. Adicionalmente, a pessoa tem de reaprender, em contextos seguros, novas maneiras de controlar o *stress*, de se concentrar, de

memorizar ou de desenvolver os seus raciocínios. Aprender a fazer uma coisa de cada vez, escrever aquilo que não quer esquecer, fazer perguntas para clarificar dúvidas, ajustar as expectativas, aceitar que certos sintomas são habituais durante a recuperação ou evitar reagir de forma exagerada, são exemplos de aprendizagens relevantes.

Comportamento de auto-protecção. Após atingir um nível adequado de conhecimento sobre o processo de recuperação, é da responsabilidade da pessoa gerir a abstinência. Reduzir o *stress* resultante dos sintomas pós-agudos torna-se essencial e, nesse sentido, importa proteger-se de situações ou pessoas que possam provocar reacções indesejáveis. Para o efeito, devem-se identificar as fontes de *stress* e as situações de risco para, em seguida, se criarem estratégias para as evitar ou para alterar e controlar reacções pessoais antes que se tornem descontroladas.

Nutrição. A adequação dos hábitos alimentares é importante por três razões. Primeiro, certos quadros de toxicodependência pautam-se por um desequilíbrio nutricional grave. Em segundo, o padrão de alimentação condiciona o nível de *stress* e, finalmente, o ganho ponderal pode ser um risco, por exemplo na desabilitação tabágica. Assim, uma dieta equilibrada deve incluir três refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar), três merendas nutritivas (meio da manhã, lanche e ceia) e restringir a ingestão de açúcar e cafeína, por provocarem elevações súbitas e curtas do nível de energia, seguidas de quebras, irritabilidade e tensão.

Exercício físico. A prática regular de exercício físico constitui um meio útil para reduzir a ansiedade, o *stress* e a tensão. As actividades mais indicadas na recuperação são os alongamentos musculares e os exercícios aeróbicos (ex. andar a pé ou de bicicleta, nadar, dançar) que devem ser mantidos diariamente, durante vinte a trinta minutos.

Relaxação. Entre as estratégias quotidianas para descontraír, Gorski & Miller¹⁹ sugerem o humor, divertir-se, ouvir música, ler, receber massagens, tomar banhos de imersão, fazer sauna ou passear. As técnicas de relaxação mais profundas também promovem sensações de bem-estar, ao desactivar a resposta (*fight or flight response*) e a produção das hormonas de *stress* (adrenalina ou cortisol). Como consequência, facilita-se a distensão dos músculos, a diminuição da temperatura corporal, a lentificação da respiração e do ritmo cardíaco. Entre as técnicas que podem ser escolhidas destacam-se a respiração abdominal, a relaxação muscular, a imaginação guiada e o recurso a gravações ou manuais com exercícios.

Espiritualidade. A procura de um poder superior ao indivíduo, capaz de ajudar a conferir sentido existencial e força para ultrapassar as limitações e obstáculos é uma dimensão fundamental no modelo Gorski-CENAPS®. A pessoa deve estar disponível para manter contacto consciente com essa força espiritual, através da oração, da meditação, do companheirismo ou da participação em acções de solidariedade.

Equilíbrio dos estilos de vida. À semelhança do modelo de Marlatt, enfatiza-se aqui a importância de ajustar as obrigações e as gratificações do dia-a-dia. O objectivo é manter um estilo de vida em que a saúde física, o ajustamento cognitivo-emocional, a integração social e a espiritualidade atinjam uma harmonia que promova a auto-estima e o bem-estar.

Síndrome da recaída

Os autores¹⁹ comparam a recuperação da dependência ao subir de uma escada rolante que gira em sentido descendente. Nesta situação, não é necessário fazer nada para descer ou recair, mas exige-se um esforço activo para conseguir subir ou recuperar. Assim, quando não há uma estratégia concreta de

recuperação, dá-se início ao «processo de recaída» que é um fenómeno desencadeado muito antes do uso efectivo da substância. Isto quer dizer que apesar da pessoa se manter abstinente, a passividade perante o tratamento, a negação das dificuldades ou o desenvolvimento de mitos e crenças erradas podem-se tornar disfuncionais e levar à recaída. As crenças enviesadas sobre a recuperação dividem-se em quatro tipos: enviesamentos sobre como evitar os químicos (ex. «para recuperar basta não consumir»), enviesamentos sobre os sinais de aviso (ex. «a recaída é súbita e imprevisível» ou «o sinal de perigo é ter desejo de consumir»), enviesamentos sobre o papel da motivação (ex. «recair resulta da falta de motivação») e enviesamentos sobre o tratamento (ex. «o tratamento é a garantia suficiente para não recair»). A propósito da síndrome de recaída, é curioso notar que Gorski & Trundy³⁹ usam as expressões *Building Up to Drink and Drug* – BUDD (arranjar maneira de beber e de se drogar) e *Setting Ourselves Up to Relapse* – SOUR (criar condições para recair), para descrever o fenómeno de boicote à abstinência, num sentido próximo à noção de DAI apresentada por Marlatt & Gordon.²⁴

Igualmente importante é a tendência para desenvolver dependências substitutas disfuncionais, através do uso de drogas diferentes das que motivaram o tratamento, e para comportamentos compulsivos (ex. comer, emagrecer, trabalhar, sexo, arriscar, procurar emoções fortes, jogar, gastar dinheiro). Estas substituições visam aliviar o sofrimento e funcionam como estratégias para lidar com o quotidiano. Porém, este prazer imediato acarreta sofrimento futuro, restabelecendo o esquema da adicção num movimento discreto de recaída.

Como os sinais e sintomas de dependência não desaparecem com a abstinência, a PR baseia-se no conhecimen-

to e na interpretação dessa síndrome. Estes sinais resultam de ligeiras alterações cognitivo-emocionais, comportamentais ou sociais e é habitual desenvolverem-se de forma não consciente. Desconhecer, não dar o devido valor ou negar estes sinais, aumenta o risco de recaída e conduz a pessoa a situações tentadoras perante as quais se torna ineficaz a capacidade de auto-controlo. Inversamente, quanto maior a consciência acerca da sucessão de reacções disfuncionais, maior a capacidade de prevenir a recaída. Assim, a síndrome de recaída pode ser invertida, desde que atempadamente reconhecida. Gorski identificou vários sinais de aviso que se distribuem por onze fases de recaída:

1ª Fase. Sinais interiores de aviso. Dificuldade em pensar com clareza (ex. obsessões, bloqueios, ambivalência ou dificuldade em hierarquizar prioridades), em controlar pensamentos e emoções (ex. reacções exageradas, alexitimia, instabilidade, medo ou recalçamento), em recordar, em lidar com o stress (ex. ansiedade, dificuldade em relaxar), em dormir e repousar (ex. insónia inicial, intermédia ou final, pesadelos, hipersonolência, tensão), na coordenação motora (ex. tonturas, desequilíbrio, lentificação da coordenação mão-olho, desajustamento entre imagem e esquema corporal), vergonha, sentimento de culpa e desespero.

2ª Fase. Regresso da negação. Aumenta a preocupação com o bem-estar que se traduz pelo medo de não ser capaz de manter a abstinência. Este receio é negado como estratégia para anular a ansiedade perante a recaída.

3ª Fase. Comportamento evitante e defensivo. A pessoa quer acreditar que não voltará a consumir e, eventualmente, abandona o tratamento. A preocupação em relação à recuperação dirige-se agora para os outros, ao mesmo tempo que adopta uma postura defensiva e reserva em falar das suas dificuldades. Surgem comportamentos compul-

sivos, impulsividade, hiper-reactividade perante as contrariedades e tendência para a solidão.

