

Automotivação



Conteúdo Programático:

A Auto Motivação

Estágios da Auto Motivação

Reverendo Conceitos

Técnicas de Abordagem

Tarefas Motivacionais do Terapeuta

Princípios Básicos da Auto Motivação

Por que uma Nova Técnica?

Técnicas de Apoio Narrativo

Ambivalência

Técnicas para Aumentar o Nível de Conscientização com relação à Mudança ...

Estratégias que aumentam a probabilidade de mudança

Entrevista

Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento

Auto Motivação e Obesidade

Empresa e Motivação

TOC e Auto Motivação

Auto Motivação e Escalas de Motivação para Tratamento em Dependência de Drogas

O uso da Auto Motivação na Redução de Riscos de HIV

A Auto Motivação com Jovens

Técnica da Auto Motivação

Transformando a Recaída

Inovações - Auto Motivação

A Auto Motivação

A Auto Motivação (AM) tem como objetivo primordial tratar as pessoas desmotivadas, despreparadas e desencorajadas para mudar de comportamento;

A AM é uma abordagem criada para auxiliar o sujeito a reconhecer seus problemas atuais e potenciais, quando há dúvidas quanto à mudança comportamental e estimular o comprometimento para a realização dessa mudança, por meio de abordagem psicoterápica persuasiva e encorajadora;

A Auto Motivação é a abordagem concebida para lidar, especificamente, com comportamentos aditivos, e é muito mais específica quanto mais se considera que a mudança destes comportamentos passa pelas questões motivacionais;

O modo como esta questão da motivação foi definida variou ao longo do tempo, e só mais atualmente, se adotou uma perspectiva mais otimista: a motivação não é uma característica, um traço imutável do tóxico dependente, mas é uma área intervencionável e é a forma como o terapeuta vai mostrar caminhos ao tóxico dependente que o conduzirão à mudança;

O conceito de motivação, essencial na compreensão das dependências, inspirou a formulação de uma intervenção terapêutica chamada Auto Motivação, amplamente difundida na Europa e EUA, e, mais recentemente, difundida no Brasil;

Esta abordagem que junta várias abordagens já existentes, tais como a terapia centrada no paciente e terapias breves, acrescentando alguns novos conceitos, tem como objetivo principal promover a mudança de comportamento;

São cinco princípios básicos são:

- Expressar empatia;
- Desenvolver discrepância;
- Evitar discussões;
- Fluir com a resistência;
- Estimular a autoeficácia.

A Auto Motivação (AM) é uma abordagem psicológica desenvolvida por Miller e Rollnick (1991) e difundida na Europa, nos EUA, e, há quase uma década, no Brasil;

Foi fundamentada em elementos de outras técnicas já existentes, tais como a terapia centrada no paciente em terapias breves, acrescentando alguns novos conceitos para cumprir o seu principal objetivo: promover a mudança de comportamento;

Os conceitos de motivação, ambivalência e prontidão para a mudança, essenciais à compreensão das dependências, são os pressupostos norteadores desta abordagem.

Auto Motivação surgiu a partir de experiências clínicas com dependentes de álcool e atualmente sua eficácia é consagrada para o beber

problemático (Vasilaki, Hosier & Cox, 2006) e outras dependências químicas (Dunn, Deroo & Rivara, 2001; Hettema, Steele & Miller, 2005), bem como no tratamento de doenças como Hipertensão, diabetes, comorbidades psiquiátricas e transtornos Alimentares (Hettema Steele & Miller, 2005, Rubak Sandboek, Lauritzen & Christensen, 2005);

Expressar empatia, desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas do paciente, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a autoeficácia, são os cinco princípios da AM, que orientam a conduta do terapeuta em todo contato com o paciente, em qualquer setting ou fase do tratamento;

A abordagem da motivação foi introduzida na estrutura da Intervenção Breve (IB) em função não só da brevidade da técnica, mas, principalmente, da observação de que a comunicação empática voltada para a prontidão para mudança do paciente era tão importante quanto o diagnóstico em si;

Este modelo considera a mudança comportamental como um processo e leva em conta que as pessoas passam por diferentes estágios motivacionais;

O modelo técnico tem início com a Pré-Contemplanção, estágio em que a pessoa não considera a necessidade de ajuda, não demonstrando consciência suficiente de que tem problemas, embora outras pessoas do seu convívio possam estar cientes disso;

Quando a pessoa visualiza seu consumo de substâncias como um problema com possibilidade de mudanças, ela entra no estágio de Contemplanção;

Seguindo para o estágio de Preparação, a pessoa começa a pensar em tentativas para mudar seu comportamento. Neste estágio, geralmente as pessoas são descritas como prontas para a ação;

Quando estas tentativas são colocadas em prática, surge o estágio de ação, ocorrendo uma implementação de planos para a modificação do comportamento aditivo envolvendo tentativas concretas de modificar comportamentos, experiências e/ou o meio ambiente, a fim de superar os problemas da dependência;

Finalmente, o sucesso da mudança ocorre no estágio de manutenção, em que a pessoa modifica seu estilo de vida, evitando a recaída, atingindo abstinência e consolidando as mudanças.

Vale ressaltar que o estágio motivacional do paciente foi estudado e considerado como um fator preditor de efetividade no tratamento (DiClemente & Prochaska, 1998);

A Auto Motivação Breve, também conhecida como Motivational Enhancement Therapy (MET), foi desenhada para ser uma intervenção breve em intensidade e duração. Ela é mais vantajosa quando aplicada em ambientes com grande demanda de atendimento e pouca disponibilidade de tempo e profissionais;

Três importantes revisões examinaram a eficácia das IBs, baseadas nos princípios da AM (Noonan & Moyers, 1997; Dunn et al., 2001; Burke, Arkowitz & Menchola, 2003) e concluíram que a AM Breve é eficaz para vários

problemas comportamentais relacionados ao uso de substância como álcool, maconha e opiáceos (Noonan & Moyers, 1997); é eficaz quando usada na intensificação de outros tratamentos de abuso de substâncias, funcionando melhor para o beber problemático e tratamentos intensivos do consumo de substâncias, sendo que o efeito da AM não diminuiu ao longo do tempo (Dunnetal., 2001), e é mais eficaz do que o não-tratamento e tão eficaz quanto qualquer outro tratamento ativo cientificamente reconhecido para o uso de álcool, outras drogas e dieta/exercício (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003). Interferir.

Estágios da Auto Motivação

A mudança comportamental é um processo, e as pessoas têm diversos níveis de motivação.

A motivação pode ser definida como a probabilidade de que uma pessoa se envolva, continue e adira a uma estratégia específica de mudança.

Motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter da pessoa, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra.

A Auto Motivação consiste em cinco estágios:

- Pré-contemplação;
- Contemplação;
- Preparação;
- Ação;
- Manutenção.

PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

Consiste na entrada da pessoa para o processo de mudança;

A pessoa ainda não está considerando a mudança;

A pessoa não encara seu comportamento como um problema;

O estágio pode ser entendido como 'resistente' ou 'em negação'.

CONTEMPLAÇÃO

Surge a consciência sobre o problema;

O contemplador considera a mudança, mas, ao mesmo tempo, a rejeita;

A ambivalência (dúvida) está no seu ápice;

Estágio onde é feito o trabalho rumo à decisão de mudar.

PREPARAÇÃO

- A pessoa está pronta para mudar;
- Ela está compromissada com a mudança;
- Aumenta na pessoa a responsabilidade pela mudança;
- Elaboração de um plano específico de ação.

AÇÃO

A pessoa muda e usa a terapia como meio de assegurar-se do seu plano, e para ganhar autoeficácia;

Ela cria condições externas para a mudança;

O processo todo pode durar de 3 a 6 meses, já que o novo comportamento (o de abstinência geralmente) demora um tempo para se estabelecer.

Autoeficácia é a crença na habilidade pessoal de desempenhar com sucesso determinadas tarefas ou de apresentar determinados comportamentos para produzir um resultado desejável.

MANUTANÇÃO

Momento para comprovar-se a efetividade da mudança;

Verificar a estabilidade da mudança.

RECAÍDA.

A recaída consiste na recorrência dos sintomas da dependência, após um período de melhora.

A recaída seria então um retorno a níveis anteriores de uso, seguido de uma tentativa de parar ou diminuir este uso, ou apenas o fracasso de atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo, após um período definido de tempo.

Reverendo Conceitos

Pré-contemplação (“I won’t”) - Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão;

Contemplação (“I might”) - Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente;

Preparação (“I Will”) - Inicia algumas mudanças, condições para mudar, revisa tentativas passadas;

Ação (“I am”) - Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia execução da mudança;

Manutenção (“I have”) - Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída;

Recaída - Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.

A **PRÉ-CONTEMPLAÇÃO** é um estágio em que não há intenção de mudança, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento problema.

De um modo geral, a pessoa, neste estágio, sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado 'resistente' ou 'em negação'.

Por exemplo, no caso da atividade física, um critério para diagnóstico desta fase seria o sedentarismo e a ausência de intenção de tornar-se ativo nos próximos 6 meses.

O objetivo da ação é a conscientização e a estratégia de apoio é o desenvolvimento de pensamentos sobre mudança, riscos e benefícios.

A **CONTEMPLAÇÃO** se caracteriza pela conscientização de que existe um problema, no entanto apresenta dificuldades para a ação da mudança. O contemplador considera a mudança, mas, ao mesmo tempo, a rejeita e é nesta fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar.

No caso da atividade física, um critério para diagnóstico, desta fase, seria o sedentarismo, mas pensando frequentemente em tornar-se ativo, provavelmente nos próximos 6 meses.

O objetivo da **AÇÃO** é o encorajamento e as estratégias de apoio são:

- Informação;
- Educação em saúde;
- Diminuição de barreiras;
- Levantamento de questões; e

- Reflexões sobre as mesmas.

Na **PREPARAÇÃO**, a pessoa está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte deste estágio, aumentar a responsabilidade pela mudança, avaliar recursos disponíveis e elaborar um plano específico de ação.

O objetivo da ação é a negociação e as estratégias de apoio são:

- Criar autoimagem;
- Compromisso; e
- Facilitar envolvimento de participação social.

A **AÇÃO** se dá quando o sujeito escolhe uma estratégia para a realização a mudança e toma uma atitude neste sentido, usando o apoio como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar auto-eficácia e finalmente para criar condições externas para a mudança.

O objetivo da ação é o compromisso e as estratégias de apoio são:

- Reforços;
- Mobilizar suporte social; e
- Introdução Alternativa.

É preciso salientar que nem sempre um paciente que busca recurso encontra-se no estágio de Ação.

A **MANUTENÇÃO** é o estágio onde se trabalha a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a Ação. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança, é a estabilidade neste novo estado por anos.

No processo de mudança, tradicionalmente, Manutenção é vista como um estágio estático, porém, trata-se de um estágio dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para se estabelecer.

O estágio de manutenção pode e deve ser estimulado por toda a vida. O foco do trabalho é manter os ganhos do tratamento evitando a recaída do comportamento anterior.

As estratégias de apoio são:

- Resistir à tentação;
- Integração num grupo; e
- Recompensas.

A recaída é um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito.

Muitas pessoas acabam recaindo e tendo que recomeçar o processo novamente.

NEM SEMPRE O RECOMEÇO OCORRE PELO ESTÁGIO INICIAL.

Muitas pessoas passam, inúmeras vezes; pelas diferentes etapas do processo para chegar ao término, isto é, uma mudança mais duradoura. Em termos médicos, recaída seria a 'recorrência dos sintomas da doença, após um período de melhora'.

E IMPORTANTE ENCARAR A RECAÍDA NÃO COMO UM FATO ISOLADO, MAS SIM COMO UMA SÉRIE DE PROCESSOS COGNITIVOS, COMPORTAMENTAIS E AFETIVOS.

A RECAÍDA NÃO PODE SER ENCARADA COMO UM FRACASSO DO INDIVÍDUO OU DO PROFISSIONAL, E SIM COMO PARTE DO PROCESSO DA MUDANÇA.

Técnicas de Abordagem

Existem diversas técnicas de abordagem para mudança comportamental, entre elas:

- **APELO AO MEDO:** baseada em estudos nos anos 50 e 60 demonstra eficácia a curto prazo, para comportamentos ocasionais ou medo intenso. Normalmente, é desnecessário e insuficiente.

- **APELO À INFORMAÇÃO:** estudos apontam critérios para elaboração de programas informativos bem sucedidos sobre os efeitos de hábitos, por meio de ilustração de casos bem sucedidos de mudanças, ao invés de estatísticas sobre maus hábitos e doenças; discussão dos aspectos positivos e negativos da opção ou não pela mudança proposta; argumentos fortes no início e no final da mensagem; mensagens curtas, claras e diretas com conclusões explícitas; nível de demanda balanceado.

- **COMUNICAÇÃO PERSUASIVA E EFETIVA:** atrai a atenção, é compreensível, impulsiona ao comportamento recomendado é facilmente lembrada e recomenda ações específicas. Este tipo de abordagem é especialmente eficiente quando o indivíduo se encontra nas etapas iniciais do processo de mudança.

A ESCOLHA DA TECNICA ADEQUADA DEPENDE DA FASE DE MOTIVAÇÃO DO PACIENTE.

Tarefas Motivacionais do Terapeuta

PRÉ CONTEMPLAÇÃO

Levantar dúvidas;

Aumentar a percepção do paciente sobre os riscos e problemas do comportamento atual.

- CONTEMPLAÇÃO

“Inclinar a balança”;

Evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a autossuficiência do paciente para a mudança do comportamento atual.

- PREPARAÇÃO

Ajudar o paciente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.

- AÇÃO

Ajudar o paciente a dar passos rumo à mudança.

- MANUTENÇÃO

Ajudar o paciente a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.

- RECAÍDA

Ajudar o paciente a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Princípios Básicos da Auto Motivação

EXPRESSAR EMPATIA

Aceitar a postura do indivíduo, tentando entendê-lo, sem julgamento. Sobre “acolher o paciente”, Rogers definiu como uma 'escuta técnica reflexiva' (reflective listening) que clarifique e amplie a experiência pessoal do paciente, sem impor a opinião pessoal do terapeuta.

