

## MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO: ESTRATÉGIAS PSICOTERAPÊUTICAS NO TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA

LUÍS JANEIRO

**RESUMO:** A motivação para o tratamento é considerada uma componente importante no tratamento dos toxicod dependentes, quer enquanto elemento que desencadeia o tratamento, quer enquanto foco do próprio processo terapêutico. Nesse sentido são apresentadas duas perspectivas de abordagem da motivação para o tratamento: a primeira centrada no modelo de orientação psicodinâmica, analisa a negação e as técnicas de confronto, como núcleo central da interpretação dada à ausência de motivação e estratégia terapêutica a utilizar; a segunda sugere uma abordagem centrada nos aspectos cognitivo-comportamentais da motivação para o tratamento aliada aos princípios da entrevista motivacional, a qual assume como ponto de partida uma atitude crítica em relação à técnica de confronto e adota como referencial teórico o modelo transteórico. Por fim, sugere-se que a estratégia terapêutica a utilizar em relação à motivação para o tratamento deveria considerar a avaliação da relação terapêutica, a personalidade e avaliação das componentes da motivação.

**Palavras-Chave:** Motivação para o tratamento; Abordagem Psicodinâmica; Modelo Transteórico; Entrevista Motivacional.

**RÉSUMÉ:** La motivation pour le traitement est considérée une composante importante dans le traitement des toxicomanes, autant comme élément qui provoque le traitement, autant comme centre du processus thérapeutique lui-même. Ainsi, on présente deux perspectives d'abordage de la motivation pour le traitement: la première centrée sur le modèle de l'orientation psychodynamique, analyse la négation et les techniques de confrontation, comme noyau central de l'interprétation, étant donné l'absence de motivation et stratégie thérapeutique à utiliser;

la deuxième suggère un abordage centré sur les aspects cognitif-comportementaux de la motivation pour le traitement, allié aux principes de l'interview motivante, laquelle adopte comme point de départ une attitude critique en relation à la technique de confrontation et adopte comme référence théorique le modèle transthéorique. Finalement, on suggère que la stratégie thérapeutique à utiliser relativement à la motivation pour le traitement doit considérer l'évaluation de la relation thérapeutique, la personnalité et l'évaluation des composantes de la motivation.

**Mots-clé:** Motivation pour le traitement; Abordage psychodynamique; Modèle transthéorique; Interview motivante.

**SUMMARY:** Treatment motivation is considered an important component in the treatment of drug addiction, it not only determines the patient engagement in the treatment, but it is also, in itself, a focus of the therapeutic process. Two perspectives of treatment motivation are discussed: the first one, centred in the psychodynamic model, analyses negation as central core of the interpretation given to the lack of motivation, and confrontational techniques as a therapeutic strategy; the second one is an approach centred on cognitive-behavioural aspects of the treatment motivation allied to the treatment principles of the motivational interview, and assumes, as a starting point, a critical attitude in relation to the confrontation technique and is based on transtheoretical model. Finally, it is suggested that the evaluation of the therapeutical relation, personality, and the components of the motivation should determine the technique to use in relation to treatment motivation.

**Keywords:** Treatment motivation; Psychodynamic approach; Transtheoretical model; Motivational interview.

## 1. INTRODUÇÃO

A motivação para o tratamento tem sido considerada, na área da toxicodependência, um factor fundamental para o desencadear do processo de mudança e de tratamento do toxicodependente (Cahill, Bryon, Hosig, Muller & Pulliam, 2003; DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004; Drieschner, Lammers & Staak, 2004; Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Miller, 1998; Miller & Rollnick, 1999; Simoneau & Bergeron, 2002).

Na intervenção psicológica com toxicodependentes é possível diferenciar duas abordagens no que respeita à motivação para o tratamento. A primeira abordagem é relativa à concepção de motivação para o tratamento e mudança contida no modelo de orientação dinâmica (Cohen, 2002; Frances, Franklin & Borg, 1997; Khantzian, Halliday & McAuliffe, 1990; Weegmann, 2002) e a segunda resulta da contribuição do modelo transteórico (Prochaska & Diclemente, 1982) e da entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1999).