4ª Fase. Construção da crise. Instala-se a «visão em túnel», marcada pela sensação de fragmentação entre os diversos aspectos da vida. Em algumas ocasiões a pessoa focaliza-se nos aspectos negativos, ignorando os positivos, outras vezes apenas valoriza pequenos aspectos do quotidiano, perdendo a visão de conjunto. Surgem sentimentos de vazio e tristeza, desinvestimento do plano de recuperação e recomeçam os problemas em várias esferas pessoais (ex. casamento, trabalho, relações interpessoais). É interessante notar que Gawin & Ellinwood,⁴⁰ numa abordagem complementar, descrevem este fenómeno de bloqueio cognitivo como resultado, quer da inibição da consciência sobre as consequências negativas de violar a abstinência, quer da activação de estratégias dirigidas para a procura de gratificação imediata. Beck *et al.*,³¹ referindo-se aos esquemas cognitivos associados à tentação e urgência de consumir substâncias, concebem um circuito automático de cognições que também caracterizam a «visão em túnel». Neste modelo, o processo de recaída inicia-se com a exposição a uma situação de activação geradora de tensão (intra ou inter-pessoal), seguida pela antecipação da gratificação («um cigarrinho sabia-me bem»), seguida por uma sensação intensa de desejo, seguida por cognições permissivas («só um não faz mal»), seguida pela necessidade imperativa de obter alívio («preciso de um cigarro já») e seguida, finalmente, pela urgência de fumar e conseqüente recaída.

5ª Fase. Imobilização. A pessoa envolve-se em fantasias, baseadas, quer no pressuposto de «se ao menos...» (ex. «se ao menos ninguém fumasse ao pé de mim», «se ao menos proibissem a venda de bebidas»), quer na expectativa de ser salva por um «milagre». Desencadeia-se ainda um sentimento exagera-

do de falhanço e impotência, perante pequenas contrariedades, juntamente com o desejo imaturo de ser feliz ou de que «as coisas resultem». Em qualquer das situações, não são tomadas medidas efectivas ou construtivas nessa direcção.

6ª Fase. Confusão e reacções exageradas. Aumentam as sensações de confusão, culpa, humor irascível e tensão, relativamente a si e aos outros.

7ª Fase. Depressão. Os hábitos alimentares tornam-se irregulares, com episódios de ingestão ou restrição compulsiva, modificações do peso (aumento ou diminuição) e alterações do sono. As acções diárias tornam-se mais difíceis de cumprir, ou porque são abandonadas a meio, ou porque as rotinas diárias se perdem. Os sintomas depressivos e a reactividade emocional exacerbam-se.

8ª Fase. Perda de controlo sobre o comportamento. A pessoa começa a abandonar o seu esquema de tratamento, adoptando uma atitude desinvestida e rejeitando ajuda (ex. «quero lá saber»). A sensação de insatisfação e desespero desenvolve-se a tal ponto que a pessoa se sente impotente.

9ª Fase. Reconhecimento da perda do controlo. Nesta fase avançada do processo de recaída, a negação cede lugar ao reconhecimento. Surgem sentimentos contraditórios, como pena de si próprio, convicção de poder consumir de forma controlada, recurso consciente à mentira e perda da auto-confiança.

10ª Fase. Redução do leque de opções. A consciência da dependência e o sofrimento voltam a instalar-se. Este retrocesso gera raiva, contra si e/ou em relação ao mundo, sentimento de solidão e frustração, abandono do tratamento, tensão nas relações interpessoais e perda do controlo.

11ª Fase. Regresso à dependência ou colapso físico e emocional. Recomeça o uso da substância, embora subsista a expectativa de conseguir atingir de novo

a abstinência. O consumo torna-se descontrolado e pode assumir níveis mais graves que os anteriores. Instala-se um sentimento profundo de vergonha e culpa.

Prevenção da recaída

Embora existam situações de agudização difíceis de estabilizar e, nestes casos, urge a retirada para um ambiente protegido e calmo, a maneira mais segura de lidar com a síndrome pós-aguda de abstinência é gerir antecipadamente os sinais de aviso e as situações de risco. Igualmente importante num plano de prevenção da recaída (PPR) é a inclusão de diferentes fontes de suporte social, designadamente familiares, amigos, apoio terapêutico e grupos de auto-ajuda. Um esquema desta natureza deve incluir os seguintes componentes:^{19,38}

Estabilização. Manter o estado de abstinência e auto-controlo que constitui o requisito mínimo para estabelecer um PPR.

Auto-avaliação. Determinar os factores que podem levar ou levaram à recaída, com o objectivo de aprender com a experiência passada e alterar as circunstâncias desfavoráveis.

Educação sobre a recaída. Conhecer o que é a dependência e como se desenvolve o processo de recuperação, identificando sinais de aviso a partir da experiência pessoal.

Identificação dos sinais de aviso. Elaborar uma lista de avisos associados ao risco de recaída.

Gestão dos sinais de aviso. A partir desta lista, desenvolver estratégias eficazes para fazer face às situações de risco. Em seguida, através da encenação (*role playing*), estas respostas devem ser ensaiadas até se tornarem fluentes.

Treino do programa de actividades. Diariamente, a pessoa faz um plano (de manhã) e revisão (à noite) das suas actividades, visando identificar situações de risco e evitar a activação da negação.

Revisão do programa de recuperação. À medida que o tempo de recuperação avança, é necessário ajustar o PPR em função das experiências acumuladas, de modo a torná-lo mais eficaz.

Envolvimento com pessoas significativas. Uma vez que a recaída é um processo eminentemente não consciente, os familiares são fundamentais na identificação precoce de sinais, na desativação da negação, na PR ou na recuperação de uma recaída.

Seguimento. Sendo a dependência uma doença crónica, o PPR deve passar a fazer parte das rotinas da pessoa.

Co-dependência

Gorski e a sua associada Miller^{19,41} referem-se ao alcoolismo quando falam da co-dependência, embora esta situação ocorra também em outras dependências de substâncias ilícitas. Por co-dependência os autores descrevem os comportamentos disfuncionais apresentados pelos familiares (ex. pais, cônjuge ou filhos) que convivem intimamente com o paciente identificado. Esta síndrome manifesta-se por alterações físicas, psicológicas ou sociais e desencadeia-se a partir do sofrimento e das crises provocadas pela toxicodependência. A carga negativa começa por mobilizar a família, no sentido de controlar e proteger o membro disfuncional para, em seguida, suscitar sentimentos de frustração, ansiedade ou culpa. Finalmente, gera-se um quadro familiar de exaustão emocional e colapso. Uma vez que este cenário aumenta a probabilidade de recaída, torna-se essencial o envolvimento dos familiares nos PPR.

COMENTÁRIO

Algumas das críticas⁴² mais contundentes apresentadas ao modelo Gorski-CENAPS[®] apontam para a sua falta de consolidação e validação científica, nomeadamente no que se refere às fases do

modelo da recuperação progressiva. De facto, se for efectuada uma pesquisa na PubMed, com restrição dos limites de busca (*Field: author; Limits: male, humans; For: Gorski T*), apenas se encontra uma referência na qual o último autor é T. Gorski⁴³ que, aliás, não é sobre TPR. Esta escassez de literatura, publicada em revistas internacionais, leva a que o estudo e a compreensão deste modelo se faça, quase exclusivamente, recorrendo aos manuais editados pelo CENAPS ou através da frequência dos seus cursos.

Outros comentários críticos relacionam-se com o excesso de apoio na experiência clínica e a forte inspiração no Programa de Doze Passos dos Alcoólicos Anónimos. Baseado nesta abordagem, o alcoolismo é entendido como uma doença primária, crónica, com tendência à recidiva. Deste ponto de vista a PR torna-se um processo contínuo que exige esforço mantido ao longo da vida.