Implica em solidariedade emocional tentando compreender os seus pensamentos e emoções, colocando-se no lugar do paciente.

A RESPOSTA EMPÁTICA É UMA COMPETÊNCIA ADQUIRIDA NA QUAL O PROFISSIONAL É TREINADO PARA COMPREENDER E ACEITAR O QUE O OUTRO É.

AO MESMO TEMPO, HÁ UM COMPONENTE DIRETIVO, QUE É AUXILIAR O PACIENTE A LIDAR COM SUA AMBIVALÊNCIA CONSEQUENTEMENTE, POSSIBILITAR MUDANÇA

• DESENVOLVER DISCREPÂNCIA

Entre o atual comportamento do paciente (por exemplo, o sedentarismo) e objetivos mais amplos (controlar os níveis pressóricos, perder peso e aumentar a resistência física).

É muito importante que o paciente tenha consciência das consequências de sua conduta, perceba a diferença entre o comportamento atual e os objetivos futuros.

TRABALHAR A EMOÇÃO GERADA PELO DESCONFORTO DA DÚVIDA E/OU DE CONFLITO É O MAIOR MOTOR PARA A MUDANÇA.

• EVITAR DISCUSSÕES

Evite discutir e de bater com o paciente sobre a conveniência ou a utilidade de uma mudança, porque isso pode criar resistência.

• FLUIR COM A RESISTÊNCIA

Temos que reconhecer o momento do paciente e saber usá-lo, ao invés de irmos contra ele.

Existem diversas estratégias para lidar com a resistência:

Reflexão simples

Constatar que o paciente discorda ou que ele sente algo. Permite explorar melhor a situação ao invés de aumentar as defesas.

Reflexão amplificada:

A ideia seria devolver ao paciente o que ele disse de uma forma amplificada ou mesmo exagerada.

Reflexão de dois lados (double-sided)

Uma abordagem baseada na escuta crítica é constatar o que o paciente diz e acrescentar a isto, o outro lado da ambivalência do paciente, utilizando material fornecido anteriormente.

Mudar o foco de atenção do paciente de algo que parece uma barreira para sua evolução.

Concordar, mas com uma mudança sutil de direção.

Enfatizar escolha e controle pessoal.

Estar sempre assegurando à pessoa que, no fim das contas, quem tem a última palavra é o paciente.

Reinterpretar:

Colocar os comentários do paciente em um outro contexto ou mesmo dar-lhe outra interpretação, alterando o sentido.

Paradoxo terapêutico

É como dizer ao paciente: "OK talvez seja melhor".

• ESTIMULAR AUTOEFICÁCIA

Apoiar e reforçar o sentimento de autoeficácia.

Acreditar na possibilidade de mudança é um importante fator motivacional porque tem uma grande influência sobre a capacidade de iniciar um novo comportamento e mantê-lo.

Por que uma Nova Técnica?

Até há pouco tempo, a forma encontrada para lidar com a falta de motivação era através daquelas abordagens chamadas 'de confronto'.

O que está por trás das estratégias confrontativas é que os dependentes de alguma droga teriam um sintoma como parte de seu caráter, possuiriam um altíssimo nível de mecanismos de defesa, que os impediriam de avaliar o que se passa com a sua relação com as drogas.

Esta ideia parece ter derivado do pensamento de linha psicodinâmica que acredita na dependência como um traço dos transtornos de personalidade.

Ruth Fox defendia esta postura dizendo que 'o alcoólatra cria um elaborado sistema de defesas em que ele nega ser alcoólatra e doente, racionaliza que ele precisa beber seja devido aos negócios, à saúde ou por razões sociais, e projeta a culpa pelo problema que tem'. A resposta terapêutica a este sintoma seria uma espécie de 'render-se', 'aceitar a falta de poder' e mesmo 'redução do ego'.

Estratégias de confronto são muito usadas em modelos de tratamento baseados nos 12 passos dos AA (alcoólatras anônimos) como no "Modelo Minnesota".

Porém, não há prova nos escritos dos AA e nem mesmo em décadas de pesquisa psicológica, de que exista uma 'personalidade dependente', além do fato de que assumir-se dependente não está associado ao sucesso do tratamento e às vezes negativamente relacionado à melhora. Então, a hipótese da negação se tomaria um mito. O que o paciente traz sim, é muita ambivalência.

Em um outro vértice clínico, adotou-se a prática de 'aconselhamento' (giving advice), o que muitas vezes também não é efetivo, já que se toma prematuro aconselhar alguém a mudar um comportamento ao qual a pessoa não está certa de querer mudar.

Ambas as abordagens, tanto a de confronto como a de 'aconselhamento', como não levam em conta o grau de ambivalência do paciente e sua prontidão para mudança, acabam estimulando uma postura de resistência para o tratamento.

Criou-se um método terapêutico chamado Auto Motivação, técnica esta proposta durante a década de 80.

Nesta abordagem, a motivação é encarada desta forma mais dinâmica, não estática e influenciável por fatores externos, tais como o terapeuta.

A ideia é que já que como o paciente dependente fica pouco no tratamento, é preciso fazer uma intervenção rápida.

E, porque os dependentes têm como característica a busca da gratificação imediata às custas do mal duradouro, e porque a dependência é uma condição crônica de recaída, o principal objetivo do tratamento seria propiciar condições de mudança,

De certa forma, a abordagem da AM usa a confrontação como um objetivo (a ideia é que o paciente veja e aceite seu problema durante a terapia e dessa forma possa mudar) e não como um estilo terapêutico.

Técnicas de Apoio Narrativo

Carl Rogers alegou que uma relação interpessoal centrada no paciente, oferece a atmosfera ideal para a mudança, permitindo uma sensação de ambiente seguro e causando grande impacto nos resultados clínicos e de satisfação.

Existem técnicas que ajudam o paciente a sentir-se aceito e entendido:

Questões abertas

São aquelas que não podem ser respondidas com apenas uma ou duas palavras, por oposição a questões fechadas, por exemplo. “Como este problema afeta sua vida?” ou “Quais aspectos da sua saúde que mais te preocupam?” Essas perguntas permitem e incentivam o paciente a explicar-se aumentando assim a sua percepção do problema, já que quando uma pessoa fala, ela elabora informações e emoções associadas como que está dizendo.

Escuta reflexiva

É uma das habilidades fundamentais. Trata-se de averiguar o que quer dizer o paciente e “devolver” sua fala por meio de afirmações que podem ser de cinco tipos:

- Repetição de uma palavra dita pelo paciente e que achamos que é importante;
- Refrasear: é como o anterior, mas mudando uma palavra por um ou alterando um pouco o que foi dito;
- Parafraseando: aqui se reflete o dito com novas palavras quando o profissional intui o significado do que foi falado pelo paciente;
- Apontamento emocional: é a forma mais profunda de reflexão são frases que revelam sentimentos ou emoções: "Te percebo um pouco triste" ou "Parece que este assunto te emociona."
- Silêncios: utilizados de forma adequada, causam um potente efeito reflexivo no paciente. De forma não-verbal estamos indicando que o entendemos e aceitamos. Permite também um momento crucial de auto-observação sobre o que disse e sente.

Reestruturação positiva

Significa reforçar afirmativamente e apoiar o paciente destacando seus aspectos positivos por meio de frases de compreensão, reabilitando a sua autoestima e autoeficácia.

RESUMIR

Tentando destacar do que foi dito pelo paciente, o que achamos que é mais crucial.

Afirmações de automotivação

Incentivar mediante questões em diferentes aspectos:

- Reconhecimento do problema;
- Manifestação de preocupação;
- Intenção de mudança;
- Otimismo para a mudança.

Ambivalência

Conceito que remete para os termos ou enunciados que tenham sentidos opostos, sendo ambos válidos.

Trata-se de uma forma particular de ambiguidade.

O termo foi proposto pelo psicanalista Eugen Bleuler (Vortraguber Ambivalenz, 1910) e foi depois redefinido por Freud. Está ligado na origem às atitudes e comportamentos humanos.

Ocorre na atribuição de sentimentos opostos ao mesmo indivíduo.

Casos comuns são os da ambivalência da aceitação e da rejeição, do amor e do ódio pela mesma pessoa.

A ambivalência pode ser compreendida na relação entre os foros literário e psicológico: assim o caso de Mário de Sá Carneiro na situação intersubjetiva de Eu Próprio o Outro ou o caso de Álvaro de Campos, que encontramos com frequência em situações ambivalentes .

De um ponto de vista estritamente literário, a ambivalência pode funcionar como uma figura de retórica, como nesta abertura do Sermão da Sexagésima, de António Vieira: "Vós, diz Cristo Senhor nosso, falando com os Pregadores, sois o sal da terra", em que o vocativo ambivalente "Vós" tanto se refere aos Pregadores de Cristo como, implicitamente, aos interlocutores de Vieira no momento em que o sermão é pronunciado, neste caso, os religiosos do Maranhão.

Há, ainda, um caso particular de ambivalência que não se reporta à personalidade ou a questões semânticas.

Trata-se da ambivalência sociológica, que diz respeito à estrutura social: "Num sentido mais amplo, a ambivalência sociológica reporta-se às expectativas de atitudes, crenças e comportamentos incompativelmente normativos, atribuídos a um status (isto é, uma posição social) ou a um conjunto de status numa sociedade.

Em um sentido mais restrito, a ambivalência sociológica reporta-se às expectativas normativas incorporadas em um único papel de um único status social (por exemplo, o papel terapêutico do médico em distinção de outros papéis do seu status, como pesquisador, administrador, colega de profissão ou membro da associação profissional, etc.). (Robert K. Merton, *A Ambivalência Sociológica e Outros Ensaios*, Zahar Ed., Rio de Janeiro, 1979, p.19).

Técnicas para Aumentar o Nível de Conscientização com relação à Mudança

1. Reforçar a forma verbal e não verbal as afirmações do paciente;
2. Tornar as decisões equilibradas, o que significa indicar os aspectos positivos e negativos de ambos os comportamentos, que o paciente tenha explicado;
3. Provocar a elaboração do plano de ação, pedindo exemplos concretos;
4. Usar os extremos, imaginando as piores consequências possíveis;
5. "Olhar para trás e para frente", visualizar com o paciente como era antes de adquirir o hábito e / ou como ele ficará depois de largá-lo;
6. Explorar valores realmente importantes para a vida do paciente (o que é importante em sua vida?);
7. Fazer o papel de "Advogado do diabo". É uma técnica muito arriscada e só deve ser usada por um profissional experiente e em situações extremas;

Consiste em "concordar" com o paciente que o caso dele é "insolúvel" e que é melhor ele manter o hábito, "já que não tem jeito mesmo...".

CUIDADO

1. Pergunta/ Resposta: fazer perguntas que o paciente responda com frases curtas e simples.

A relação "profissional ativo / paciente passivo" não facilita a reflexão e preparação por parte do paciente, por isto a preconização de perguntas abertas e escuta reflexiva.

2. Confrontar a Negação: é a mais frequente armadilha a se evitar.

Quanto mais confrontar o paciente com sua situação, este se torna mais resistente e relutante em mudar.

3. **Assumir o papel de “Expert”**: oferecer, com as melhores intenções, respostas e soluções para o paciente, o levando a assumir um papel passivo totalmente contrária à abordagem da Auto Motivação.

4. **Rotular**: classificar um paciente com rótulos, que muitas vezes exercem certo tipo de estigma sobre as pessoas.

5. **Focalização prematura**: focar prematuramente o assunto que parece mais importante quando o paciente quer falar sobre outros assuntos que lhe digam respeito e que são mais extensos.

6. **Culpar**: gastar tempo e energia para analisar de quem é a culpa do problema deixa o paciente na defensiva.

Estratégias que aumentam a probabilidade de mudança

EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS:

Aconselhar

Um conselho, claro, pode fazer a diferença.
Identificar o problema ou a área de risco, explicar porque a mudança é necessária e recomendar uma mudança específica.

Remover Barreiras

Auxiliar o paciente a identificar essas barreiras e ultrapassá-las, assistindo-o na busca de soluções práticas para o problema.

Oferecer opções de escolha

É essencial que o terapeuta ajude o paciente a sentir sua liberdade.

Diminuir a vontade

Temos que identificar os aspectos positivos do comportamento do paciente que o está estimulando a manter-se nele e daí, buscar formas de diminuir esses incentivos.

Praticar empatia

Entender o outro através da chamada „escuta crítica’.

Dar feedback

Muitas pessoas acabam por não mudar por falta de retomo quanto à sua atual situação.

Clarificar objetivos

É importante auxiliar o paciente a estabelecer certos objetivos e que estes sejam realistas e factíveis;

Ajuda ativa

O terapeuta deve estar ativa e positivamente interessado no processo de mudança do paciente e isto pode ser expresso pela iniciativa do terapeuta de ajudar e pela expressão de cuidado.

Entrevista

Entrevista com Elizabeth Carneiro (16/04/2008).

Psicóloga Elizabeth Carneiro explica aspectos da Auto Motivação

O que é a Técnica da Auto Motivação?

A melhor forma de definir Auto Motivação é começar a falar sobre o que ela NÃO é:

A técnica ainda gera algumas confusões de entendimento entre os especialistas, por ser ainda muito recente, em termos da capacitação dos profissionais.

1) Auto Motivação não é trabalhar com os estágios de mudança. Muitos profissionais acreditam estar trabalhando Auto Motivação, quando apenas sabem diagnosticar em que estágio de mudança e motivação esse paciente se encontra.

QUAL É A MELHOR DEFINIÇÃO PARA ESTA TÉCNICA?

É uma abordagem diretiva, focal, que é utilizada intencionalmente para alcançar determinados resultados, ou seja, existem metas claras.

Ela utiliza-se de conceitos advindos de Carl Rogers e o maior objetivo da técnica é aumentar a motivação para a mudança de um comportamento prejudicial e diminuir a resistência a estas mudanças.