Este trabalho tem como objectivo o estudo dessa diferenciação e implicações psicoterapêuticas que tais abordagens representam. Deste modo, diferenciam-se as modalidades de abordagem da motivação para o tratamento, caracterizam-se as implicações psicoterapêuticas, ao nível das estratégias, técnicas e atitude terapêutica a utilizar. Por último, consideram-se quais os critérios que devem presidir à selecção da abordagem terapêutica em relação à motivação para o tratamento.

## 2. NEGAÇÃO<sup>(1)</sup>, CONFRONTO E MOTIVAÇÃO PARA O TRATAMENTO

De acordo com Vaillant (citado por Polcin, Galloway & Greenfield, 2006), o confronto “realista e não punitivo”, essencial no tratamento das dependências, na medida em que funciona como um contentor externo, consiste em tornar consciente as consequências da dependência para o próprio e para os outros através de um processo de *feedback* que estimula o teste da realidade.

Segundo Kerneberg (1995), na psicoterapia expressiva com pacientes *borderline* a interpretação é a técnica fundamental, a qual deve ser precedida da clarificação e das técnicas de confronto. A clarificação consiste na solicitação, por parte do

terapeuta, para explorar aspectos descritos de um modo vago ou que sejam inesperados na narrativa do paciente, enquanto que, com o confronto, o objectivo é colocar em evidência aspectos contraditórios da vivência do paciente e, deste modo, procura contrastar o material consciente e pré-consciente. As técnicas de confronto preparam a interpretação, na medida em que estimulam a produção de material e permitem a integração do mesmo a níveis conscientes, estabelecendo, também, relações entre o aqui e agora da relação terapêutica e as outras relações significativas do paciente. A interpretação é utilizada quando se pretende aprofundar e ligar o material consciente e pré-consciente aos conteúdos inconscientes.

Khantzian, Halliday e McAuliffe (1990) preconizam um modelo de intervenção em grupo de orientação dinâmica (MDGT – *Modified Dynamic Group Therapy*) adaptada ao tratamento de toxicodependentes e, apesar de tomarem como indicação o modelo de psicoterapia expressiva (Kerneberg, 1995), sugerem alterações no que se refere à estratégia de intervenção, as quais supõem implicações ao nível da avaliação e intervenção na motivação para o tratamento. Uma das alterações reside no facto da MDGT estabelecer uma atitude terapêutica diferente da preconizada pela psicoterapia expressiva, nomeadamente no que diz respeito à possibilidade do terapeuta poder adoptar uma atitude mais activa na fase inicial da terapia. A outra diferença consiste na utilização, desde das fases primordiais da terapia, das técnicas expressivas, como a clarificação e a interpretação, que diminuem a negação e aumentam o compromisso para a mudança através do *insight* e da compreensão da função relacional do consumo.

Apesar da aparente sobreposição entre a fase de suporte e a fase de utilização de técnicas expressivas é o trabalho de suporte e aliança terapêutica que sustentam as técnicas com o objectivo de promover o *insight* e, portanto, permitem ao paciente, desde das fases iniciais, experimentar e consciencializar no contexto relacional da psicoterapia o padrão relacional habitual e o modo como consumo de substâncias se integra no mesmo.

Frances, Franklin e Borg (1997) defendem que nas etapas iniciais de tratamento se deve dar atenção aos conflitos relacionados com a aceitação da adicção como problema, trabalhar a resistência do paciente e ajudar a reconhecer a

dependência e a necessidade de tratamento. Neste sentido, ajudar o paciente a aceitar a necessidade de tratamento pode, segundo os mesmos autores, conduzir ao início de uma transferência positiva. Estes autores defendem que a psicoterapia de orientação psicodinâmica pode ser aplicada logo nas fases iniciais do tratamento, desde que devidamente adaptada a cada paciente, uma vez que o melhor momento para estabelecer a aliança terapêutica é aquele em que o paciente está em crise. Neste contexto, tanto a confrontação activa como o apoio, a clarificação, e o reforço das forças do *eu* são fundamentais. Nos casos em que existem fracassos terapêuticos repetidos, alexitímia, ou inibição afectiva é necessário utilizar desde logo a interpretação de modo a ampliar o campo de consciência, a ligar afectos e pensamentos com a experiência de consumo de dependência.