Apesar das críticas, o modelo Gorski-CENAPS[®] apresenta contributos originais e importantes para a prática clínica. Um desses contributos refere-se à perspectiva desenvolvimentalista, adoptada a propósito do curso da doença e do processo de recuperação. Por outro lado, é importante a forma detalhada com que se descreve a síndrome de recaída e as estratégias de PR. Por confirmar fica a eficácia do modelo, o que aliás constituirá um estímulo para os investigadores desta área.

OS MODELOS DE MARLATT E GORSKI: SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS

Os modelos de Marlatt e Gorski partilham diversos princípios comuns (Figura 1). Genericamente, existe a perspectiva de que a PR é um processo activo, no qual a recuperação não se cinge à manutenção da abstinência, tal como a recaída não consiste apenas em



Figura 1. Semelhanças entre os modelos de TPR de Alan Marlatt e Terence Gorski.

voltar a consumir. As intervenções propostas realçam o papel do compromisso, dos vínculos interpessoais e dos contratos terapêuticos, através dos quais se estabelecem planos de contingência para lidar com eventuais recaídas. Os modelos atribuem importância à avaliação e reconhecimento dos sinais de alarme, com destaque para a conscientização sobre os processamentos automáticos e não conscientes (ex. DAI e BUDD). São também essenciais as competências cognitivo-emocionais, ou seja, as estratégias de confronto e as ações racionais e planeadas. Em termos das mudanças globais, enfatizam-se os ajustamentos nos estilos de vida e o desenvolvimento de recursos sócio-cognitivos para recuperar em situações de recaída. Deste modo, a capacidade de prevenir e lidar com a recaída determina a consolidação da abstinência ou o colapso deste objectivo.

Estes modelos apresentam igualmente diferenças importantes (Figura 2). Uma delas resulta da fortíssima validade científica do modelo de Marlatt, decorrente de vários anos de pesquisa

Alan Marlatt	vs.	Terence Gorski
Validação científica		Ênfase na experiência clínica
Meta-controlo		Doença crónica
Presença do terapeuta		Terapeuta, conselheiro ou auto-ajuda
Intervenção flexível		Programa estruturado
Sem dimensão desenvolvimentalista		Dimensão desenvolvimentalista

Figura 2. Diferenças entre os modelos de TPR de Alan Marlatt e Terence Gorski.

e constantes actualizações conceptuais, comparativamente ao modelo de Gorski que, baseando-se na prática clínica, carece de provas sobre a sua validade e eficácia. Outra diferença tem a ver com as concepções sobre a natureza da dependência. Enquanto Marlatt sugere a possibilidade de se atingir um meta-controlo, a moderação e o tratamento, para Gorski a dependência é uma doença crónica. No modelo de Marlatt, é evidente a necessidade de um terapeuta experiente, capaz de conduzir a pessoa ao longo do seu processo de recuperação, ao passo que, segundo Gorski, o terapeuta pode ser substituído por um conselheiro ou grupo de auto-ajuda, não ficando claros os critérios para escolher cada um destes recursos. A abordagem de Marlatt é flexível e ajustada às características individuais, enquanto Gorski elabora programas estruturados, compostos por vários exercícios.^{39,44,45} Finalmente, Gorski apresenta uma perspectiva desenvolvimentalista sobre o curso da doença e da recuperação que ajuda a compreender as vicissitudes destes tratamentos, a qual não é evidente no modelo de Marlatt.

APLICAÇÕES DA TPR AO TRATAMENTO DA NICOTINO-DEPENDÊNCIA

Como se tornou evidente, uma parte

significativa dos modelos em TPR têm sido desenvolvidos na área do alcoolismo. Os conceitos, métodos e técnicas de intervenção, porém, mantêm a sua pertinência em diversos domínios, designadamente no tratamento da nicotino-dependência. Assim, descrevemos algumas das aplicações utilizadas no programa multicomponentes da Consulta de Desabitação Tabágica, do Hospital Júlio de Matos/Centro de Saúde de Odivelas (Figura 3). Este programa intensivo inicia-se com a consulta médica, seguindo-se a intervenção biocomportamental (seis sessões semanais, matriz grupal, dez a quinze pessoas, 90 minutos por sessão), coadjuvada pela terapia de substituição nicotínica. Após a cessação dos hábitos tabágicos, os ex-fumadores são encaminhados para consultas de prevenção da recaída, nas quais devem participar durante três a seis meses (sessões quinzenais, matriz de grupo aberto, 90 minutos por sessão). Em relação à TPR, junto de nicotino-dependentes, parece-nos pertinente efectuar uma apresentação mais detalhada dos conceitos e técnicas utilizadas, quer durante a fase final do programa biocomportamental, quer du-

rante as sessões de TPR.

Filosofia

Partindo da perspectiva de que a dependência de nicotina constitui um problema de saúde complexo, envolvendo aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais, o ex-fumador é mobilizado a assumir um papel pró-activo no seu processo de recuperação. Este movimento, que começa pela fase de desintoxicação, seguida por um período de estabilização e que termina com a desabitação, é marcado por várias progressos e retrocessos. Durante o processo, são restabelecidos os mecanismos de auto-monitorização (observação), auto-controlo (acção) e auto-eficácia (resultado), tendo o ex-fumador que aproveitar as várias oportunidades para aprender estratégias criativas e efectivas para lidar com as tentações, com as situações de risco ou com os retrocessos. Tal como ninguém se torna fumador de um dia para o outro, também não é possível, de repente, um ex-fumador reaprender a viver sem os efeitos biocomportamentais dos produtos do tabaco. Assim, a estabilização destas mudanças exige tempo e capa-

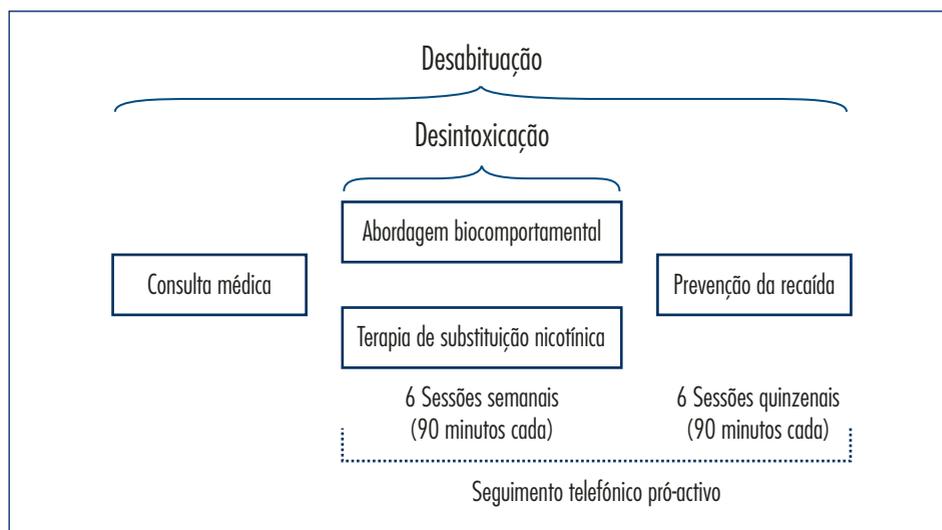


Figura 3. Programa multicomponentes da Consulta de Desabitação Tabágica.

cidade para tolerar a frustração. A imagem que tipicamente a TPR nos sugere é a fractura de um osso. Como é evidente, após um período de imobilização e consolidação da massa óssea, será necessário acompanhamento fisioterapêutico até que a mobilidade esteja restabelecida. É, porém, importante realçar que em muitos aspectos a elevação do nível de alerta não terá de ser mantida indefinidamente. Após o período inicial, alguns dos ajustamentos nos hábitos diários (ingestão de café, controlo de estímulos, compensação mão-boca, etc.) deixarão de ser importantes, à medida que o ex-fumador se autonomiza da dependência nicotínica (três a seis meses).