A AUTO MOTIVAÇÃO SE CONSTITUI DE MAIS DE UMA SESSÃO?

É uma abordagem psicoterápica como outra qualquer, que se utiliza de vários recursos da psicologia como um todo.

Resgata o que é eficiente para cada momento do processo.

Por exemplo ao invés de você utilizar a psicanálise ou cognitivo comportamental, usa-se a Auto Motivação. Sem treinamento adequado, as pessoas no máximo podem ter “um estilo motivacional”, que é totalmente diferente de saber o que fazer de acordo com cada fala do paciente.

PARA QUEM É DESTINADA A TÉCNICA?

Ela é destinada para pacientes que não querem se tratar, que não acreditam

ter uma questão importante para ser mudada, ou para pacientes que se sentem em uma dualidade muito grande.

Vou dar um exemplo bem corriqueiro.

Segunda-feira a gente diz que vai começar uma dieta, mas quarta-feira a dieta foi esquecida, porque a pessoa foi a uma festa.

Na segunda-feira, eu sou aquela pessoa que diz “não aguento mais ficar acima do peso, minhas roupas já não cabem mais”.

Aí, na quarta-feira, depois da festa, eu digo “ah, mas só um pouquinho, eu mereço”. Isso se chama ambivalência, dualidade.

Os usuários de substâncias psicoativas e outros transtornos do impulso com jogo e compras compulsivas com muita frequência, sentem-se dessa forma, em estado de ambivalência.

Necessitam, assim, de um trabalho completamente diferente daqueles que já definem uma intenção clara de mudar.

COMO AJUDAR ESSAS PESSOAS?

Antigamente, os terapeutas tinham um discurso de que só é possível ajudar quem quer. Esse é o grande diferencial da Auto Motivação.

A técnica veio justamente para auxiliar quem não quer e quem está em dúvida. É muito comum o paciente chegar ao consultório sob coerção, por exemplo, a mulher que leva o marido alcoólatra dizendo que se ele não se tratar, ela pedirá a separação.

Mas, na realidade ele não quer o tratamento, pois acha que não tem nenhum problema.

Vale à pena levar alguém sob coerção para o tratamento, desde que o paciente seja encaminhado a um profissional que saiba executar a abordagem

Mais uma vez, não basta ter o estilo.

Outras técnicas, quando aplicadas a esse tipo de paciente, tendem a aumentar mais ainda a sua resistência.

Só um profissional capacitado pode aumentar a motivação dessa pessoa a aderir ao tratamento, mesmo que em um processo mais lento.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA?

Eu diria que é crucial. Na realidade, a motivação é a grande virada para realizar concretamente uma mudança ou não.

COMO OS PROFISSIONAIS DA ÁREA PODEM INCENTIVAR A ADESÃO AO TRATAMENTO?

Eu acho que eles podem incentivar se capacitando na abordagem, se abrindo ao novo.

AS PESSOAS QUE SOFREM COM O JOGO PATOLÓGICO TAMBÉM TÊM DIFICULDADE EM BUSCAR AJUDA?

Quarenta por cento dos dependentes, em geral, acham que não tem problema nenhum. Outros 40% são os que estão em dualidade.

Portanto, apenas 20% das pessoas se encontram motivadas totalmente para fazer a mudança.

Seja em jogo, seja em tabaco, é uma estatística mundial. Além disso, um grande problema é o número de recaídas e a baixa aderência.

Os estudiosos descobriram o quanto é fundamental a aplicação da auto motivação, justamente porque a maior parte das pessoas não está preparada para mudar.

A TÉCNICA DA AUTO MOTIVAÇÃO VARIA DE ACORDO COM O TIPO DE COMPORTAMENTO PREJUDICIAL?

Não. Na verdade, ela já é distinta na sua forma de tratar a questão.

O importante é que o terapeuta possa auxiliar esse paciente a encontrar dentro de si reais motivações para mudar.

Nossa função é junto com o paciente dar um sentido pessoal e particular à mudança.

Os valores do paciente são resgatados, e quando percebida a dissonância interna existente, acontece o “famoso clic”.

A motivação aumenta e o impulsiona para a mudança efetiva, concreta.

COMO SE TRABALHA A ADESÃO AO TRATAMENTO NA SANTA CASA DO RIO DE JANEIRO?

Sem dúvida nenhuma, a nossa aderência e o número de recaídas diminuiu significativamente, desde que implementamos a abordagem.

Os pacientes que passam pela nossa triagem são dirigidos para grupos de acordo com o grau de motivação que se encontram.

Antigamente, só existia um tipo de tratamento.

E quando você dá ao paciente o tratamento que ele precisa, naquele momento, o prognóstico muda substancialmente.

Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento

O Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento foi construído por James Prochaska, em 1979, a partir da análise comparativa de mais de 18 teorias e modelos dos principais enfoques psicoterápicos, tendo como foco o processo de mudança (Fuentes-Pila, Calatayud, Lopes & Castaneda, 2005).

No transcorrer do estudo, os resultados sempre se mostravam os mesmos: todas as teorias teriam suas limitações, e nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de motivação para mudança nas pessoas.

Os processos de mudanças de todas essas teorias foram identificados, o que resultou em sua incorporação no desenvolvimento do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento.

Diante desta análise, o modelo que ali nascia foi denominado “transteórico”, e teve como principal pressuposto que as automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de processos nos estágios (Proshchaska, DiClemente & Norcross, 1993; Orsi & Oliveira, 2006).

Para a construção do modelo, foram identificadas e incorporadas as explicações que cada teoria dava ao processo de mudança em uma pessoa.

Como consequência, este se torna diferente de outros modelos teóricos, na medida em que foi direcionado especificamente para a compreensão do processo de mudança de comportamentos-problema e para busca de hábitos saudáveis (Calheiros, Oliveira & Andretta 2005).

O Modelo Transteórico foca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo; ao contrário de outras abordagens, que estão focadas nas influências sociais.

A mudança comportamental acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diversos níveis de motivação para mudança.

Estes níveis estariam representados por estágios de motivação para a mudança, que representam a dimensão temporal do Modelo Transteórico, e permitem que entendamos quando mudanças particulares, intenções e reais comportamentos podem acontecer (Szupzynski & Oliveira, 2008).

Os estágios são descritos pela literatura de forma bem definida e identificável.

São eles:

Pré-contemplação;

Contemplação;

Preparação;

Ação;

Manutenção; e

Terminação.

As pessoas que estão no estágio de pré-contemplação não demonstram intenção de mudar seu comportamento problema nem consciência de que seu comportamento é ou poderá se tornar um problema.

Os pré-contemplados dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança e, quando o fazem, geralmente acontece por outros motivos como encaminhamento judicial ou pedido de familiares e companheiros (Andretta & Oliveira, 2008).

Os pré-contempladores tendem a ver mais consequências positivas do que negativas em seu comportamento, acreditando que está sob controle ou, no mínimo, é administrável (Connors, 2001).

Também estão nesse estágio, aqueles indivíduos desencorajados a mudar seu comportamento, devido aos resultados negativos obtidos em tentativas anteriores.

A consideração da possibilidade de mudança ocorre no estágio de contemplação.

Os indivíduos podem estar pensando sobre as implicações de seu comportamento para si e para os que estão a sua volta.

Os contempladores parecem debater-se com suas avaliações positivas do comportamento e com o montante de esforços, energia e perdas que irá custar para superar o problema (DiClemente, Schlundt & Gemmel, 2004).

Esta avaliação pode se cronificar na forma de uma profunda ambivalência; com muita frequência, eles substituem a ação pelo pensamento.

Desta forma, são mantidos neste estágio por longos períodos de tempo.

O estágio de preparação é aquele onde a conduta é orientada na mesma direção da intenção de mudar.

Os indivíduos admitem mudanças em suas atitudes e comportamentos, estão dispostos a modificar o seu comportamento logo e aproveitam as experiências adquiridas nas tentativas realizadas anteriormente.

O nível de conscientização é alto e estes indivíduos têm um plano cuidadoso de ações orientadas para mudança, que pode incluir buscar ajuda de um psicoterapeuta, consultar um médico clínico e/ou envolvimento em atividades saudáveis (Calheiros, Oliveira & Andretta, 2005; Oliveira, 2001).

A marca do estágio de ação é a modificação do comportamento-alvo, através de esforços para mudança. Isso significa alcançar um critério em particular, por exemplo, a abstinência nos comportamentos aditivos.

Com relação ao fumo, pode ser a diminuição do número de cigarros consumidos ou troca por cigarros de baixos teores de alcatrão e nicotina (Prochaska & DiClemente, 1982).

A estabilização do comportamento em foco, evitando-se a recaída, é a marca do estágio de manutenção.

Este estágio é um desafio real em todos os comportamentos de risco; neste momento, é muito importante a vigilância e um trabalho ativo para prevenção da recaída.

Os indivíduos, neste estágio, manifestam uma maior confiança em dar continuidade às mudanças e estão menos propensos à recaída (Prochaska & Velicer, 1997).

O estágio de terminação/finalização é o objetivo final de quem realiza mudanças de comportamento; o indivíduo não tem mais tentações ou ameaças; não retornará mais ao seu comportamento problema e tem completa confiança que pode manter-se sem recair.

Este estágio é o menos descrito pela literatura, mas refere-se à fase quando a pessoa já nem pensa mais no seu comportamento problema e não sente mais vontade de voltar ao antigo padrão de comportamento (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Outro conceito fundamental no modelo transteórico é a prontidão para mudança, mais genérico, não sendo definido como somente uma localização em um estágio ou outro, mas, indicando uma vontade de se inserir em um processo pessoal ou de adotar um novo comportamento e representando uma mudança paradigmática em relação ao comportamento problema e o estabelecimento de um foco na motivação.

Segundo DiClemente, Schlundt e Gemmell (2004), existem dois aspectos distintos relacionados à prontidão:

- Prontidão para mudança; e
- Prontidão para tratamento.

A prontidão para mudança foi conceituada como uma integração entre a conscientização da pessoa sobre seu problema, somada a uma confiança em suas habilidades para mudar.

Esse tipo de prontidão estaria associada aos acontecimentos que ocorrem em cada estágio, e que sugerem novas estratégias de intervenção aos profissionais da área da saúde.

A prontidão para tratamento focaliza a motivação para procurar ajuda, para iniciar, manter e terminar um tratamento.

Assim, um usuário de substância psicoativa pode procurar um tratamento e iniciá-lo, sem estar realmente pronto para permanecer em abstinência das drogas.

A identificação precisa do estágio de motivação para mudança, no qual o paciente, dependente químico se encontra, constitui-se uma parte decisiva no processo de avaliação.

O resultado de uma correta avaliação implica em melhores frutos na promoção da motivação para mudança de comportamento.

Segundo Derisley e Reynolds (2000), a avaliação do estágio motivacional no início do tratamento pode ser um preditor da saída prematura e, até mesmo, um indicador de aliança terapêutica.

Alta pré-contemplação e baixa contemplação são indicadores de saída prematura, e alta ação indica maior permanência e melhor aliança terapêutica.

Entender o Modelo Transteórico como um processo fluído pode auxiliar o paciente a continuar no processo de mudança de comportamento e o terapeuta a manejar as oscilações do paciente no processo.

As recaídas são constantes na dependência química e, a cada retorno ao uso, o paciente se afasta do processo, e pode correr o risco de não voltar e continuar o consumo, muitas vezes em maior quantidade que antes de parar.

Faz-se necessário que o terapeuta tenha habilidade suficiente para identificar o estágio motivacional em que o paciente se encontra e utilize estratégias adequadas para cada um deles.

Auto Motivação e Obesidade

A resolução do problema do excesso de peso (obesidade incluída) implica na adesão dos doentes a estilos de vida saudáveis, que visem, momentaneamente, a redução ou manutenção do peso.

Assim sendo, a intervenção terapêutica exige, dos profissionais de saúde, não apenas conhecimentos técnicos quanto às formas mais eficazes no tratamento deste problema, mas, também, competências relacionais que promovam a motivação do doente de forma a que ele seja agente ativo da resolução deste problema de saúde.

O objetivo terapêutico não consiste apenas em conseguir deixar de (comer em excesso, ser sedentário), mas, sim, em manter-se a comer sem excesso e em atividade de forma duradoura.

As mudanças comportamentais promotoras da perda continuada de peso não são difíceis de conseguir apenas entre adultos.

No contexto da prevenção e do tratamento da obesidade, por tradição da Intervenção biomédica, a proporção de comportamentos saudáveis (nomeadamente, dietas e exercício físico), é frequentemente realizada em um estilo terapêutico direto, em que a autoridade epistemológica é centrada no terapeuta.

O profissional de saúde elucida o doente quanto ao que está errado no seu estilo de vida (ou seja, o que tem conduzido ao aumento do peso) e quanto ao que é desejável fazer para evitar este problema, procurando, desta forma, orientá-lo para a adoção dos comportamentos que visam a redução ou manutenção do peso.

Na realidade, a mudança comportamental é um fenômeno complexo, com múltiplos determinantes, incluindo variáveis motivacionais e, na maior parte das vezes, gerador de stress associado a processos ambivalentes, expressos no dilema entre manter o estado atual e o avançar para formas de estar diferentes.

O BOM TERAPEUTA:

- (a) Cuida adequadamente da aliança no que diz respeito às rupturas dos obstáculos;
- (b) É sensível às diferenças individuais dos doentes;
- (c) Auxilia o doente a identificar os seus padrões interpessoais, cognitivos e afetivos;
- (d) Auxilia a bloquear padrões não-adaptativos;
- (e) Fomenta a responsabilidade e a vontade de mudar do doente;
- (f) Promove experiências de aprendizagem de novos padrões interpessoais, cognitivos e afetivos;
- (g) Consolida as mudanças, ajuda a atribuí-las aos esforços do doente e antecipa dificuldades futuras; e
- (h) Respeita uma sequência temporal de objetivos estratégicos.

Tanto importa compreender como ocorre a mudança comportamental associada ao objetivo de perda de peso como conhecer os seus processos (cognitivos, comportamentais, emocionais) e etapas.