Em relação ao trabalho da negação, nas fases mais precoces da terapia, o terapeuta deverá centrar-se na negação dos comportamentos adictivos e, só posteriormente, deverá focar a negação da responsabilidade pelos seus próprios actos. Paradoxalmente, os referidos autores defendem que, no início, a negação poderá ter que ser apoiada, sobretudo, quando o paciente não está preparado para lidar com a dor das perdas relativas ao percurso e consequências da toxicodpendência. Por último, é necessário o aumento gradual da clarificação, da confrontação e da interpretação da negação. Através de interpretações poder-se-á abordar a negação e alcançar uma compreensão mais profunda dos padrões destrutivos que levaram o paciente ao seu problema actual (Frances, Franklin & Borg, 1997).

Cohen (2002) defende que a ambivalência é um dos factores mais difíceis de abordar no tratamento de toxicodpendentes devendo-se tal, do ponto de vista psicodinâmico, à ausência de integração do Ego. O mecanismo subjacente, a clivagem, pode induzir a percepção de um tratamento, no qual se inclui técnicos, projecto de tratamento e atitude em relação aos consumos, fragmentado em boas e más partes, sem senso de coerência e tomada de decisão em relação ao problema. A estratégia psicoterapêutica aconselhada passa pela identificação da ambivalência e pela criação de condições para que a mesma possa ser elaborada no contexto da relação terapêutica, isto é, deve ser devolvido ao cliente a percepção de que os seus actos têm consequências.

No que respeita à negação, Cohen (2002) considera que esta deve ser abordada de um modo cuidadoso de modo a não desrespeitar os sentimentos do paciente e a não adoptar uma atitude moralista. Contudo, o terapeuta pode “oferecer” o seu ponto de vista sem o impor e, em simultâneo, indicar as consequências de uma atitude desonesta ao nível da relação terapêutica.

De acordo com Weegmann (2002) o desejo de ser a excepção e manter o controlo do consumo de substâncias, por parte do toxicodpendente, é uma tentação constante. O mesmo autor considera que ao realizar uma avaliação psicodinâmica do utente toxicodpendente, se deverá avaliar o motivo pelo qual este decidiu procurar ajuda no momento em que o fez, assim como a natureza do pedido de ajuda. Assim sendo, é necessário avaliar se existem constrangimentos externos (crise financeira, problemas legais, receio de violência, etc....) que impedem a manutenção do consumo ou o pressionam no sentido de mudar e procurar o tratamento e, nesta situação, os motivos externos põe em causa o funcionamento de uma defesa, o consumo. Neste caso, o terapeuta deve considerar e avaliar que aspectos do problema de facto preocupam o toxicodpendente, isto é, procura ele resolver o problema ou evitar as suas consequências/pressões externas. Existe ainda a possibilidade de o consumo ter esgotado a sua função enquanto parte de uma determinada estrutura defensiva.

De Leon (2004) refere que historicamente, o que se designa actualmente nas comunidades terapêuticas como confronto, era apelidado de “acusação”, termo que rejeita, por remeter para uma atitude de juízo de valor e de culpabilização. Assim, o confronto dever-se-á centrar em atitudes e comportamentos actuais e no modo como afectam os outros, e não em ressentimentos e comportamentos negativos do passado. Por outro lado, a utilização de técnicas de confronto com funções provocativas deverão conter a expressão de uma preocupação genuína e responsável em relação ao outro. Acrescenta, no entanto, que alguns confrontos possuem um cariz de acusação na medida em que apontam comportamentos que colocam em causa a integridade física dos residentes e o funcionamento da comunidade como, por exemplo, a violência, os roubos e a cumplicidade.

Polcin, Galloway e Greenfield (2006) verificaram que os indivíduos em tratamento residencial (“*sober living houses*”), que relatam mais experiências de confronto em relação à sua

dependência, possuem uma percepção mais favorável do próprio confronto e da relação com as pessoas que os confrontaram, sobretudo a família. Os mesmos autores concluem que, nesse contexto específico de tratamento, o confronto, definido como o alertar para as consequências da dependência, pode nas fases iniciais do tratamento ajudar a conter e a elaborar os comportamentos de dependência.

Apesar de ser necessária mais investigação para avaliar em que contextos de tratamento é adequada a utilização das técnicas de confronto, de acordo com Polcin (2003), dever-se-ão considerar alguns elementos para que o confronto seja terapêutico como, por exemplo, centrar-se nos comportamentos relacionados com o consumo de substâncias, confrontar somente quando existe uma relação terapêutica de confiança, a natureza do *setting* terapêutico, as características do cliente a confrontar e, por último, evitar a expressão excessiva de emoções de modo a que o conteúdo do confronto não seja subestimado.