Objectivos

O objectivo geral é a prevenção da recaída em pessoas envolvidas na manutenção da abstinência nicotínica. De forma complementar, pretende-se (1) ajudar o ex-fumador a identificar sinais precoces de recaída (internos e externos), (2) adoptar medidas preventivas para lidar com situações de risco, tentações e sensações de urgência em fumar, (3) treinar competências comportamentais, cognitivas e emocionais no controlo de lapsos e recaídas e (4) apoiar a manutenção de estilos de vida equilibrados.

5.3. Abordagem clínica

Grupo de suporte e sustentação emocional. Um dos principais aspectos na facilitação da dinâmica do grupo em TPR tem a ver com o clima emocional promovido. É, de facto, fundamental que o terapeuta ou facilitador adopte uma atitude positiva e receptiva para com a pessoa que procura ajuda. Isto quer dizer que o cuidado não possessivo, a apreciação da totalidade da pessoa que não se esgota na aceitação apenas de determinadas escolhas, é a génese da consideração positiva e incondicional.⁴⁶ Esta capacidade de aceitação

empática é um elemento importante, tanto na manutenção dos laços de cumplicidade, entre a equipa clínica e os ex-fumadores (*compliance*), como na abordagem dos fenómenos de violação da abstinência, frequentemente marcados por sentimentos de vergonha, culpa, tensão, depreciação pessoal e dissonância cognitiva. Na realidade, trata-se de constituir um suporte emocional, cognitivo e social de qualidade «suficientemente boa», para aludir ao conceito de Winnicott,⁴⁷ capaz de sustentar o ex-fumador no seu movimento de autonomização. Neste ambiente, a pessoa sente e sabe que em qualquer momento pode regressar ao grupo de TPR, mas também que a descontinuação é aceite como um sinal positivo de autonomia.

Identificação das situações de risco. A identificação sistemática das situações de risco (intra e inter-pessoais) é um momento importante na compreensão da conduta tabágica e das estratégias que conduzem à PR. Neste âmbito, recorreremos adicionalmente às metáforas do «anzol» e da «lâmpada», introduzidas por Powell⁴⁸ para o tratamento de doentes com elevada reactividade emocional (cf. Trigo).⁴⁹ Na sequência da identificação das situações de risco, usam-se técnicas de controlo e extinção de estímulos, estratégias de evitamento e abandono das situações de risco²⁴ e os quatro D's.³⁵

Sinais precoces de recaída. O conhecimento dos vários sinais precoces de recaída revela-se útil na desabilitação tabágica. Entre estes sinais podem incluir-se manifestações relativamente evidentes, como o desejo e urgência de fumar, mas também situações menos óbvias, como deixar-se estar em casa aborrecido num domingo à tarde, beber álcool numa fase precoce da abstinência, rejeitar a ideia de que a nicotina causa dependência prolongada, não proceder a alterações nos estilos de vida, etc. A este nível, o conceito de «visão em túnel», descrito por Beck *et al.*,³¹ aju-

da os ex-fumadores a reconhecer circuitos cognitivos automáticos que podem conduzir à recaída. À medida que estes processamentos passam de um nível não consciente para um processamento consciente, aumenta a capacidade de controlo e eficácia pessoal. Por outro lado, é importante o ex-fumador compreender que os sinais de recaída se modificam ao longo da recuperação. Se numa primeira fase é habitual o ex-fumador confrontar-se com o desejo e urgência de fumar, à medida que a abstinência é mantida podem surgir fenómenos de fadiga, diminuição do nível de alerta e desinvestimento do processo de recuperação.

Mapas de recaída. Os mapas de recaída são fundamentais na identificação das várias decisões aparentemente irrelevantes (DAI) e na sinalização dos contextos que efectivamente contribuíram para a recaída. Gorski & Trundy³⁹ descrevem três tipos de mapas de recaída: (1) mapas de situações de risco elevado que *conduziram* a uma recaída, (2) mapas de situações de risco elevado que *não conduziram* à recaída e (3) mapas de situações de risco elevado que a pessoa *poderá enfrentar* num futuro próximo. É de facto frequente o ex-fumador não ter uma noção clara sobre os desencadeantes pessoais e ambientais subjacentes à recaída. Esta reconstrução do cenário físico, emocional e cognitivo da recaída constitui, não apenas uma oportunidade de análise objectiva, mas também um momento de aprendizagem. Durante o mapeamento, parte das repercussões negativas do efeito de violação da abstinência (EVA) dissolvem-se, ora porque a pessoa é conduzida a não adoptar uma postura passiva e recriminatória, ora porque a compreensão das circunstâncias de recaída aumentam o sentimento de eficácia e competência pessoal. Uma vez que algumas destas crises de recaída estão associadas a alterações ou à interrupção das terapias de substituição nico-

tínica, os mapas devem indagar informação desta natureza.

Estratégias para travar uma recaída. Alguns ex-fumadores reagem com incómodo à discussão sobre as técnicas para lidar com eventuais recaídas. Admitir que a recaída é um fenómeno frequente no processo de recuperação pode constituir, por si só, um factor de ameaça, desmotivação ou «agoiro» (pensamento mágico). Nestas circunstâncias, torna-se necessário reforçar a ideia de que o processo de desabitação é marcado por progressos e retrocessos (lapsos, recaída ou colapsos), mas que cada um dos ex-fumadores poderá ter alcançado definitivamente a sua abstinência. A expressão «todos iguais (ex-fumadores), todos diferentes (em termos biopsicossociais)», traduz bem a ideia que a prova epidemiológica segundo a qual um ex-fumador cai em média três a sete vezes antes de parar em definitivo pode ser contrariada por ocorrências excepcionais, particularmente quando se recorrem a programas de TPR. Algumas regras simples que podem marcar a diferença entre um lapso e uma recaída resumem-se a esperar vinte minutos até fumar o cigarro que assinala o lapso, esperar uma hora até voltar a fumar e nunca comprar cigarros. Efectuar planos de contingência que envolvam a definição do papel a adoptar pela família e amigos próximos constitui um mecanismo adicional para reforço da regulação e controlo pessoal.

Balanceamento dos estilos de vida. A propósito da adopção de estilos de vida saudáveis durante a desabitação tabágica, temos recorrido a uma metáfora de Lazarus.⁵⁰ Partindo da imagem de uma cadeira equilibrada nos seus quatro pés, Lazarus sugere que a abstinência traz consigo um período de desajuste, em que cada um dos pés deixa de estar nivelado. Assim, ao fumador em recuperação exige-se um esforço de reajustamento em quatro eixos funda-

mentais: sonoterapia (sono, repouso, evitar a exposição excessiva ao *stress*), hidroterapia (beber água, tomar banhos quentes de imersão), respiração e dieta. A médio prazo, o equilíbrio ou desequilíbrio destas medidas de compensação poderá determinar a estabilidade do processo de recuperação.

Psicoeducação. Durante todo o programa de desabituação, são desenvolvidas acções de informação e educação sobre a dependência nicotínica. Esta abordagem inclui a discussão sobre os benefícios da cessação tabágica, os mecanismos biocomportamentais envolvidos na nicotino-dependência, os sinais físicos e psicológicos de desintoxicação (síndrome de abstinência), a posologia das terapias de substituição nicotínica e os efeitos indesejados, as fases de desabituação nicotínica (período de cessação, susceptibilidade, fadiga, manutenção, terminação), os sinais precoces de recaída, a distinção entre lapso, recaída e colapso, as noções de desintoxicação e desabituação, o ganho ponderal após a cessação tabágica, as estratégias de confronto, etc. Estas informações são partilhadas durante a dinâmica de grupo, tendo sempre como critério a sua adequação ao caso singular do ex-fumador. De forma complementar, distribuem-se materiais escritos e gráficos que as pessoas podem voltar a consultar. Estes suportes didácticos são, por vezes, utilizados por outros familiares fumadores que não frequentam a consulta. A monitorização e informação sobre o processo de redução na dosagem da nicotina de substituição também é importante, uma vez que alguns ex-fumadores relatam, nas fases de transição, um aumento do desejo e urgência de fumar, particularmente quando a nicotina é administrada por via transdérmica. Em outras ocasiões, assinalam-se «experiências» precoces para descontinuar a terapêutica que podem corresponder a boicotes não conscientes à manutenção da abstinência.