O terapeuta tem um papel importante neste processo motivacional e, com base em algumas técnicas facilitadoras, pode facilitar os processos de perda de peso dos seus doentes.

Uma das propostas mais sustentadas pela literatura como efetiva em termos motivacionais para a cessação de comportamentos patogênicos e/ou adoção de comportamentos salutogênicos, é a Auto Motivação.

APLICABILIDADE DA AUTO MOTIVAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA DE TRATAMENTO DA OBESIDADE

Um dos principais desafios na utilização da auto motivação em contexto médico ou de consulta em unidades de saúde passa pelo tempo de consulta.

Como já referido, a auto motivação foi originalmente delineada para o tratamento de comportamentos aditivos, com eficácia clínica comprovada em vários ensaios clínicos randomizados

Contudo, nos últimos dez anos a auto motivação tem sido utilizada como ferramenta clínica de intervenção em vários tipos de doença crônica, nomeadamente na mudança e adoção de estilos de vida mais salutogênicos (incluindo alimentação saudável e prática de atividade física).

Importa salientar que, uma vez que a obesidade não é um comportamento, a intervenção motivacional nesta área clínica implica antes de mais a identificação dos comportamentos que contribuem para o ganho ponderal.

Vários estudos de meta-análise e de revisão sistemática evidenciaram a efetividade da auto motivação ou de (ou de componentes deste tipo de intervenção) no tratamento de problemas em casos de alcoolismo, de abuso de outras substâncias, de hipertensão, diabetes, bulimia e (com melhores resultados, embora com menor grau de evidência devido ao ainda reduzido numero de estudos nestas áreas de intervenção) na promoção de comportamentos de saúde relacionados com dietas e exercício físico.

Empresa e Motivação

A palavra motivação significa motivo para a ação, uma razão da pessoa realizar algo. Esse motivo pode ser o entusiasmo, mas é preciso que ele tenha um fundamento sólido ou não irá durar. É claro que é possível criar um clima de entusiasmo e até motivar pessoas apenas por estímulos passados pelo ambiente ou pelo contato, mas uma empresa precisa de algo mais do que apenas entusiasmo para motivar. É preciso algo real.

Normalmente somos motivados por dinheiro, prazer e prestígio. É claro que as teorias motivacionais incluem vários desdobramentos disso, ou podem chamar o que chamo de dinheiro por necessidades físicas, de sobrevivência ou algo assim. Dinheiro resume o que precisamos para garantir nossa subsistência.

Prazer é outro elemento motivador e pode ser também, diversos significados, como conforto, sensações, recordações, por exemplo.

Prestígio aparece em algumas teorias como necessidade de autoafirmação ou de realização, entre outras ideias. Mas, resumindo, tudo em dinheiro, prazer e prestígio fica mais fácil de entender e de aplicar numa empresa.

Para motivar as pessoas, portanto, é preciso ter em mente que será preciso oferecer uma ou mais dessas coisas como prêmio ou recompensa.

A auto motivação é uma técnica usada atualmente pelo setor de recursos humanos para diagnosticar e incentivar funcionários.

TOC e Auto Motivação

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é composto por pensamentos obsessivos, geralmente seguidos por um comportamento compulsivo.

Os pensamentos obsessivos em geral possuem conteúdos absurdos, repugnantes, indesejáveis e muito difíceis de serem abandonados.

Podem surgir como imagens, pensamentos ou ideias, onde o conteúdo obsessivo tende a aumentar a ansiedade e os rituais compulsivos tendem a abaixá-la.

As obsessões podem ser desencadeadas por vários fatores, e são percebidas pelo paciente como irracionais e sem sentido.

A pessoa portadora de TOC, ao tentar se equilibrar fazendo o que mandam os pensamentos equivocados aumenta a dependência dos rituais.

Há séculos, a humanidade insiste na identificação, análise e correção das fraquezas (doença) para se tornar forte (saudável). Esta visão é bem intencionada, mas nossos pontos fortes acabam sendo esquecidos. É importante que a humanidade comece a entender nossos padrões específicos para aprender a localizar, descrever, ajustar, praticar e refinar nossos pontos fortes.

As doenças crônicas frequentemente são progressivas e recorrentes com um alto custo social, afetando diretamente a qualidade de vida de grandes populações.

A terapia cognitiva-comportamental entende que os sentimentos e comportamentos dos indivíduos são em grande parte, determinados pelo modo como eles percebem e avaliam suas experiências e o ambiente que os cerca assim como os demais comportamentos inadequados. Nos transtornos psiquiátricos, estes comportamentos seriam mediados por um conjunto de crenças distorcidas e disfuncionais.

Para modificar este sistema de crenças é fundamental identificar esquemas de raciocínio disfuncionais. Dentro deste contexto, a auto motivação pode ser definida como um estilo de aconselhamento centrado no paciente para ajudá-lo a explorar e resolver sua ambivalência sobre a mudança de comportamentos inadequados usados para regular estados emocionais. Assim, a mudança desse comportamento está intimamente ligada a uma série de outros comportamentos, aos quais a motivação está vinculada.

A técnica de Auto Motivação foi desenvolvida inicialmente para pacientes com comportamentos compulsivos, mas vem sendo amplamente utilizada com o objetivo de promover a aderência a tratamentos com pacientes de diversas doenças crônicas.

Esta técnica é bastante difundida nos Estados Unidos, na Austrália, em diversos países da Europa, e, atualmente, também no Brasil. Objetiva-se, principalmente, a mudança de comportamentos, ao postular que a aderência ao tratamento depende da motivação, sendo que mudanças comportamentais podem ser facilitadas por esta intervenção.

Auto Motivação e Escalas de Motivação para Tratamento em Dependência de Drogas

A motivação caracteriza-se como processo dinâmico, segundo o modelo transteórico, desenvolvido por Prochaska e Diclement (1983).

Este modelo descreve os estágios de mudança comportamental, por meio dos quais o indivíduo "transita" de forma não linear, estando em tratamento ou não.

Tais estágios são: pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção e recaída.

Um aspecto relevante é a origem da influência da motivação que pode ser externa (pressões, ações coercitivas) ou interna (motivação que vem do próprio indivíduo) (Ryan e Plant, 1995).

Há controvérsias sobre a repercussão da maior gravidade da dependência de substâncias psicoativas e sua correlação com os níveis de motivação, que tanto podem aumentar a chance de recaída em pacientes ambulatoriais e internados (Silva et al., 1995; Franken e Hendricks, 1999), quanto pode diminuir a probabilidade de abandono de tratamento (Ryan e Plant, 1995; Carpenter et al., 2002).

As comorbidades também podem influenciar a resposta ao tratamento da dependência por alterar a motivação. A depressão, por exemplo, pode interferir na motivação para a abstinência de álcool e de outras drogas.

Alcoólatras com sintomas depressivos graves mostravam-se mais motivados para uma mudança comportamental, provavelmente, por possuírem maior percepção das consequências negativas da dependência do álcool (Blume et al., 2001).

A auto motivação (AM) é uma abordagem criada para auxiliar o sujeito a reconhecer seus problemas atuais e potenciais quando há ambivalência quanto à mudança comportamental e estimular o comprometimento para a realização desta mudança por meio de abordagem psicoterápica persuasiva e encorajadora (Miller e Rollnick, 2001).

Esta técnica propõe intervenções terapêuticas individualizadas adequadas a cada estágio, com vistas a aumentar a adesão ao tratamento e prevenir possíveis recaídas em comportamentos considerados patológico, dependência de substâncias psicoativas, e, também, em comportamentos sadios com vistas à promoção de saúde (Miller e Rollnick, 2001; Oliveira e Malbergier, 2003).

A intervenção motivacional breve (IMB) tem importante funcionalidade por ser uma forma de atendimento concisa, baseada na AM, que objetiva alcançar a mudança comportamental do paciente e desencadear uma tomada de decisão e o comprometimento com a mudança (Miller e Rollnick, 2001).

Neste tipo de intervenção, utiliza-se um inventário de estratégias oferecidas pelo entrevistador, ao paciente, para modificar seu comportamento problema de modo responsável.

A IMB consiste em uma a três sessões, que possuem impacto motivacional e precipitam mudanças de comportamento, sendo comparável a tratamentos mais extensos em dependência de drogas.

Ela contém seis elementos (Millner e Rollnick, 2001):

- Devolução;
- Responsabilidade pessoal do paciente;

- Conselhos claros para mudança de hábito;
- Seleção de uma abordagem específica de tratamento;
- Elaboração estratégias alternativas;
- Empatia do terapeuta; e
- Reforço da autoeficácia da esperança do paciente.

A atuação do terapeuta, ao conduzir uma IMB pauta-se em cinco princípios estruturantes:

- Promoção da auto-eficácia;
- Expressão de empatia;
- Desenvolvimento de discrepância;
- Evitação de argumentação; e
- Acompanhamento da resistência.

Autoeficácia é a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica. Ela pode ser considerada como elemento-chave na motivação para mudança e bom indicador de resultados de tratamento (Miller e Rollnick, 2001). De Weert-van Oene et al. (2001) justificam a autoeficácia como bom indicador quanto à duração do tratamento.

Pacientes com maior autoeficácia apresentam maior capacidade de enfrentar seus problemas relacionados à dependência de substâncias psicoativas e, por isso, alcançam desfecho do tratamento mais rapidamente.

Expressar empatia é a capacidade de construção de aliança terapêutica conseguida pela escuta reflexiva e respeitosa e o desejo de compreender as esperanças e os receios do paciente.

A "aceitação" dos limites do paciente facilita a ocorrência para mudança comportamental.

Desenvolver discrepância consiste em ajudar o paciente a conscientizar-se dos custos de seu comportamento atual, relacionados à dependência de drogas, e de seus recursos pessoais para reformular seus projetos de vida.

Blume et al. (2001) afirmam que quando pacientes dependentes de álcool conscientizam-se que os custos de sua dependência sobrepõem-se aos benefícios e prazeres da bebida, ficam mais motivados em mudar seu comportamento.

Perdas frequentes relacionadas às substâncias psicoativas podem ser fatores preditivos para aumentar os níveis de motivação pessoal para mudança comportamental (Blume e Marlatt, 2000; Blume e Schmalting, 1998).

Evitar a argumentação significa evitar discussões contra produtores acerca do diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas.

Acompanhar a residência caracteriza-se por reconhecer o estado motivacional do paciente e pautar as intervenções terapêuticas individuais.

Escalas que aferem o estágio de motivação do paciente têm sido construídas, na tentativa de aumentar a precisão e validade da identificação do estágio atual de um paciente em particular e auxiliar o terapeuta na escolha da estratégia de tratamento mais adequada.

Diversos estudos têm utilizado uma série de instrumentos que avaliam o aspecto motivacional de mudança comportamental, entre eles:

Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA);

Stages of Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES);

Treatment Motivation Questionnaire (TMQ);

Readiness to Change Questionnaire (RCQ).

URICA é um questionário de autopreenchimento, que não necessita de treinamento prévio, aplicado na população adulta, contém 32 perguntas divididas em quatro subescalas, as quais abrangem os seguintes estágios de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

Há uma versão com 24 itens.

O tempo necessário para a aplicação da escala varia de cinco a dez minutos.

Este instrumento investiga os estágios motivacionais de pacientes que procuram tratamento para a modificação de qualquer tipo de problema comportamental e visa fornecer esta informação para ajudar a guiar as abordagens de tratamento adequadas.

URICA encontra-se ainda em processo de validação em sua versão em português (Oliveira et al., 2003).

Oliveira et al. (2003) aplicaram o URICA e o Short-form Alcohol Dependence Data (SADD), em uma amostra de pacientes alcoólatras em serviço especializado e observaram correlação positiva ($r = 0,197$; $p = 0,031$) entre o estágio de manutenção e maior gravidade de dependência de álcool. A proposta de tratamento oferecida foi estimular a auto-eficácia destes pacientes como forma de prevenção à recaída.

URICA é considerado instrumento confiável e de boa consistência interna (Pantalon Swanson, 2003) e validades concorrente e preditiva satisfatórias.

Várias pesquisas têm sido realizadas utilizando o URICA a fim de estimar os estágios motivacionais em pacientes psiquiátricos com transtornos primários relativos ou não à dependência de drogas e/ou em comorbidades.

Henderson et al. (2004) avaliaram a validade preditiva dos estágios de mudança em dependentes de heroína, como droga primária, usando o URICA para prever a adesão ao tratamento e amostras urinárias negativas de heroína e/ou cocaína durante um período de 29 semanas.

Esses pacientes tiveram acesso a materiais didáticos sobre o assunto, participaram de terapias de grupo e cognitivo-comportamentais e de terapias de auto motivação.

A consistência interna das subescalas do URICA mostrou-se adequada.

SOCRATES, criada por William Miller, é um instrumento autoadministrável, composto por 19 itens (versão recente), sendo as alternativas de resposta do tipo Likert, voltados para pacientes alcoólatras, com duração média de três minutos.

Abrange três subescalas:

- Reconhecimento (capacidade de insight do paciente com relação ao consumo de álcool);
- Ambivalência; e
- Ação (evolução do paciente naquele período de avaliação).

A subescala reconhecimento abrange itens que investigam a preparação e determinação, a subescala ambivalência engloba o item contemplação e a subescala ação inclui os itens ação e manutenção.

Suas características psicomédicas incluem boa confiabilidade e boa consistência interna (Miller e Tonigan, 1996; Maisto et al., 1999; Maisto et al., 2003; Figlie et al., 2004).

Miller e Tonigan (1996) utilizaram SOCRATES para estimar a motivação de uma amostra de alcoólatras com altos níveis de gravidade e de consumo de bebida, identificaram que esta escala possuía uma estrutura de três fatores: ambivalência, reconhecimento e ação, e é um instrumento de alta confiabilidade.