Quando se consideram as variáveis contextuais na utilização do confronto, Polcin (2003) defende que em comunidade terapêutica o confronto é contido pelo *setting* terapêutico e pela possibilidade de receber apoio e suporte em simultâneo. Simultaneamente, a percepção do cliente sobre a função do confronto para o seu tratamento e a identificação com o programa terapêutico determinam a eficácia do confronto.

Por último, Weegmann (2002) considera que existe uma sobreposição entre o ponto de vista psicodinâmico e a entrevista motivacional no que respeita ao primeiro passo a dar no tratamento, isto é, considera que ambas assumem que o reconhecimento do problema e exploração da ambivalência são focos terapêuticos a abordar numa fase inicial.

Em suma, o trabalho terapêutico em torno da negação, através das técnicas de confronto, assume uma relevância primordial no início e no decorrer da psicoterapia de orientação dinâmica com toxicodependentes, quer pela aceitação do problema, pela adesão ao tratamento e pela criação de condições psicoterapêuticas para o crescimento psicológico. No entanto, e embora com algumas divergências em relação ao momento no qual as técnicas de confronto devem ser utilizadas, sublinha-se uma cuidadosa ponderação e parcimónia no que respeita à utilização da referida técnica.

### 3. CRÍTICAS ÀS TÉCNICAS DE CONFRONTO

O pressuposto que sustenta a utilização de técnicas de confronto é o de que os toxicodependentes, enquanto grupo, possuem mecanismos de defesa profundamente enraizados que os tornam pessoas inacessíveis quando se recorre aos métodos habituais de terapia (Miller & Rollnick, 1999; Miller, Benefield & Tonigan, 1993). O facto da abordagem psicodinâmica julgar que tais mecanismos dependiam das características de personalidade, fez com que se considerasse a toxicodependência como uma perturbação da personalidade (Clancy, DiCicco, Unterberger & Mack; Moore & Murphy, citados por Miller & Rollnick, 1999).

Connors, Donovan e DiClemente (2001) sustentam que a ausência de tomada de decisão em relação ao tratamento e aos insucessos terapêuticos foram tradicionalmente considerados, de um modo incorrecto, reflexo de resistência ou negação motivo pelo qual a primeira tarefa do terapeuta seria confrontar a negação e a resistência.

De acordo com Miller (1998), os modelos sistémicos alargaram a concepção patológica da motivação do indivíduo à família e ao meio social, ao que se associou uma estranha combinação entre a filosofia *Synanon*, modelo de motivação traço-defesa e sistema correcional, assistindo-se nos Estados Unidos da América ao proliferar de tratamentos baseados numa fé cega em relação às técnicas de confronto. Paralelamente, segundo Polcin (2003), as comunidades terapêuticas sublinharam a concepção de que o confronto era necessário para quebrar a negação da dependência e os efeitos destrutivos do seu modo de vida anti-social.

No entanto, apesar de tal crença, parecem não existir resultados, que sustentem a ideia de que os toxicodependentes possuem características de personalidade que os levem a adoptar uma postura de constante resistência na relação com o terapeuta (Miller & Rollnick, 1999).

Num estudo realizado com o objectivo de comparar o estilo terapêutico confrontativo e empático com pacientes alcoólicos, Miller, Benefield e Tonigan (1993), concluíram que a comportamentos de resistência por parte dos paciente, está associado à utilização pelo terapeuta de um estilo confrontativo, enquanto que as atitudes auto-motivacionais por parte dos pacientes se associam a um estilo de escuta empática. Os resultados deste estudo identificaram também

uma correlação elevada entre o estilo confrontativo adoptado pelo terapeuta (desafio, incredibilidade, sarcasmo) e a frequência de consumo de álcool passado um ano, sendo que, quanto maior o confronto, maior o consumo de álcool. Apesar da crítica acérrima dos autores da entrevista motivacional às técnicas de confronto e aos pressupostos que lhe estão subjacentes, Miller e Rollnick (1999) não excluem a sua utilização, desde que orientado para um objectivo, a aceitação da realidade, sem utilização autoritária da relação terapêutica e sem abusos de poder ou atitudes de humilhação.