Seguimento telefónico pró-activo. O acompanhamento pró-activo dos ex-fumadores, recorrendo a contactos telefónicos periódicos, constitui uma estratégia eficaz de reforço da motivação para a abstinência, de detecção precoce de lapsos e de encaminhamento. Na medida em que uma parte significativa dos fumadores e ex-fumadores não gosta de ver a questão da dependência nicotínica excessivamente «medicalizada» ou alvo da intervenção dos técnicos de saúde, o contacto telefónico periódico pode constituir uma técnica útil e bem tolerada pelas pessoas em recuperação. Em termos clínicos, o que se revela mais importante é a gestão dos processos de motivação e o apoio na vigilância/focalização em redor dos objectivos, quer da cessação tabágica, quer da manutenção da abstinência. Na realidade, o contacto telefónico pró-activo também se tem revelado eficaz durante a fase de desintoxicação, nas ocasiões em que os participantes faltam sem aviso prévio. Através desta abordagem podem-se evitar retrocessos ou a desmobilização em relação ao objectivo de parar de fumar. A gestão deste tipo de sistemas, porém, deve basear-se em bases de dados, capazes de gerar automatismos de alerta, assinalando quais as pessoas a contactar. Os alertas, por seu turno, têm de obedecer a algoritmos que levem em consideração critérios de tempo (ex. prioridade aos ex-fumadores mais recentes), frequência (ex. número de sessões de TPR frequentadas) e seguimento (ex. contactos periódicos aos 6, 12, 24 meses). Como é evidente, um sistema de vigilância desta natureza exige recursos logísticos e humanos que frequentemente não estão disponíveis nas unidades de saúde públicas.

Especificidade

Padrões não benignos de recuperação. Geralmente, os fumadores mobilizam fortemente a sua disponibilidade (emocional e de tempo) para cessar o

hábito tabágico mas, em alguns casos, valorizam insuficientemente o processo de PR. Nestes casos, temos notado dois padrões não benignos de evolução:

Desvinculação precoce. O ex-fumador desvincula-se precocemente do programa de TPR, geralmente antes da entrada numa fase de maior auto-controlo e estabilidade. Com frequência, estes ex-fumadores manifestam negação da dependência, fraco conhecimento do processo de desabituação e/ou dificuldade em receber ajuda.

Fadiga da cessação. Durante as sessões de TPR, o desejo e a urgência para fumar podem manter-se, bem como vários sinais precoces de recaída (ex. não eliminar estímulos relacionados com os cigarros, exposição a situações de risco e *stress*). Nestes casos, nota-se uma ambivalência mal ultrapassada durante o processo de desintoxicação, mas também insuficiente capacidade para mudar os estilos de vida e uma exposição excessiva a situações sociais adversas que provocam fadiga intensa.

Flutuações da assiduidade. A oscilação na participação dos ex-fumadores em sessões de TPR é relativamente alta. Algumas sessões podem decorrer com oito a dez pessoas, enquanto, em outras ocasiões, esse número será de um ou dois ex-fumadores. Por um lado, os ex-fumadores manifestam diferentes níveis de necessidade em relação à TPR, por outro lado, deve-se ter em conta que os ex-fumadores mais antigos deixam gradualmente de frequentar as sessões, muitas vezes no momento em que novos ex-fumadores integram a TPR. Este aspecto leva a que o número de ex-fumadores no nosso programa seja semelhante ao número de pessoas que integraram o último grupo para cessação tabágica. Assim, quando os novos ex-fumadores passam para a TPR, os ex-fumadores mais antigos contam já com aproximadamente oito semanas de abstinência e, portanto, terão alcançado uma maior estabilização dos sinais

pós-agudos de abstinência.

Seguimento dos lapsos e recaídas. Na TPR os ex-fumadores envolvem-se activamente na análise dos sinais precoces de recaída, bem como dos lapsos. Porém, quando o retrocesso se transforma numa recaída, torna-se mais difícil mobilizar a pessoa para o programa de PR. É como se, de repente, ocorresse um bloqueio no fluxo de disponibilidade e empenho, passando a erguer-se vários obstáculos (a hora da sessão é pouco adequada, o excesso de trabalho impede a participação, o contacto telefónico não é fácil de estabelecer, etc.). Apesar do efeito de violação da abstinência ser um tema abordado durante a fase de desintoxicação e do ambiente de aceitação incondicional, é complexa a recondução destes fumadores para uma reflexão aberta sobre as suas motivações ou planos em termos da desabituação tabágica. Parece, pois, evidente que alguns fumadores preferam adoptar outras estratégias para reduzir a dissonância cognitiva e o EVA, de preferência sem a presença dos técnicos de saúde. Este sinal deve ser entendido pelos clínicos como o regresso a uma fase de pré-contemplação ou contemplação,²⁰ o que também exige à equipa capacidade e tolerância para lidar com a frustração.

DISCUSSÃO

A complexidade clínica das toxicodependências implica que os diferentes estádios de tratamento sejam acompanhados por princípios de actuação específicos. Poderíamos distinguir três momentos terapêuticos, cada qual exigindo atitudes e técnicas próprias: (1) as entrevistas de motivação,⁵¹ que lidam com os processos de tomada de decisão (motivacionais, emocionais, cognitivos, existenciais ou sociais) e com a consciencialização quanto à mudança a operar;⁴⁹ (2) a fase de desintoxicação

e paragem no consumo da substância psicoactiva (nicotina, álcool, heroína);^{31,52} (3) e a TPR, manutenção da abstinência e desabituação.^{19,24} Se utilizássemos metáforas para ilustrar cada uma destas fases, elas seriam: «saltar o muro», «vencer a vertigem do precipício» e «atravessar o deserto»:

«*Saltar o muro*». A imagem do muro, erguido frente à pessoa, traduz a sensação de impedimento ou dificuldade em tomar e manter a decisão de parar. Deste ponto de vista, a iniciativa de «saltar o muro» é a que mais tempo demora e, até chegar esse momento, é habitual passarem-se vários anos. Após a tomada de decisão, é comum observar o reaparecimento de novos obstáculos, como se afinal o «muro» não tivesse sido realmente transposto.

«*Vencer a vertigem do precipício*». A visão do precipício reporta-se ao desafio, vertigem, inquietação e incerteza daqueles que se envolvem no tratamento de uma dependência. Fumadores com vários anos de consumo poderão sentir-se inicialmente cépticos quanto à capacidade para deixar de fumar os seus quarenta cigarros diários, em apenas um mês, ao passo que pessoas dependentes da heroína considerarão pouco provável quebrar as rotinas necessárias à obtenção da dose diária.

«*Atravessar o deserto*». A noção de travessia do deserto é uma alusão à determinação, resistência e perícia exigida aos que pretendem manter-se abstinentes. De facto, após cessar um consumo, o problema desloca-se para a dificuldade em prevenir a recaída e para o processo de desabituação.