Em estudo de validade concorrente, conduzido em uma amostra de pacientes alcoólatras graves de instituições de atendimento primário, Maisto et al. (1999) observaram que as subescalas de ambivalência e de reconhecimento (AMREC) estavam correlacionados aos níveis de gravidade do alcoolismo: as maiores pontuações da subescala AMREC estavam diretamente correlacionadas à frequência e à quantidade dos problemas clínicos decorrentes do consumo alcoólico, e que a subescala ação (Taking steps) estava correlacionada à mudança comportamental, com as maiores pontuações relacionadas diretamente à redução de consumo alcoólico e posterior manutenção desta redução. Nos mesmos pacientes alcoólatras, após um período de seis meses de tratamento, a subescala AMREC demonstrou boa validade preditiva: a AMREC manteve a mesma correlação estatisticamente significativa com a gravidade e frequência do consumo de álcool (expressa em número total e diário de drinques em período de seis meses), o que não ocorreu com subescala taking steps, que estava

relacionada positivamente com a sintomatologia de abstinência, mas inversamente às consequências do consumo de bebidas alcoólicas.

Figlie et al. (2004) estudaram a consistência interna e a estrutura fatorial da versão em português da SOCRATES (versão 8) em uma amostra ambulatorial de um centro especializado em gastroenterologia de dependentes de álcool, baseando-se na estrutura fatorial explicitada por Miller e Tonigan (1996) e Maisto et al. (1999). No estudo de Figlie et al. (2004), SOCRATES apresentou boa consistência interna e confiabilidade.

Outra escala disponível na literatura é a TMQ.

Trata-se de instrumento autoadministrável, composto por 29 itens, que abrangem os motivos pelos quais o paciente procura e permanece no tratamento, distribuídos pela avaliação de quatro áreas (Cahill et al., 2003):

- Motivação interna;
- Motivação externa;
- Busca de ajuda interpessoal; e
- Grau de expectativa quanto ao resultado de tratamento.

Os itens variam em uma escala de cinco pontos, incluindo as opções "não é totalmente verdadeira" a "totalmente verdadeira".

A TMQ apresenta boa validade de construto, por demonstrar alta interdependência entre as variáveis presentes na escala (Ryan e Plant, 1995).

Ryan e Plant (1995) aplicaram a TMQ em uma amostra de dependentes de álcool revelando que a motivação interna estava associada com a maior adesão ao tratamento, principalmente se estivesse associada à alta motivação externa.

RCQ é um questionário composto por 12 itens, que abrangem os estágios de mudança motivacionais: pré-contemplação, contemplação e ação.

O estágio de manutenção não é abordado por esse instrumento porque, para indivíduos abstêmios, muitas das perguntas, desse questionário, não fazem sentido e conseqüentemente o questionário pode apresentar um mau entendimento (Rumpf et al., 1999).

Este questionário foi desenvolvido para avaliar pacientes dependentes de álcool.

Os itens variam em uma escala de cinco pontos abrangendo opções "não concordo completamente" a "concordo completamente".

Altas pontuações nas escalas de contemplação e ação e baixas pontuações na escala de pré-contemplação indicam maior prontidão para mudança comportamental.

O uso da Auto Motivação na Redução de Riscos de HIV

A infecção por HIV representa um problema de saúde pública mundial. O desenvolvimento de medicamentos mais eficazes é cada vez mais difícil, denotando a necessidade de qualificação no serviço prestado e novas intervenções que promovam adesão tratamento.

Menor motivação em se comprometer com o tratamento pode estar relacionada com aumento na gravidade dos sintomas relacionados à doença, resultado dos baixos níveis de adesão.

Abordagem envolvendo aspectos motivacionais com a Intervenção Motivacional de pessoas soropositivas podem promover adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) pela promoção de fatores de proteção para saúde individual.

Intervenções Motivacionais (IM) podem auxiliar nas mudanças de comportamento dos portadores de HIV ajudando-os a dissolver suas ambivalências (e.g., tomar ou não os remédios, enfrentar ou não os efeitos colaterais) e a responsabilizarem-se pela manutenção de sua própria saúde (Field, Hungerford, & Dunn, 2005; Miller, W. R. & Rollnick, 1991; Rollnick & Miller, 1985).

Portanto, considerando:

a) efetividade de intervenções motivacionais para auxiliar os pacientes a lidar com a complexidade das estratégias terapêuticas e sua implicação na adesão ao tratamento antirretroviral – já que viver com HIV envolve a superação de obstáculos individuais e coletivos; e

b) a evidência, apontada por inúmeros estudos, de que intervenções motivacionais representam boas estratégias para lidar com o tratamento de HIV/ AIDS e propiciar mais qualidade de vida ao paciente.

As intervenções motivacionais podem promover a adesão ao tratamento antirretroviral em portadores de HIV/AIDS de forma efetiva.

A Auto Motivação com Jovens

A adolescência é um período marcado por inúmeras transformações e conquistas importantes.

No entanto, fatores como o uso de drogas podem transformar o adolescente em um adulto problemático com sequelas irreversíveis para o desenvolvimento de sua vida futura.

O consumo de drogas nesta fase pode trazer sérias consequências físicas e/ou psíquicas para o desenvolvimento, como déficits cognitivos, problemas físicos, envolvimento em acidentes e infrações.

Quanto mais precoce for à intervenção, maiores serão as chances de melhor prognóstico e menor lesividade para a vida do sujeito imberbe (Muck e cols., 2001).

A literatura descreve que é muito difícil para o adolescente buscar atendimento psicoterápico por vontade própria e, nestes casos, a auto motivação tem-se mostrado muito benéfica (Channon, Smith e Gregory, 2003; Lawendowski 1998; Lincourt Kuettel Bombardier 2002; McCambridge e Strang, 2004; Marques, 2004; Sampl e Kaden, 2001), pois trabalha diretamente com a resolução da ambivalência, aqui subentendida como um conflito existente entre duas opções, para modificação de comportamentos aditivos e com o aumento da motivação interna.

A adolescência é uma época marcada por inúmeras transformações, descobertas, rupturas e aprendizagens e representa a passagem do período da infância para a vida adulta.

Neste processo todo há o envolvimento de muitos medos, riscos e instabilidade, tanto pela parte física quanto pelas partes hormonal e psicológica.

Segundo Aberastury e Knobel (2000), a adolescência normal é caracterizada pela busca de si mesmo e de sua identidade, pela separação progressiva dos pais e vinculação com o grupo, pelo desenvolvimento do pensamento abstrato e necessidade de intelectualizar e fantasiar, pela evolução da sexualidade, pelas crises religiosas, vivência temporal singular, atitude social reivindicatória e constantes flutuações de humor e contradições sucessivas. Segundo Silva e Matos (2004), a falta de relações afetivas genuínas e de apoio familiar, a pressão do grupo, a violência doméstica, familiares dependentes químicos e baixa auto-estima têm sido relatados como fatores de risco para uso e dependência de substâncias.

Por outro lado, fatores como religiosidade, estrutura familiar empática, conhecimento sobre drogas e habilidades sociais têm sido descritos como protetores em relação ao uso.

Cotidianamente, constata-se que o uso de drogas está cada vez mais associado à criminalidade infanto-juvenil, e várias são as menções deste enfoque relacional de que a droga induz jovens à delinquência e seria, eventualmente, o agente motivador do cometimento de atos infracionais (Mariano da Rocha, 2003).

De acordo com Lambie (2004), os adolescentes são os pacientes mais difíceis de trabalhar no ambiente terapêutico.

São os que oferecem mais hostilidade, maior desconfiança e outras formas de resistências, além de baixa motivação para tratamento, pois estão iniciando o processo de desenvolvimento das suas habilidades sociais e cognitivas, seus modelos de relacionamento e adquirindo habilidade de demonstrar seus sentimentos.

Quanto mais precoce for o início do uso de substâncias, maiores serão os riscos de desenvolver uma dependência e mais graves serão as consequências na saúde do indivíduo, motivo pelo qual o tratamento também deve ser iniciado de modo mais precoce (Highet, 2003).

As intervenções breves e precoces podem promover a diminuição de Consequências negativas do uso de drogas além de aumentar a probabilidade de o sujeito não desenvolver dependência por substâncias químicas (Masterman e Adrian, 2003; Stephens, Roffman, Fearer, Williams e Picciano, 2004).

Os jovens raramente buscam ajuda por conta própria, em especial os usuários de drogas.

Difícilmente relacionam seus problemas ao uso das substâncias, notadamente porque estão em constantes mudanças tanto físicas quanto psicológicas.

Os que percebem alguma dificuldade tendem a minimizá-la ou a negá-la, achando que tudo vai passar e que nada de ruim vai acontecer ou se perpetuar.

Dependendo da forma como for abordada, a resistência poderá aumentar, dificultando muito o sucesso do processo terapêutico (Marques, 2004).

Kaminer e Szobot (2004) afirmam que a variabilidade no sucesso e na taxa de adesão ao tratamento depende de variáveis como a gravidade da dependência química, o funcionamento global do adolescente antes do uso da droga, a presença de comorbidade psiquiátrica e a motivação para mudança de comportamento.

A Auto Motivação (AM), também conhecida como Intervenção Motivacional (IM) ou Motivational Enhancement Therapy (MET), foi desenvolvida por Miller e Rollnick e tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças comportamentais eliciando a resolução da ambivalência para mudanças de comportamento (Miller e Rollnick, 2003).

É uma técnica relativamente simples e com custo baixo, transparente, baseada em princípios cognitivos como entendimento dos problemas e reações emocionais frente a eles, estabelecimento de alternativas para modificação em padrões de pensamentos e implementação de soluções (Bundy, 2004).

Técnica da Auto Motivação

O papel do terapeuta, na Auto Motivação, é bastante particular: o terapeuta aqui tem a função de estimular a motivação do paciente, buscando aumentar a possibilidade de mudança sem, ao mesmo tempo, impor à pessoa um curso de ação que não seja apropriado ao seu momento pessoal.

Existem 5 princípios básicos :

1 - Expressar empatia. Mostrar empatia é uma das essências da AM e isso consiste em:

- Aceitar a postura do paciente, tentando entendê-lo, sem julgamento ou crítica;
- Escutar criticamente (reflective listening): esta técnica é específica da AM. Não é tão frutífero apenas ouvir o que o paciente diz. O elemento essencial aqui é o como o terapeuta responderá ao que ouve: o terapeuta de certa forma adivinha o que o paciente quer dizer, decodificando aquilo que

ouviu e rephraseando para o paciente na forma de uma afirmação. (ex: terapeuta - deixa eu ver se entendi o que você está dizendo...); e

- Assumir ambivalência como algo normal e parte do processo de mudança.

2 - Desenvolver discrepância, entre o atual comportamento do paciente (por exemplo, a dependência de droga) e objetivos mais amplos (por exemplo, ter uma carreira profissional ou manter um relacionamento estável). Isto é, evidenciar a distância entre onde a pessoa está e onde ela gostaria de estar.

Isto se faz importante para que o paciente:

- Tenha consciência das consequências do atual comportamento;
- Vendo a discrepância entre o comportamento atual e objetivos futuros, ficar mais motivado a mudanças;
- Deve ser estimulado a apresentar argumentos para mudança.

3 - Evitar discussões, isto é, confrontações diretas e, para tal, é necessário ter em mente:

- Discussões são contra produtivas;
- Discussões suscitam defesas e defender-se gera defesas;
- Discussões também suscitam resistência e essa resistência por parte do paciente é um sinal para o terapeuta mudar de estratégias;
- Geralmente as discussões surgem da tentativa do terapeuta confrontar o paciente com seu problema e conseqüentemente querer encaixá-lo em alguma categoria (isto é, por exemplo, o terapeuta esperar que o paciente se assuma como alcoólatra ou drogado).

Categorizar é desnecessário.

4 - Fluir com a resistência, ao invés de enfrentá-la e, para tal, é importante:

- Saber reconhecer o momento do paciente e saber usá-lo (ao invés de ir contra ele) pode ser positivo;
- Ter em mente que as percepções do paciente podem mudar (principalmente se forem de relutância ao tratamento, ao contato terapêutico ou mesmo à mudança propriamente dita), se o terapeuta estiver bem preparado para fazê-lo;
- Novas perspectivas são bem recebidas MS não devem ser impostas
- O paciente é uma rica fonte para possíveis soluções de problemas.

5 - Estimular autoeficácia, um conceito bastante importante quando se fala de AM.

A autoeficácia, conceito criado por Bandura, é a crença da própria pessoa

na sua habilidade de executar uma tarefa.

Autoeficácia é considerada um elemento chave no processo de motivação para mudança é um bom fator preditivo do sucesso do tratamento. Para estimular a autoeficácia é necessário:

- O terapeuta acreditar na possibilidade de mudança;
- O paciente ser responsável por escolher e levar a cabo uma mudança pessoal;
- Ter esperança na variedade de abordagens a qual o paciente pode recorrer.

Oito estratégias de A a H (em inglês)

Tendo em vista que motivação é um estado mutável, é apropriado pensar em estratégias que aumentem a probabilidade de mudança.

Há uma vasta revisão da literatura sobre o que motiva pessoas a mudar e a aderir ao tratamento e esta já foi revista em detalhes.

As seguintes estratégias aqui mencionadas são um resumo desta literatura, devendo-se sempre ter em mente que não há soluções mágicas e que uma abordagem efetiva geralmente associa várias dessas estratégias:

A - Aconselhar (giving Advice)

Por mais valorizados que sejam os 'insights' e o aspecto não diretivo da AM, às vezes, um conselho claro, na hora e da forma certa, podem fazer a diferença.

E, de um bom conselho, faz parte: identificar o problema ou a área de risco, explicar porque a mudança é necessária e recomendar uma mudança específica.

B - Remover Barreiras (remove Barriers)

Uma pessoa no estágio de contemplação pode estar considerando vir ao tratamento, mas estar preocupada em fazê-lo devido a alguns obstáculos do tipo custo, transporte, horário, etc.

Essas barreiras podem interferir não só na entrada no tratamento como também no processo de mudança, já que muitas vezes essas barreiras são mais de atitude ou internas do que abertas (isto é, a pessoa que ainda não sabe se vale a pena mudar, por exemplo).