A aproximação de cada obstáculo lança a pessoa num jogo de tudo ou nada, de superação ou esmagamento, onde se põe em causa a identidade pessoal. À semelhança de outras situações que envolvem mudança, coexistem medos perante o desconhecido, esforço para manter o sentimento de segurança, desejo de evitar o sofrimento, mas

também necessidade de romper com o passado e seguir novos caminhos. Esta é a perspectiva da pessoa no início do tratamento, uma visão marcada pela ambivalência. Curiosamente, ao olhar para trás, depois de superadas as dificuldades, surge frequentemente uma visão suavizada, na qual tudo parece ter sido mais simples. Não é, porém, expectável que vários anos de dependência possam subitamente terminar, após a desintoxicação. A abstinência é apenas o ponto de partida da recuperação, uma vez que reaprender a não depender de um químico, para modelar estados emocionais ou para reagir às situações quotidianas, é um processo complexo que envolve retrocessos e exige perícias diversificadas. Estas competências de recuperação podem ser resumidas em três palavras: (1) razão, (2) atenção e (3) relação:

Razão. Prevenir a recaída envolve consciência acerca das razões genuínas que suscitaram a iniciativa de parar (ver Trigo).⁴⁹ Em última instância, a possibilidade de escolher entre o caminho da abstinência ou da dependência insere-se na esfera pessoal de decisão. Na medida em que ninguém se torna novamente dependente apenas na sequência de um deslize, o sentido das escolhas individuais pode apoiar a decisão inicial de parar ou conduzir ao colapso, neutralizando esse plano.

Atenção. Manter-se abstinente implica aceitar que o processo de recuperação é longo e pautado por retrocessos e contratempos. Por este motivo, é necessário um nível elevado de alerta e conhecimento sobre os sinais internos (pensamentos, sentimentos, etc.) e externos (situações de risco, etc.) que assinalam o perigo de uma recaída. Além da capacidade para identificar estes avisos, é essencial adoptar uma atitude activa de antecipação sobre as situações de risco, através de planos de contingência, ou seja, de soluções criativas e construtivas para fazer face aos cená-

rios de crise. (ver Fisher & Goldfarb;⁵³ Trigo.)⁵⁴

Relação. Enquanto a dependência de uma substância se instala de forma silenciosa e involuntária, a desabituação é violenta, envolve a sensação de perda e exige um esforço activo. Neste sentido, é mais fácil entrar do que sair da dependência. Em ambos os movimentos, o papel dos pares e do meio social é crucial, embora a sua função seja diferente em cada uma das situações. Muitos dos companheiros e contextos sociais que favoreceram o início de um consumo devem agora ser substituídos por ambientes protectores e relações emocionalmente significativas. Assim, a recuperação de uma dependência também depende da cooperação de pessoas capazes de ajudar a sustentar este objectivo.

De forma complementar, e à semelhança do que ocorre em outros processos de perda e autonomização, a PR envolve um trabalho de luto. Elaborar uma posição autónoma do abuso de substâncias suscita reacções psicológicas que se prolongam muito para além dos sinais físicos de desintoxicação desencadeados nas primeiras semanas. A sensação de perda, nostalgia, vazio, tensão e irritabilidade, bem como o desejo de ressuscitar algo muito estimado (expectativa de gratificação) ou a fantasia de que, no futuro, ocorrerá um reencontro benigno e controlado com esse tóxico (cognições permissivas), são manifestações típicas após o «enterro» do uso de uma substância. Lembremos quantos ex-fumadores guardam o seu último maço, isqueiro ou cinzeiro, em memória dos «bons velhos tempos» (objecto contra-fóbico), num misto de saudade e medo de recair. De facto, também na PR, a elaboração do luto pode ser normal ou patológica mas, em qualquer dos casos, será certamente uma situação paradoxal e dolorosa. Se a pessoa já sofria ao consumir a substância, porque pretendia parar, sofre agora por-

que não a consome e, se vier a recair, volta a sofrer porque recaiu. Se conseguir recuperar após a recaída, terá a dor de quem tem de abandonar novamente o desejado consumo.

Superar dificuldades tão significativas e em alguns casos restaurar a própria identidade exige capacidade para construir sentidos existenciais nutritivos que confirmam significado à vida e protecção contra as adversidades. Comungando da admiração de Antonovski,⁵⁵ sobre o que realmente mantém as pessoas saudáveis, é igualmente surpreendente como as pessoas, apesar da frequente recaída, voltam a envolver-se na mudança do seu comportamento. Esta capacidade de renascer das cinzas constitui uma «fibra psicológica» que torna a pessoa capaz de resistir à pressão, à frustração ou à fadiga. Assim, tal como se identificam riscos que provocam a recaída, também há factores de resiliência⁵⁶ que ajudam a manter a abstinência, motivo pelo qual o sentido de coerência, o optimismo ou o *hardiness* devem constituir focos terapêuticos na PR. A propósito dos factores de risco, tanto na recaída como no início e manutenção das dependências, seria interessante avaliar o papel de outros padrões cognitivo-emocionais negativos, já investigados no domínio da Psicocardiologia.⁵⁷ Entre estes conceitos destacam-se o comportamento tipo A, o tipo A de alta reactividade (hostilidade-irritabilidade-impaciência), a síndrome AHA (*anger, hostility, aggression*/ira, hostilidade, agressão), as sensações de urgência e impaciência (*time urgency and impatience* – TUI) ou as reacções associadas à necessidade de dominância social.⁵⁸

Na abordagem da desabituação de substâncias é, de facto, necessário considerar os contributos de Marlatt e Gorski. O campo teórico e clínico introduzido pela TPR abre portas, não apenas a uma maior eficácia terapêutica, mas também a uma abordagem mais

global, realista e humanizada. Sabemos hoje que o desejo de consumir e o risco de recair não ocorrem de forma casual. Desencadeiam-se antes pela confluência de múltiplos factores, como a história pessoal (ex. história familiar de doença, anos de consumo, comorbilidade psicopatológica e apoio social), estados fisiológicos (ex. sintomas de privação, indisposição, dores), processos emocionais e cognitivos (ex. motivação, auto-eficácia, expectativas de gratificação associadas ao uso da substância, EVA, confronto com situações de vida adversas) ou aspectos contextuais (ex. exposição ao estímulo, pressão social para consumir, publicidade). Enquanto a história pessoal pode constituir um factor de vulnerabilidade permanente, os aspectos contextuais representam desencadeantes imediatos da recaída.²⁷ Por este motivo, para manter a abstinência é necessário desenvolver competências tão diversas como o auto-controlo, o ajustamento emocional ou a capacidade para estabelecer relacionamentos interpessoais protectores.

Embora não seja objectivo deste texto, importa referir que, nos processos de recaída, nem tudo pertence à esfera sócio-cognitiva. A par dos mecanismos psicossociais, existem polimorfismos genéticos importantes na iniciação e manutenção das dependências químicas. No caso do tabagismo, os estudos revelam diferenças no número de receptores cerebrais de nicotina, na taxa de metabolização e sensibilidade à nicotina ou na rapidez com que se desenvolve a tolerância. Apesar dos resultados serem ainda pouco consistentes, os investigadores têm-se interessado especificamente pelo papel da enzima CYP2A6,^{59,60} responsável pela transformação da nicotina em cotinina, bem como pelos genes que regulam a função dopaminérgica – DRD2.⁶¹ Alguns dados sugerem mesmo que a variância explicada pelos factores genéticos na determinação do hábito de fumar possa ir até

aos 70%.⁶² Como é natural, seria importante considerar estas variações na avaliação da propensão *vs.* resistência à recaída, já que a quantidade de substância ingerida, o número de anos de consumo, a gravidade da dependência ou a intensidade da síndrome de abstinência, podem ser mediados por polimorfismos genéticos.

Estes factos justificam que se reserve um papel especial para a TPR, nos Centros de Tratamento a Toxicodependentes, nos Centros Regionais de Alcoologia, nos Hospitais e nos Centros de Saúde. A mobilização de meios humanos e materiais terá de levar em consideração que o tempo médio de tratamento se prolonga muito para além do momento em que a abstinência é atingida. Daqui decorrem três consequências imediatas. Primeiro, os destinatários destes tratamentos devem ter a clara noção de que objectivos terapêuticos sólidos só podem ser alcançados a médio prazo. Em segundo lugar, a avaliação da eficácia destes programas tem de ser ajustada tendo em conta seguimentos periódicos (6º, 12º mês e anualmente durante os primeiros cinco anos). Em terceiro lugar, qualquer expectativa excessiva por parte dos técnicos de saúde pode desencadear sentimentos de frustração, atribuição indevida de responsabilidades ou quadros de exaustão emocional (*burnout*). Neste contexto, as reuniões clínicas periódicas e a formação de grupos Balint poderão desempenhar um papel importante para o enquadramento de cada caso e para a gestão do *stress* profissional.