Neste caso, a abordagem deve ser mais cognitiva do que prática.

O terapeuta bem preparado deve auxiliar o paciente a identificar essas barreiras e ultrapassá-las, assistindo-o na busca de soluções práticas para o problema.

C - Oferecer opções de escolha (providing Choices)

É provado que a motivação é aumentada quando a pessoa percebe-se

capaz de decidir livremente sem influência externa ou sem ter sido obrigada a fazê-lo.

Portanto, é essencial que o terapeuta ajude o paciente a sentir sua liberdade (e, conseqüentemente, responsabilidade) de escolha, o que fica facilitado se o terapeuta oferecer várias alternativas para o paciente optar.

D - Diminuir a vontade (decreasing Desirability)

Se um comportamento é mantido apesar de suas más conseqüências, é porque este também traz algo de bom.

É função do terapeuta identificar os aspectos positivos do comportamento de uso de uma substância do paciente que o está estimulando a manter-se nele, e daí buscar formas de diminuir esses incentivos.

Nem sempre, a simples constatação racional destes aspectos negativos é suficiente.

As pesquisas mostram que o comportamento tem mais chance de mudar se as dimensões afetivas ou de valor forem afetadas.

Técnicas comportamentais podem ser utilizadas, mas isso requer um grande compromisso do paciente.

Uma abordagem mais genérica é a de aumentar a consciência do paciente para as conseqüências adversas do comportamento.

E - Praticar empatia (practicing Empathy)

O valor da empatia já foi mencionado anteriormente e desta consiste não a habilidade de identificar-se com o paciente mas sim de entender o outro através da chamada „escuta crítica”.

F – Dar feedback (providing Feedback)

Se o terapeuta não sabe bem onde se encontra do processo terapêutico, fica difícil saber para onde ir.

Muitas pessoas acabam por não mudar por falta de retorno quanto à sua atual situação. Portanto, deixar o paciente sempre a par de seu estado presente é um elemento essencial para motivá-lo à mudança.

G - Clarificar objetivos (clarifying Goals)

Só dar feedback também não é suficiente.

É importante compará-lo com uma meta pré-estabelecida, que oriente o percurso de ação.

Portanto, é importante auxiliar o paciente a estabelecer certos objetivos e que estes sejam realistas e atingíveis.

H - Ajuda ativa (active Helping)

O terapeuta deve estar ativa e positivamente interessado no processo de mudança do paciente e isto pode ser expresso pela iniciativa do terapeuta de ajudar e pela expressão de cuidado (por exemplo, um simples telefonema frente a uma falta).

Muito se discute se esta atitude estaria tomando das mãos do paciente a responsabilidade pelo tratamento.

Os criadores da AM dizem: "... a ideia é que primeiro é necessário engajar e manter o paciente no tratamento e depois se preocupar com sua responsabilidade."

Aqui, foram enumeradas algumas técnicas, mas não a receita de como combiná-las.

Saber os ingredientes da receita já é o começo.

Como lidar com a ambivalência

A ambivalência já foi citada como um aspecto comum a ser encarado no tratamento de dependentes químicos.

De certa forma, a AM é centrada no gerenciamento terapêutico da ambivalência. Para tal, é preciso, antes de mais nada, entender como a ambivalência atua naquele paciente em particular: quais são, para este paciente, as partes do conflito, sem pressupô-las.

Vale também definir as motivações do paciente bem como suas expectativas quanto à mudança, aspectos estes que podem estar tomando algum lado da balança. É importante ter-se em mente alguns aspectos ao se pensar em ambivalência:

- Ao invés de encará-la como um 'mau sinal' e tentar persuadir o paciente a mudar, o ideal é encará-la como normal, aceitável e compreensível.

Dessa forma, o terapeuta poderá perceber o quão complexo é o dilema do paciente e então fazer movimentos que mais parecem um jogo amigável de xadrez do que um ataque ao castelo! - muitas vezes, é ilustrativo se usar de uma 'balança de decisão' para mostrar os dois lados do conflito, seja usando-se a ilustração de uma balança ou de um papel dividido.

- A ambivalência não é totalmente racional, sendo importante o terapeuta estar sempre sintonizado nos sentimentos, interesses e crenças do paciente.

De acordo com Prochaska e DiClemente, a capacidade da pessoa de entender sua ambivalência é o sinal para a passagem para o estágio da contemplação, onde ela estará mais consciente do conflito e até com maior ambivalência. Uma vez a ambivalência entendida e ultrapassada, a pessoa chega perto da preparação e consegue tomar uma decisão de mudar.

Porém, ultrapassar a ambivalência é só parte do problema.

A AM também promove a prontidão para mudança (a etapa seguinte) e muitas vezes, ter resolvido o conflito não leva diretamente à mudança.

Como lidar com a resistência

Como lidar com a resistência é outro aspecto essencial em AM e é neste sentido que a abordagem aqui é radicalmente oposto das técnicas de confronto.

Um objetivo importante em AM é o de evitar estimular ou aumentar a resistência: quanto mais o paciente resistir, menos chance de mudar ele terá e também estará mais propenso a desistir do tratamento.

As pesquisas têm mostrado que um terapeuta que utiliza AM que seja bem preparado e capaz consegue manter baixos os níveis de resistência, portanto a resistência do paciente e um problema do terapeuta.

De certo modo, o estilo do terapeuta determinará o quanto o paciente vai resistir, como se o sucesso terapêutico na AM pudesse ser medido pelo grau de resistência do paciente. Daí a necessidade de discutirmos aqui o como abordar a resistência.

Primeiro é importante reconhecê-la e depois saber como lidar com ela.

1 - Reconhecer a resistência

De acordo com a perspectiva da AM, a resistência é algo que surge durante o tratamento, da relação terapeuta-paciente.

Segundo Prochaska e DiClemente a resistência pode ser um sinal de que o terapeuta está usando técnicas inapropriadas para o estágio de mudança na qual o sujeito se encontra naquele momento.

De alguma forma, é como se o paciente dissesse: 'Ei espera um pouco, pois eu não estou te seguindo!'

Existem vários tipos de comportamento por parte do paciente que assinalam resistência: discutir, interromper, negar e ignorar, mas o que importa não é tanto identificar o tipo, mas sim o fato de alguma resistência estar existindo.

De certa forma, é comum existir alguma resistência em todo processo terapêutico, especialmente no início.

Cabe ao terapeuta perceber se esta relutância inicial vai tomar-se um padrão e é no como o terapeuta responde à resistência que faz a diferença e distingue a AM das demais técnicas.

2 - Estratégias para lidar com a resistência

A - Reflexão simples: uma boa resposta à resistência é uma de não-resistência.

Simplesmente constatar que o paciente discorda ou que ele sente algo, permite explorar melhor a situação ao invés de aumentar as defesas.

Exemplo: Paciente - Não sou eu que tenho problemas.

Se bebo, é porque minha esposa está sempre me enchendo...

Terapeuta - (Parece que para você, a razão de você beber são os seus problemas conjugais);

B - Reflexão amplificada: a ideia seria devolver ao paciente o que ele disse de uma forma amplificada ou mesmo exagerada.

Exemplo: Paciente - Eu consigo controlar minha bebida.

Terapeuta –(Então quer dizer que você não tem nada a temer, álcool não é um problema para você).

Deve ter-se cuidado, pois um comentário deste em um tom sarcástico pode ter o efeito inverso de aumentar a resistência, enquanto que o apropriado é fazê-lo diretamente, de forma a apoiar o paciente.

C- Reflexão de dois lados (double-sided): uma abordagem baseada na escuta crítica é constatar o que o paciente diz e acrescentar a isto, o outro lado da ambivalência do paciente utilizando material fornecido anteriormente em outras sessões

Exemplo: Paciente - Está bem, eu tenho problemas com drogas, mas eu não sou um drogado.

Terapeuta –(Você não tem dificuldade em assumir que as drogas estão te prejudicando, mas você não quer ser taxado.)

D - Mudar o foco: aqui a ideia é mudar o foco de atenção do paciente de algo que parece uma barreira para sua evolução

Exemplo: Paciente - Eu sei que o que você quer de mim é que eu pare de usar tudo, fique totalmente careta, mas isso eu não vou fazer!

Terapeuta - Ei, espera aí. Nós só estamos começando a conversar. Eu ainda não tenho condições de dizer o que é melhor para você, por isso não vamos ficar emperrados nesta discussão.

Agora, o que devemos fazer é...

E - Concordar, mas com alguma mudança: aqui o terapeuta concorda com algo que o paciente diz, mas muda sutilmente de direção

Exemplo: Paciente - Não sei por que você e minha mulher pegam tanto no meu pé por causa da minha bebida. E os problemas dela?

Terapeuta –(Você tem razão, temos de ter uma visão mais ampla: problemas de bebida envolvem sempre a família).

F - Enfatizar escolha e controle pessoal: estar sempre assegurando à pessoa que, no fim das contas, quem tem a última palavra é o paciente, ajuda a diminuir a relutância

Exemplo: Terapeuta - Ninguém pode mudar o seu hábito. No fim das contas, quem decide é você.

G - Reinterpretar: isto é, colocar os comentários do paciente em um outro contexto ou mesmo dar-lhe outra interpretação, alterando o sentido.

Exemplo: Paciente - Eu não aguento mais tentar parar e não conseguir, eu desisto.

Terapeuta - Realmente, muitas vezes é difícil ver uma luz no fim do túnel.

Eu percebo seu esforço em parar e te admiro por isso.

Lembre-se do processo de mudança que discutimos: quanto mais vezes você passar pelas fases, mais chance de chegar à manutenção você terá.

H - Paradoxo terapêutico: é como dizer ao paciente:

"OK, talvez seja melhor mesmo você continuar usando drogas..." de uma forma calma, de modo que o paciente, resistindo ao terapeuta, possa mover-se adiante, assumindo que não quer mais usar drogas.

Porém, esta estratégia requer muita experiência e deve ser usada com cuidado.

Em resumo, resistência pode transformar-se na chave para um tratamento de sucesso se o terapeuta souber reconhecê-la como uma oportunidade: em AM, faz parte da arte de ser terapeuta saber identificar e ultrapassar a resistência.

As Duas Fases do Processo de Mudança

Primeira fase: Estimulando motivação para mudança

Assume-se que o paciente está neste momento ambivalente e possivelmente no estágio de contemplação inicial ou mesmo pré-contemplação.

Alguns pontos sobre esta fase serão mencionados:

A primeira sessão é crucial e, portanto, há algumas coisas que precisam ser evitadas (e não apenas na primeira sessão!):

- Perguntas e respostas, onde o terapeuta faz as primeiras e o paciente as segundas. Isso por um lado, estimula o paciente a dar respostas curtas e por outro, pressupõe uma dinâmica onde há uma pessoa ativa (o terapeuta) e outra passiva (o paciente).

O ideal é fazer uma pergunta aberta e não responder com outra pergunta, mas sim com a escuta crítica, e nunca fazer 3 perguntas seguidas.

- Confrontar o paciente com um problema e vê-lo reagindo com uma negação. Quanto mais confrontar o paciente, mais ele resistirá.

- O terapeuta assumir o papel de 'expert', deixando o paciente numa postura muito passiva. - categorizar o paciente (tipo alcoólatra ou dependente).

- Não levar-se em conta o ritmo e as necessidades do paciente.

Muitas vezes, querer ir direto ao assunto dependência pode acirrar a resistência.

Muitas vezes, o paciente prefere falar de preocupações mais gerais e isto deve ser respeitado.

Portanto, o foco de discussão deve ser determinado pelas necessidades do paciente.

- Discutir de quem é a culpa, mesmo porque isso é irrelevante ao tratamento.

Abaixo serão mencionadas 5 técnicas comumente usadas na primeira fase:

A - Fazer perguntas abertas: na fase inicial da AM, é importante que o terapeuta estabeleça uma atmosfera de aceitação e confiança, para permitir ao paciente explorar seus problemas.

E, portanto, o paciente deve ser o que mais fala, com o terapeuta estando atento e estimulando esta fala.

Uma forma de atingi-lo é fazendo perguntas amplas e abertas, que não podem ser facilmente respondidas brevemente.

Sempre ajuda, ter uma noção de qual é o problema do paciente previamente.

B - Escutar criticamente: ver a definição acima.

C - Reassegurar: pode ser de muita ajuda, apoiar seu paciente durante o processo de tratamento e isto pode ser feito através de reconhecimento pela sua evolução, com comentários de apreciação e de empatia.

O simples fato de haver a escuta reflexiva é uma forma de 'dar uma força' a ele.

D - Resumir: fazer resumos esporádicos ajuda durante todo o processo da AM, pois além de ligar várias ideias tratadas em momentos diferentes, permitem ao terapeuta mostrar ao paciente que vem escutando o que ele diz e dá uma visão mais geral ao paciente sobre seus próprios comentários, muitas vezes facilitando uma mudança.

Sempre vale iniciar o resumo com uma breve introdução sobre o que ocorrerá a seguir.

E - Estimular afirmações de auto-motivação (elicit self-motivational statements): se o terapeuta apenas se usar das 4 estratégias anteriores, existe uma grande chance de que o paciente ficará preso na ambivalência.

Esta última técnica visa exatamente ajudar o paciente a resolver esta ambivalência.

É função terapeuta facilitar a elaboração destas afirmações de automotivação.

Elas podem ser de 4 tipos:

- Reconhecimento de problema (ex: Eu nunca havia pensado no quanto estou bebendo);
- Expressão de preocupação (ex: Estou realmente preocupado com isso);
- Intenção de mudar
- Otimismo (Ex: Eu acho que posso fazê-lo). Como o terapeuta pode promover essas afirmações é uma das funções chave da AM.

Segunda fase: Estimulando o compromisso com a mudança

Este é o momento de mudar as estratégias.

Aqui, a pessoa já está pronta para mudar e o principal objetivo é de auxiliar o paciente a confirmar e justificar a decisão de mudança tomada.