Espera-se, pois, que os diferentes saberes e profissionais se organizem em equipas multidisciplinares capazes de rectificar o ruído e a inércia dos processos distorcidos de aprendizagem. Neste esforço, os técnicos devem munir-se de todos os recursos terapêuticos cuja efectividade esteja cientificamente demonstrada, designadamente as abordagens sobre os processos humanos de

mudança^{20,23} e motivação,⁵¹ a terapia centrada na pessoa,^{46,63} a terapia cognitivo-comportamental,³¹ a terapia racional emotiva do comportamento,⁵² a terapia de substituição nicotínica^{35,64} e a TPR.^{18,19,24,38} Igualmente relevantes são os modelos e teorias sobre a auto-eficácia,⁶⁵ a dissonância cognitiva,⁶⁶ a crise⁶⁷ ou o sentido de coerência.⁵⁵ Como é evidente, o uso correcto destes recursos exige um nível adequado de especialização em aconselhamento na área das dependências. Interessa notar que este aconselhamento mistura técnicas de psicoeducação, conhecimentos sobre a psicobiologia da dependência, um correcto manejo das dinâmicas de grupo, bem como da aliança terapêutica. Na realidade, apenas um esquema completo de tratamento poderá promover a efectiva recuperação.⁴⁵

CONCLUSÕES

A TPR é hoje um recurso terapêutico essencial, não apenas nas áreas tradicionais da dependência de substâncias psicoactivas (tabaco, álcool, opiáceos, cocaína, fármacos) e situações clínicas caracterizadas pela dependência e descontrolo do impulso (jogo patológico, perturbações da conduta alimentar e sexual, delinquência e criminalidade, comportamento agressivo), mas também no tratamento de quadros psicopatológicos (depressão, perturbação bipolar ou esquizofrenia).

Os conceitos e técnicas de intervenção em TPR, apesar de não terem sido desenvolvidos especificamente na área da nicotino-dependência, revelam um valor conceptual e clínico inestimável. Como é natural, é importante efectuar vários ajustamentos na importação destes modelos, uma vez que a nicotina é uma substância psicoactiva com efeitos diferentes daqueles que são produzidos, por exemplo, pelo álcool, pelos opiáceos, pela cocaína ou pelos aluci-

nogénios. Em cada caso é necessário ter em consideração a especificidade do curso da dependência, das manifestações clínicas e das consequências sociais associadas.

Na abordagem clínica da nicotino-dependência existem três momentos fundamentais: a motivação para a mudança, a cessação tabágica e a prevenção da recaída. Neste processo, enquanto a desintoxicação física é atingida alguns meses após a abstinência, a desabituação emocional e gestual poderá demorar anos a ser alcançada. Esta dificuldade justificará, em parte, a elevada taxa de recaída e a necessidade de desenvolver programas de terapia em prevenção da recaída.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Becoña E, González F. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson; 1998.
2. Miller NS, Millman RB, Keskinen S. Outcome at six and twelve months post inpatient treatment for cocaine and alcohol dependence. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1990; 9 (3-4): 101-20.
3. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol* 1971 Oct; 27 (4): 455-6.
4. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *JAMA* 1994 Jun 22-29; 271 (24): 1940-7.
5. Prochaska J, DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theor Res Pract* 1982; 19 (3): 276-88.
6. Gilbert D. Smoking: individual differences, psychopathology, and emotion. Washington: Taylor & Francis; 1995.
7. Lillington GA, Leonard CT, Sachs DP. Smoking cessation: techniques and benefits. *Clin Chest Med* 2000 Mar; 21 (1): 199-208.
8. Tsoh JY, McClure JB, Skaar KL, Wetter DW, Cinciripini PM, Prokhorov AV, et al. Smoking cessation 2: components of effective intervention. *Behav Med* 1997 Spring; 23 (1): 15-27.
9. Viswesvaran C, Schmidt F. A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *J Appl Psychol* 1992 Aug;

77 (4): 554-61.

10. Schwartz J. Methods for smoking cessation. *Clin Chest Med* 1991 Dec; 12 (4): 737-53.

11. Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol* 1996; 4 (1): 46-54.

12. Ramsay J, Hoffmann A. Smoking cessation and relapse prevention among undergraduate students: a pilot demonstration project. *J Am Coll Health* 2004 Jul-Aug; 53 (1): 11-8.

13. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1999 Aug; 67 (4): 563-70.

14. Curry SJ, McBride CM. Relapse prevention for smoking cessation: Review and evaluation of concepts and interventions. *Annu Rev Public Health* 1994; 15: 345-66.

15. Matheny KB, Weatherman KE. Predictors of smoking cessation and maintenance. *J Clin Psychol* 1998 Feb; 54 (2): 223-35.

16. Piasecki TM, Fiore MC, McCarthy DE, Baker TB. Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. *Addiction* 2002 Sep; 97 (9): 1093-108.

17. Polivy J, Herman CP. If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *Am Psychol* 2002 Sep; 57 (9): 677-89.

18. Gorski T. Passages through recovery: an action plan for preventing relapse. Center City: Hazelden; 1989.

19. Gorski T, Miller M. Staying sober: a guide for relapse prevention. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 1986.

20. Prochaska J, Johnson S, Lee P. The transtheoretical model of behavior change. In: Shumaker S, Schron E, Ockene J, McBee W, editors. *The handbook of health behavior change*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 1998. p. 59-83.

21. Mayo Clinic Nicotine Dependence Center. *Stopping tobacco use: a patient manual*. Rochester: Mayo Press; 2000.

22. Agra C, Fernandes L. Droga enigma, droga novo paradigma. In: Agra C, editor. *Dizer a droga, ouvir as drogas. Estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento adictivo*. Porto: Radicário; 1993. p. 55-86.

23. Mahoney M. *Processos humanos de mudança: as bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed; 1998.

24. Marlatt GA, Gordon J. *Relapse prevention. Maintenance in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press; 1985.

25. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.

26. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention: an overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health* 1999; 23 (2): 151-60.

27. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *Am Psychol* 2004 May-Jun; 59 (4): 224-35.

28. *Bíblia Sagrada. Génesis: O prato de lentilhas*. Lisboa: Difusora Bíblica; 1990. Génesis -26.

29. Marlatt GA, George W. Relapse prevention and maintenance of optimal health. In: Shumaker S, Schron E, Ockene J, McBee W, editors. *The handbook of health behavior change*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 1998. p. 33-58.

30. Niaura R. Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction* 2000 Aug; 95 Suppl 2: S155-63.

31. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press; 1993.

32. Beck A, Emery G, Greenberg R. *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books; 1985.

33. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.

34. Rogers P, Baldwin S. *Controlled or reduced smoking: an annotated bibliography*. Westport: Greenwood Press; 1999.

35. Fiore M, Bailey W, Cohen S, Dorfman S, Goldstein M, Gritz E, et al. *Treating tobacco use and dependence: clinical practice guideline*. Rockville: United States Department of Health and Human Services; 2000.

36. *Alcoólicos Anónimos. AA: doze passos e doze tradições*. Lisboa: Alcoólicos Anónimos; 2003.

37. *Alcoólicos Anónimos. AA: Viver sóbrio: alguns métodos utilizados por membros de A.A. para não beber*. Lisboa: Alcoólicos Anónimos; 1999.