Para tal, é preciso que o paciente esteja no momento certo, isto é, chegado ao estágio de preparação.

Algumas dicas de que a pessoa está pronta para passar da primeira para a segunda fase são:

- Diminuição da resistência;
- Diminuem as questões do paciente sobre seu problema;
- O paciente parece ter resolvido algo, mostrando-se mais calmo;
- O paciente já faz afirmações de automotivação;
- Aumentam as perguntas sobre mudança: como seria, o que fazer, etc;
- O paciente começa a falar de como seria se ele mudasse;
- O paciente começa a experimentar mudança, por exemplo, entre as sessões, ficar sem consumir.

Uma vez atingida esta segunda fase, a maior parte do trabalho de AM foi feito.

É como se faltasse ao paciente colocar as botas, escolher qual dos caminhos pegar e começar a caminhada.

A partir daqui, o papel do terapeuta é de ser um guia neste caminho.

É preciso ter em mente algumas possíveis complicações: a ambivalência ainda não desapareceu e o plano de mudança feito deve ser algo aceitável para o paciente.

Deve-se lembrar que o terapeuta tem de dar espaço de decisão ao paciente.

Ao mesmo tempo, ele deve cuidar para não cair no lado oposto de dar insuficiente direção ao paciente, deixando-o perdido.

Vale, uma vez chegada a segunda fase, fazer uma recapitulação do que se passou até então no processo terapêutico, com o principal intuito de listar o maior número de razões para seu paciente mudar e ao mesmo tempo indicar qualquer ambivalência ou relutância.

Este resumo é usado como a preparação final para a transição ao compromisso de mudança.

Geralmente nesta fase, o paciente pede opinião.

É bastante apropriado que o terapeuta ofereça algum conselho, caso isto lhe seja pedido.

Além disso, é importante que o conselho seja dado de forma bastante impessoal, permitindo ao próprio paciente julgar se isto se adapta à sua situação.

Vale a pena também, não restringir sua opinião a um conselho, mas dar várias alternativas, tendo-se em mente que, quando é a própria pessoa a decidir o seu futuro, maiores as chances de aderir e de ter sucesso.

Um aspecto importante da segunda fase é a emergência de um plano e deste processo de negociação faz parte estabelecer objetivos e considerar opções de mudança.

Uma vez negociado um plano, deve-se auxiliar o paciente nos aspectos práticos deste, inclusive colocando no papel o plano em si, datas, quem procurar no caso de isto ou aquilo acontecer, resultados esperados, etc.

Daí, o que se segue é o paciente assumir a responsabilidade por seu plano, decidindo quais passos tomar imediatamente.

Neste momento, seu paciente estará visivelmente no estágio de ação.

Mas, vale ressaltar 3 aspectos para se ter em mente:

- No tratamento de dependentes não existe um tratamento que seja o melhor, há literatura que orienta como conciliar a técnica com o paciente e por mais que se tente escolher a melhor opção, o paciente pode não escolher a solução mais apropriada da primeira vez e recair;
- Recair é um aspecto da recuperação. E como a espiral de mudança mostrou anteriormente a maioria das pessoas têm de passar várias vezes pelo processo para conseguir sair no final;
- É importante sempre respeitar o momento do paciente. Se seu paciente não está pronto para assumir este compromisso, o melhor é que ele reflita mais e que vocês possam continuar conversando sobre a situação.

Transformando a Recaída

Relatórios entusiastas sobre o sucesso obtido em centros de tratamento da dependência frequentemente dissimulam o fato de que mais de 80% dos pacientes não completam tais programas (Trimpey, 1996, p. 78).

Uma vez que a própria publicidade é tão divulgada, o programa de 12 Passos tende a parecer bem sucedido, mas esse sucesso tem sido difícil de demonstrar na pesquisa.

O Dr. Keith Ditman, responsável pela Clínica de Pesquisa sobre o Alcoolismo da Universidade da Califórnia, estudou aleatoriamente três grupos de transgressores alcoólatras mandados por um Juiz a uma organização AA, a uma clínica médica e os que ficaram sem tratamento.

No período de acompanhamento, 69% dos pacientes da AA cometeram novos delitos, e 68% dos da clínica também.

Somente 56% daqueles que não fizeram tratamento voltaram a praticar transgressões. (Ragge, 1998, pp. 21-22).

Dois estudos de 1997 indicam que os grupos de AA tiveram o mesmo sucesso que os de abordagem comportamental cognitiva, mas não há justificativa para a afirmação de que os grupos de 12 Passos se constituem na melhor solução para a cura da dependência.

Lembre-mo-nos de que muitas pessoas livram-se da dependência por si mesmas.

O que acontece na vida dessas pessoas? Uma pesquisa feita com 2.700 fumantes ingleses mostrou que, na época em que eles pararam, geralmente mudaram de emprego, mudaram um relacionamento ou, de alguma forma, resolveram algum problema do seu estilo de vida.

Também, eles param quando "deixam de acreditar naquilo que pensavam que o cigarro podia fazer por eles", enquanto criam "novas crenças poderosas a respeito das vantagens de não fumar – crenças de que não fumar lhes oferece um estado desejável e digno de recompensa." (Marsh, 1984).

O programa que mostra a maior eficiência na metanálise da pesquisa sobre a dependência é o de treinamento em capacitação social (treinamento do tipo oferecido em nosso curso sobre Comunicação que Transforma; veja Bolstad and Hamblett, 1998).

Usando-se a dramatização e a orientação, esse treinamento ensina os indivíduos como expressar claramente e sem culpa as suas preocupações, como ouvir efetivamente às preocupações dos outros, e como trabalhar em busca de soluções que sirvam tanto a eles quanto aos outros. A abordagem mais eficaz da dependência não é, na verdade, lidar com "a dependência", mas resolver os problemas interpessoais existentes na vida da pessoa (Finney and Moos, 1998, p.157).

Para usar uma analogia, a maior parte dos tratamentos da dependência é como estabelecer clínicas de AA para os soldados no Vietnam

O que funciona é trazê-los para casa.

O segundo tratamento de maior sucesso é o Brief Motivational Interviewing (Pequena Entrevista Motivacional) (Finney and Moos, 1998, p. 157).

Esse tratamento é baseado num momento desenvolvido por James Prochaska, John Norcross e Carlo DiClemente, que entrevistaram 200 ex-fumantes, para descobrir o que aconteceu (Prochaska et alia, 1994).

Eles fizeram o acompanhamento de pessoas que haviam abandonado outras dependências, e encontraram os mesmos padrões.

Surpreendentemente, a Auto Motivação é feita em quatro sessões, o que a torna o tratamento mais breve disponível nessa área.

A metodologia da Auto Motivação não focaliza o conteúdo da dependência (ex.: educando as pessoas a respeito dos perigos da bebida), mas sim o processo de motivação para deixar o vício.

Os Seis Passos da Mudança

Prochaska e DiClemente (Prochaska et alia, 1994; Miller and Rollnick, 1991, p. 14-18) descobriram que mudanças pessoais bem sucedidas passam por um ciclo de seis estágios.

Ajudar uma pessoa num estágio requer uma abordagem completamente diferente da abordagem usada em outro estágio (Ex.: tratar uma pessoa no estágio da contemplação como se ela estivesse pronta para a ação).

Os estágios são os seguintes:

Auto Motivação

O modelo da Auto Motivação baseia-se na pesquisa, mostrando que aqueles que conseguem mudar passam pelos seis estágios acima antes de deixarem a dependência.

- Pré-contemplação;
- Contemplação;
- Determinação;
- Ação;
- Manutenção; e
- Reciclagem do processo.

Pré-contemplação - Neste estágio a pessoa não está consciente da incongruência sequencial que os outros podem considerar "uma dependência". Eles não "dominam o problema". Uma ajuda útil nesse estágio busca criar uma situação em que a ajuda seja aceitável.

A pessoa que ajuda pode:

- Obter permissão para oferecer informações e agir como consultor. Um consultor eficiente conhece os fatos, compartilha respeitosamente as informações, ouve as respostas da pessoa, e deixa a tomada de decisão para ela.

- Evitar falar sobre a incongruência para a pessoa, antes de "convencê-la" a agir sobre a mesma.

O objetivo é simplesmente assistir à pessoa para que se torne mais consciente sobre aquilo que está acontecendo.

O uso de habilidades eficientes de comunicação pelos assistentes e pelas pessoas envolvidas com o paciente é crucial neste momento.

Isso inclui a habilidade de enviar uma clara mensagem "Eu..." (ex.: Quando você chegou em casa duas horas mais tarde do que havia programado, isso fez com que EU perdesse o filme que nós íamos assistir. EU fiquei realmente frustrado porque estava esperando ir com você.") e ser capaz de responder à reação da pessoa ouvindo reflexivamente (ex.: "Você acha que estou super reagindo. Você simplesmente esqueceu e sente muito por isso.") antes de reafirmar sua preocupação em uma nova mensagem "Eu ...". Essas habilidades são discutidas profundamente no livro *Transforming Communication (Comunicação que Transforma)* (Bolstad e Hamblett, 1998).

Encontrar maneiras de apresentar à pessoa as vantagens de mudar, ao invés de usar simplesmente a motivação "para longe de".

A pesquisa mostra que a motivação "em direção a" é extremamente importante na mudança, da pré-contemplação para a contemplação, enquanto reduz o conflito interior, e é mais importante na passagem da contemplação para o compromisso real. (Prochaska et alia, 1994, p. 162- 171).

Contemplação - Este é o estágio em que a incongruência é muito óbvia.

A pessoa agora está engajada na mudança do processo, e oscila entre querer mudar e querer ignorar o problema.

Ela pode dizer: "É uma luta; mas acho que posso administrar isso

"A finalidade do assistente, neste estágio, é ajudar a contemplação."

É uma tentativa de levar a pessoa através de todo o processo de mudança, mas o sucesso não aparece.

Onde existe uma incongruência serena a pessoa pode apresentar frequentemente uma demonstração plausível de prontidão para a ação durante os 30-60 minutos de consulta; mas ainda demonstra completo desinteresse fora da sessão.

Principalmente quando a pessoa teve experiência anterior com programas de recuperação por meio de confronto, ela já aprendeu a apresentar apenas a parte que deseja a mudança, durante a consulta.

Para ajudar, a sessão precisa contatar ambos os lados de sua ambivalência.

Eliciar valores e estabelecer objetivos ajuda a pessoa a identificar o que ela deseja fazer com relação ao problema.

Explorar, sem tentar forçar uma decisão, os riscos de continuar com o comportamento problemático (elicitar a motivação "para longe de") e reduzir o risco que percebe para mudar.

Fazer com que a própria pessoa diga por que a mudança seria útil; isso pode ser feito apontando-se todas as vantagens de continuar usando, e perguntando por que a pessoa deseja mudar.

A esta altura, o processo de Integração das Partes pode capacitar a pessoa a acessar e integrar ambos os lados de sua ambivalência sobre a mudança (o que se constitui num passo à frente no uso do método para uma mudança real!).

Compromisso - Muitas vezes, abre-se uma janela de oportunidade dentro do estágio da contemplação quando a pessoa mostra evidência de compromisso.

- Essa evidência pode incluir;
- Parar de apresentar pelas quais o comportamento
- Fazer afirmações motivadoras (ex.: "Eu preciso mudar isso!");
- Discutir como será quando tiver mudado; e
- Experimentar o processo mudança ou a interrupção do comportamento problemático

O assistente pode reforçar o compromisso de diversas maneiras:

- Identificando e utilizando as estratégias normais de motivação da pessoa e os seus metaprogramas.

Carol Harris oferece um excelente guia de avaliação e utilização no contexto de perda de peso (Harris, 1999), que lida com mais de dez metaprogramas da PNL.

Ela sugere passar cada um deles, à medida que se projeta o objetivo e a visualização.

- Capacitar a pessoa a estabelecer objetivos para a mudança.
- Perguntas focalizando a solução são muito úteis:
- De que maneira você saberá que esse problema foi resolvido?
- Quando foi que você notou que esse problema não era tão grande?
- O que estava acontecendo então?
- O que você fez de diferente?

Ressignificar o problema como passível de mudança.

Negociar uma estratégia de mudança.

Estabelecer tarefas que possam ser atingidas, e que pressuponham compromisso.

Essas tarefas podem incluir o monitoramento do comportamento para identificar com que frequência ele ocorre e quando não ocorre.

A reação da pessoa a essas tarefas permite que você avalie se ela está pronta para o estágio da ação (ver Overdurf and Silverthorn, 1995 A, pp.29- 32).

Ação - Uma vez evidenciado que a pessoa está agindo, o estágio da ação envolve a substituição da antiga estratégia do "problema" da pessoa por uma nova (chamada de "ação contrária" por Prochaska).

Isso pode ser feito em níveis diferentes, como:

Incluir a estratégia/estratégias da pessoa para usar a substância aditiva (Overdurf and Silverthorn, 1995A, pp. 32-34).

Essa é a sequência de pensamentos que geralmente ocorrem a partir da hora em que a pessoa não estava pensando em usar até o uso efetivo.

Essa estratégia envolve o gatilho de algum evento externo que a pessoa vê ou ouve, ou por uma sensação física. Frequentemente, isso envolverá alguma incongruência sequencial (ex.: dizer a si próprio que não deve usar a substância, e depois acrescentar pressão até que se sinta "justificado" para satisfazer seu desejo).

Usando a notação de estratégia da PNL e tomando como exemplo alguém:

- Vê que terminou a refeição;
- Lembra-se do cigarro e sente prazer;
- Diz a si próprio: "Não é bom fumar! Isso é terrível!" e sente-se culpado;
- Compara o sentimento de culpa à sensação de fumar;
- Diz a si próprio: "Azar! Porque eu deveria me sentir mal!"; e Fuma um cigarro.

Essa estratégia pode ser interrompida em diversos lugares, conforme abaixo descrito:

Projete um swish visual da imagem do Gatilho para uma imagem de uma pessoa com recursos que não fuma mais.

O poder e o risco deste método são demonstrados pelo caso de um homem que procurou o médico porque fumava enquanto tocava piano.

Após um swish da imagem do piano, ele contou que não sentia mais o desejo de fumar enquanto pensava no antigo gatilho.

Um ano depois ele mostrou nunca mais havia fumado enquanto tocava piano (ele encontrou outros lugares!).

É importante liberar todos os gatilhos possíveis.

Altere diretamente a estratégia de alguma maneira importante, como a pessoa fumar um cigarro antes da refeição, ou fumar dois cigarros quando fumaria somente um.

Qualquer coisa que destrua a estratégia tende a funcionar, se a pessoa realmente decidiu parar. Milton Erickson, reconhecendo que um alcoólatra precisava ser "sincero" antes de obter sucesso na terapia dá diversos exemplos.

Em um caso (Lankton and Lankton, 1986, pp. 26-27) ele trabalhou com um homem que veio buscar tratamento para o alcoolismo. Erickson eliciu sua estratégia para beber, e descobriu que ele sentava em um bar e bebia uma cerveja, seguida por um whisky e depois repetia esse processo até embriagar-se, uma bebida por vez.

Erickson disse a ele que, na próxima vez que fosse a um bar, ele devia pedir três whiskys e três cervejas, e colocar os copos em fila.

A Medida que bebia cada copo, ele devia maldizer Erickson, da maneira prescrita (sendo a mais suave: "Esta é para o desgraçado do Dr. Erickson; que ele se afogue com a própria saliva!")

Esse foi o fim da terapia.

O homem voltou três meses depois para agradecer Erickson por tê-lo curado do vício.

Ele não conseguia beber com essas alterações em sua estratégia.

Forneça habilidades de ressignificação e metamodelo mais úteis, para que a pessoa possa desafiar suas reações auditivas em qualquer das operações de polaridade ou na saída.

Ao invés de falar a si mesma sobre os males do fumo, ela deve, por exemplo, aprender a falar sobre como seria bom ter pulmões saudáveis; ou, ao invés de dizer:

"Por que eu deveria sentir-me mal?" ela pode perguntar a si mesma: "Como eu poderia me sentir ainda melhor do que quando fumo?"

O uso dessas habilidades leva a estratégia para uma direção completamente diferente. A terapia comportamental cognitiva focaliza plenamente esse tipo de desafio auditivo. (Lewis, 1994, pp. 117-146).

O sistema de Recuperação Racional para cura de dependências faz a pessoa identificar as submodalidades internas da voz com a qual a "parte" viciada fala (ex.: quando ela diz: "Droga, por que eu deveria me sentir mal!").

Essa voz é chamada de "besta" na Recuperação Racional.

A pessoa aprende a identificar que quando ela diz: "Por que eu deveria me sentir mal," é a parte que deseja permanecer na dependência que está falando, muito mais do que a pessoa.

Esta é uma técnica que depois dissocia a pessoa da parte viciada.

A única razão para se fazer isso em PNL é preparar para a próxima intervenção, ou seja...

...Transforme a comparação numa integração das duas partes conflitantes.

Use o processo da PNL para integração das partes a fim de integrar a parte que se sente culpada por fumar numa mão, com a parte que aprecia o sentimento de fumar na outra. Isso também pode ser feito linguisticamente, usando os padrões Quantum Linguistic de Tad James (James 1996, p.58).

“Por exemplo, uma Practitioner de PNL perguntou como poderia deixar de fumar, pois já havia tentado algumas vezes.

Perguntei a ela qual era a intenção da parte que fumava.

Ela disse que era para relaxar. Então, eu disse a ela: "Por favor, ouça cuidadosamente.

Essa parte compreende que qualquer coisa menos do que parar completamente de fumar não está proporcionando a você o relax que você deseja?”

Ela realmente não podia ouvir o que eu havia dito (porque para compreender a pergunta é necessário acessar simultaneamente ambas as partes conflitantes).

Depois que repeti diversas vezes a pergunta, ela saiu sem ter compreendido conscientemente, mas informou alguns meses depois, que não havia mais fumado desde aquele momento.

A estrutura daquilo que eu disse: "Qualquer coisa menos do que deixar completamente de fumar (problema de comportamento) não está lhe trazendo aquilo que você deseja (intenção positiva mais alta desse comportamento)."

Um terceiro método de PNL para resolver as partes conflitantes é a antiga Ressignificação em Seis Passos, descrita em um contexto de 12 passos por Chelly Serman (1991).

Use a Terapia da Linha de Tempo ou a Reimpressão para eliminar a causa da dependência da linha de tempo da pessoa.

John Overdurf e Julie Silverthorn cobrem três coisas: a representação do primeiro uso da substância, a causa-raiz da dependência, e a decisão inconsciente de se tornar um viciado (1995B, pp.31-32).

Tudo isso pode ter ocorrido no mesmo momento, ou pode ter acontecido em momentos diferentes do tempo.

Nós tivemos a experiência de simplesmente atingir a causa-raiz do vício, sem que a pessoa atingisse mais profundamente a necessidade de fumar.

Manutenção - A manutenção da mudança requer habilidades diferentes daquelas necessárias para a mudança inicial.

Por exemplo, uma pessoa pode parar congruentemente de ingerir álcool no escritório do Practitioner de PNL, e depois encontrar-se sem nenhum recurso para enfrentar conflitos em casa.

Esta é a razão porque o ensino das habilidades de comunicação e solução do conflito é uma técnica tão eficaz para acabar com a dependência.

A manutenção envolve a construção de uma nova vida sem o processo de dependência. As pessoas que ajudam podem:

Ensinar as habilidades para a solução de conflitos (Bolstad and Hamblett, 1998), inclusive:

- Apropriação do problema;
- Ouvir reflexivamente;
- Mensagens de eu;
- Busca de soluções ganha-ganha; e
- Habilidades de resolver colisão de valores.

Lembre-se de que essa intervenção é o programa de mudança mais bem sucedido que se conhece para terminar com a dependência.

Liberar todas as outras emoções prejudiciais e decisões ou crenças na linha do tempo, usando a Terapia da Linha do Tempo ou a Reimpressão.

Albert Ellis aponta que a pessoa viciada pode ter limitações impostas por si própria, em diversos níveis do modelo de níveis neurológicos de Robert Dilts (Lewis, 1994k p. 153).

Isso pode incluir limitações do ambiente (só tem amigos que usam a substância), limitações comportamentais e de capacidade (ex. não saber como responder à sensação de necessidade), limitações de crença (ex.: "Não é justo que eu não possa beber álcool quando tenho vontade.") e limitações de identidade (ex.: "Eu sou um fracassado").

Essas crenças limitantes podem ser eliciadas, retiradas da linha do tempo, e/ou substituídas usando-se o processo de mudança de crenças da PNL.

Assistir a pessoa para criar um novo senso de missão para sua vida, e alinhar valores e objetivos para dar suporte a essa missão.

A crença dos AA é que esse senso de missão precisa envolver uma ligação com um "poder superior".

Em seu trabalho, que envolve os desafios do AA e seu programa de doze passos, Charlotte Davis Kasl (1992) convidou os pacientes a reescreverem os doze passos.

Alguns escritos sobre o último passo são muito semelhantes ao original (que era "Passo 12:

- Tendo atingido um despertar espiritual resultante desses passos, nós procuramos levar esta mensagem a outros e praticar esses princípios em tudo o que fazemos.

Ensinar a pessoa a estabelecer habilidades de mudança, como o uso de uma âncora de relaxamento.

É importante verificar se a solução do vício vai realmente resolver os problemas da pessoa.

É bem possível que uma pessoa tenha dificuldades de ansiedade ou depressão ao mesmo tempo em que sofre da dependência.

Nesse caso, obviamente, o uso da cura de trauma da PNL para melhorar a origem da ansiedade pode resolver a dependência.

Lembre-se de que 90% dos veteranos do Vietnã foram curados do vício da heroína simplesmente por voltarem para casa.

Ajude a pessoa a explorar como manter saudável o próprio corpo.

Sentir-se saudável é um motivador positivo psicologicamente, e muitos escritores sugerem que problemas físicos de saúde podem encorajar a necessidade de substâncias prejudiciais (Kasl, 1992, pp. 186-211).

Repasse a antiga estratégia da pessoa em relação ao vício, com o novo conteúdo de saúde.

Por exemplo, no caso acima, a estratégia do fumante após uma refeição era a de pensar como seria bom um cigarro, e depois o contrário. Depois, mesmo sentindo culpa, a comparação desse desconforto com o prazer imaginado de fumar, dizer:

"Por que não?" e acender o cigarro.

Para repassar essa estratégia saudavelmente, eu devo dizer durante uma indução hipnótica:

"Às vezes, você pode se encontrar contando os sucessos de sua vida, e imaginando como será chegar a um estilo de vida mais saudável.

Você pode reagir contra isso, dizer a si próprio que não deve pedir tanto da vida; mas quando você compara como essas limitações são sufocantes, você provavelmente dirá: "Azar; porque eu deveria me sentir mal por pedir mais da vida!" e começar a fazer seu planejamento diário!"

Reciclagem - Na PNL, não é comum recomendar a reciclagem de um processo de mudança no futuro.

Contudo, isso é exatamente o que é sugerido para o tratamento da dependência, por Richard Bandler (Bandler, 1989,) e por John Overdurf e Julie Silverthorn (1995 B, p. 33).

Fazer a ponte ao futuro com a pessoa, para além da possibilidade de um "lapso" futuro consiste em ressignificar todas as vezes que a pessoa "usar" novamente, como parte de seu sucesso a longo prazo.

O próprio conceito de "lapso", aponta Bandler, sugere que a pessoa não vai usar por algum tempo. James Prochaska (1994, p.227) simplesmente diz:

"Um lapso não é um relapso. Se uma andorinha não faz um verão, um escorregão não significa uma queda.

“Leia novamente a última frase.”

Para ser bem sucedido na ponte ao futuro, você pode:

- Organizar uma sessão de verificação, alguns meses mais tarde;
- Planejar estratégias para lidar com eventos estressantes, inclusive fazer novos contatos com você, em busca de auxílio; e
- Projetar ressignificações para lembrar a pessoa de que ela pode facilmente recomeçar sua nova vida com a força que vem de seu novo aprendizado.

A ponte ao futuro é uma coisa, mas o contexto da mudança bem sucedida acontece quando você olha para trás e tem a sensação de que foi uma bobagem ter-se preocupado com a maneira de manter a mudança.

Os 95% de fumantes que deixam de fumar sem qualquer auxílio não gastam o resto de suas vidas em "recuperação".

Eles têm coisas melhores para fazer. Charlotte Davis Kasl diz que ela prefere o termo descoberta para este estado final mais do que Recuperação.

Inovações – Auto Motivação

O novo mundo do trabalho mostra que a responsabilidade dos trabalhadores cresceu e o poder se pulverizou; portanto, muitas das competências exclusivas aos gerentes passam a ser responsabilidade de todos.

Hoje, e cada dia mais, o sucesso no ambiente de trabalho dependerá dos ambientes propícios à criatividade e inovação.

O diferencial competitivo dependerá da imaginação, da capacidade de transferir conhecimentos e solucionar problemas de forma criativa e inovadora.

O processo de motivação nos indivíduos se dá de forma intrínseca, em que cada um desenvolve impulsos motivacionais distintos em momentos diferentes, reconhecendo que estas forças afetam diretamente a maneira de encarar o trabalho e suas próprias vidas.

Muitos estudos procuram ainda desvendar tanto para a administração (empregador), como para os trabalhadores (empregados), as causas e consequências da (des)motivação no trabalho tentando explorar como e quando ocorrem problemas, e como podem ser solucionados de forma eficaz.

Entender o modo como os indivíduos são motivados é extremamente complexo e em algumas situações pode até sofrer influências do detentor do poder.

A dificuldade em se entender o processo motivacional reside no fato de que não há uma única motivação capaz de determinar como os trabalhadores se conduzirão com relação ao desenvolvimento de suas tarefas e conseqüentemente, não há estratégia específica que faça com que todos em todas as partes tenham um “moral elevado”, ou seja, deve-se tentar levar em consideração as desigualdades humanas (peculiaridades individuais) quer pareça, ou não, conveniente para o ambiente organizacional. Um dos pontos em que a motivação é considerada muito importante diz respeito ao sucesso empresarial, entendendo-o como uma forma efetiva de alcançar a realização de um projeto ou uma gestão.

Tanto sob o ponto de vista da administração, como dos trabalhadores, o sucesso é um tipo de motivação que não nasce sozinho, depende tanto da tecnologia adotada na organização como do desempenho e da qualidade exercida pelas pessoas que ali trabalham em torno de um mesmo objetivo.

Sob o ponto de vista a administração estratégica, conotação do trabalho e da motivação deve estar em sintonia com o sistema e valores estabelecidos pela cultura da organização.

A cultura organizacional está intimamente ligada ao conjunto de valores pessoais a ponto de exercer influência em todo o sistema empresarial.

Como bem salientou Schein, a cultura organizacional é o modelo de pressupostos básicos que um grupo assimilou à medida que resolveu os seus problemas de adaptação externa e interna e que, por ter sido suficientemente eficaz, foi considerado válido e repassado (ensinado) aos demais (novos) membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas” (SCHEIN 1997, citado em MARRAS, 2000). Na concepção do autor, fica clara a importância de entender as sinalizações advindas dos grupos de trabalho nas organizações sejam dos administradores (cúpula, diretores e gerentes), sejam dos trabalhadores.

Quando existe o consenso no grupo sobre a cultura vigente na organização, comumente se estabelecem sua identidade, seus valores e o tipo de ambiente de trabalho; quando isto não ocorre, tanto trabalhadores como administradores apresentam ruídos na comunicação e problemas nas relações de poder na organização. As empresas devem fornecer um ambiente propício à inovação e criatividade.

Para que este ambiente realmente aconteça, o trabalhador deve estar capacitado, motivado e, acima de tudo, sentir parte dos processos da empresa. A empresa, por seu lado, deve mostrar que o trabalhador é fundamental na organização e que valoriza seu trabalho e potencia