38. Miller M, Gorsky T, Miller D. *Learning to live again: a guide for recovery from chemical dependency*. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 1992.

39. Gorski T, Trundy A. *Relapse prevention counseling workbook: practical exercises for managing high-risk situations*. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 2000.

40. Gawin HF, Ellinwood EH Jr. *Cocaine*

- and other stimulants: actions, abuse, and treatment. *N Engl J Med* 1988 May; 318 (18): 1173-82.
41. Miller M, Gorsky T. Family recovery: Growing beyond addiction. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 1982.
42. Correctional Service of Canada. Relapse techniques. Literature review. Disponível em: URL: <http://www.csc-scc.gc.ca> [acedido em 18/02/2005].
43. Wijatkowski S, Forgays DG, Wrzesniewski K, Gorski T. Smoking behavior and personality characteristics in Polish adolescents. *Int J Addict* 1990 Apr; 25 (4): 363-73.
44. Gorski T. Relapse prevention therapy workbook: managing core personality and lifestyle issues. Spring Hill: Herald House / Independence Press; 1995.
45. Trigo M. Relapse prevention counseling workbook: practical exercises for managing high-risk situations [recensão]. *Rev Port Clin Geral* 2006 Jan-Fev; 22 (1): 51-5.
46. Rogers C. Tornar-se pessoa. Lisboa: Moraes Editores; 1985.
47. Winnicott D. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 1988.
48. Powell L. The hook: a metaphor for gaining control of emotional reactivity. In: Allan R, Scheidt S, editors. Heart and mind: the practice of cardiac psychology, 2nd ed. Washington: American Psychological Association; 1998. p. 313-27.
49. Trigo M. O que provoca realmente a mudança nos fumadores? Algumas reflexões. *Rev Port Clin Geral* 2005 Mar-Abr; 21 (2): 161-82.
50. Lazarus S. La prévention du tabagisme en France : l'approche des thérapies de groupe. In: 1º Curso de Pós-Graduação em Tabagismo: sua prevenção e cessação; 4 Abril-21 Junho 2005; Lisboa.
51. Miller W, Rollnick W. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
52. Bishop F. Managing addictions: cognitive, emotive, and behavioral techniques. New Jersey: Jason Aronson; 2001.
53. Fisher E, Goldfarb T. American Lung Association 7 Steps to a smoke-free life. New York: John Wiley & Sons; 1998.
54. Trigo M. American Lung Association. 7 Steps to a smoke-free life [recensão]. *Rev Port Psicossom* 2004; 6 (1): 137-40.
55. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
56. Trigo M, Lourenço I. Prevenção primária das perturbações emocionais: factores de risco e protecção na clínica geral. *Rev Psiq* 1999; XII (1): 27-37.
57. Trigo M. Psicocardiologia como área multidisciplinar: do dualismo filosófico à emergência da ciência biopsicossocial. *Psicologica* 2002; 29: 71-87.
58. Trigo M, Silva D, Rocha E. Factores psicossociais de risco na doença coronária: para além do comportamento tipo A. *Rev Port Cardiol* 2005 Fev; 24 (2): 261-81.
59. Tricker A. Nicotine metabolism, human drug metabolism polymorphisms, and smoking behaviour. *Toxicology* 2003 Feb 1; 183 (1-3): 151-73.
60. Tyndale RF, Pianezza ML, Sellers EM. A common genetic defect in nicotine metabolism decreases risk for dependence and lowers cigarette consumption. *Nicotine Tob Res* 1999; 1Suppl 2: S63-7.
61. Comings DE, Ferry L, Bradshaw-Robinson S, Burchette R, Chiu C, Muhleman D. The dopamine D2 receptor (DRD2) gene: a genetic risk factor in smoking. *Pharmacogenetics* 1996 Feb; 6 (1): 73-9.
62. True WR, Heath AC, Scherrer JF, Waterman B, Goldberg J, Lin N, et al. Genetic and environmental contributions to smoking. *Addiction* 1997 Oct; 92 (10): 1277-87.
63. Rogers C. Manual de counseling. Lisboa: Editora Encontro; 2000.
64. Soares I, Carneiro A. Norma de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco. Lisboa: Ministério da Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde; 2002.
65. Bandura A. Self-efficacy : the exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company; 1997.
66. Festinger L. Teoria da dissonância cognitiva. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1975.
67. Moos R, Schafer J. The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In: Moos R, editor. Coping with physical illness: new perspectives. New York: Plenum Medical Book Company; 1984. p. 2-25.

Endereço para correspondência

Miguel Trigo
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Departamento de Psicologia.
Av. Campo Grande, 376
1749-024 Lisboa
Telefone: 217 515 500.
Email: miguel.trigo@ulusofona.pt

Recebido em: 2/5/2006
Aceite para publicação em: 9/5/2006.

RELAPSE PREVENTION THERAPY IN SUBSTANCE DEPENDENCE: ALAN MARLATT AND TERENCE GORSKI MODELS. APPLICATIONS TO NICOTINE DEPENDENCE.**ABSTRACT**

Relapse prevention therapy (RPT) is an essential therapeutic resource in the treatment of psychoactive substance dependence. Despite desintoxication or habit interruption constitute an outcome rapidly reached, the substance dependence delays far beyond this moment. Considering the scarcity of Portuguese literature in this domain, several concepts and intervention strategies are described, emphasizing two models – the Alan Marlatt model, and the Gorski-CENAPS® model. Then, similarities and differences between these models are identified, as well as its pertinence to the treatment of nicotine dependence. At last, we underline the importance for the person under recovery to be conscious of the reasons underlying change, the need to maintain a high level of alert toward relapse signs, and the role of social support in relapse prevention process.

Key words: *Relapse prevention therapy; Relapse prevention; Alan Marlatt model; Gorski-CENAPS® model; Nicotine dependence; Psychoactive substances.*

Nota dos editores

Revista Portuguesa de Clínica Geral utiliza como sistema de referências a norma de Vancouver.^{1,2} Como têm sido detectadas algumas incongruências no que se refere à relação entre a pontuação e o número ordinal da sequência das referências, na reunião do Conselho Editorial de 9 de Maio de 2006 foi decidido fazer uma **Actualização das Normas de Publicação** a publicar na Revista de Janeiro-Fevereiro de 2007. A decisão de uniformizar o sistema de referências tem como objectivo a utilização de um método semelhante ao que é usado nas principais revistas médicas internacionais.

Nessa actualização será mencionado o Sistema de Referências da RPCG (norma de Vancouver) mas será especificada a relação entre o texto, a pontuação e o ordinal de referência; assim, o ordinal de referência será sempre colocado após a pontuação, quer seja vírgula ou ponto. Exemplos:

(...) tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas.⁴⁷

Estudos mais recentes, efectuados por Di-Franza e colaboradores,⁷ mostram que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos.

Será também explicitada uma **Norma de Referência de Artigos na Internet** de acordo com uma adaptação portuguesa das normas de outras revistas internacionais. Exemplo:

Rowley R. Practicing without paper charts: one clinic's experience. *Family Practice Management* 2005; 12 (2):37-46. Disponível em: URL: <http://www.aafp.org/fpm/20050200/37prac.pdf> [acedido em 17/04/2006].

Foi decidido que apesar de só se virem a publicar as novas Normas no início de 2007, **esta prática estará já em uso a partir do presente número**, pelo que se solicita aos autores que queiram remeter artigos para a Revista que utilizem este Sistema de Referências.

A elaboração do **resumo em inglês** que é publicado em todos os artigos da iniciativa do autor passará igualmente a ser da responsabilidade destes, sem prejuízo de correcções que os Editores julguem necessário fazer.

Porto, 9 de Maio de 2006
Os Editores da RPCG

1. Conselho Editorial da RPCG. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral* 2005;21:99-104.

2. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. Disponível em URL: <http://www.icmje.org/> [acedido em 8/07/2006].