A crítica em relação à concepção motivação traço de personalidade, assim como à utilização de técnicas de confronto, traduzir-se-ia na produção de uma concepção de motivação estado e na utilização de recursos técnicos específicos, designadamente a entrevista motivacional de Miller e Rollnick (1999). Na realidade, de acordo com Drieschner. *et al.* (2004), a literatura mais recente tende a conceptualizar a motivação para o tratamento como um estado do paciente, logo sujeito a flutuações e à influencia do próprio processo terapêutico.

Para compreender o modelo da entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1999) é necessário uma breve referência aos estádios de mudança do modelo transteórico os quais, ainda que não apresentados como tal, podem ser interpretados como equivalentes de motivação para o tratamento (Belding, Iguchi, Lamb, Lakin & Terry, 1995; Drieschner *et al.*, 2004).

#### 4. MODELO TRANSTEÓRICO

No que se refere ao modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1982; DiClementi & Prochaska, 1998) centramos-nos apenas numa das suas dimensões, a referente aos estádios de mudança.

Os estádios descrevem atitudes, intenções e comportamentos acerca da mudança (Prochaska & DiClemente citados por Connors, Donovan & DiClemente, 2001) e, referindo-se a mudança a comportamentos alvo específicos (Connors, Donovan, & DiClemente, 2001), os quais o indivíduo opta por mudar de forma voluntária e não coerciva (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

O modelo pode ser aplicado ao processo de mudança com ou

sem ajuda de um tratamento formal estabelecido (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), e a cada estágio diz respeito um determinado período de tempo, no qual existem comportamentos/tarefas a efectuar, tarefas essas que permitem o evoluir para o estágio seguinte (DiClementi & Prochaska, 1998; Connors, Donovan, & DiClemente, 2001).

Em relação ao processo de mudança, considera-se este como um processo cíclico e em espiral, no qual é possível considerar quer uma progressão linear, quer uma progressão com avanços e recuos através dos estádios. Tal concepção do processo de mudança permite considerar a recaída como parte integrante do próprio processo de mudança (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & Prochaska, 1993; DiClementi & Prochaska, 1998).

O processo de mudança de comportamentos é descrito pelo percurso através dos estádios de mudança designados de *pré-contemplativo*, *contemplativo*, *preparação*, *acção e manutenção*. Os indivíduos no estágio *pré-contemplativo* definem-se pelo facto de resistir às pressões externas para mudar, por possuírem uma atitude defensiva em relação à dependência e não consideram seriamente a hipótese de mudar nos próximos seis meses. Os *contemplativos* consideram seriamente a hipótese de mudar nos próximos seis meses, pois reconhecem que possuem um problema, mas não se encontram preparados para mudar, uma vez que existe um conflito entre os prós e o contras do seu comportamento. Os que consideram seriamente a possibilidade de mudar nos próximos 30 dias e que efectuaram alguma tentativa de mudança no último ano, tendo efectuado algumas pequenas mudanças em relação ao seu comportamento, encontram-se no estágio de *preparação*. No estágio de *acção* inserem-se as pessoas que desenvolveram esforços para atingir um objectivo concreto – a abstinência – durante um período mínimo de seis meses. Por último, a *manutenção* refere-se ao período de tempo durante o qual é necessário actuar de modo eficaz para lidar com as situações-problema e reduzir a possibilidade de recaída (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & Prochaska, 1993).

De acordo com Prochaska & Prochaska (1993) é absurdo considerar que todas as pessoas se encontram no mesmo estágio de mudança e conceber apenas programas de tratamento, como tradicionalmente acontece, para pessoas

que se encontram em fase de acção. Na verdade, uma das implicações práticas resultantes do modelo define que se deverá estabelecer tarefas terapêuticas diferenciadas de acordo com o estágio de mudança em que se encontra a pessoa (DiClemente & Prochaska, 1998; Rollnik, 1998), quer pela predição de sucesso a nível de resultados (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & Prochaska, 1993), quer pela adequação da resposta terapêutica ao pedido efectuado (Connors, Donovan, & DiClemente, 2001; Driesley & Reynolds, 2000).

Prochaska & Norcross (2003) reforçam a ideia que a amplitude das mudanças efectuadas depende do estágio de mudança em que a pessoa se encontra ao início do tratamento, independentemente do tipo de problema e do modo como é efectuada a mudança (com ajuda formal de dispositivo de tratamento ou sem ajuda). Por sua vez, Shen, McLellan & Merrill (2000) verificaram que o nível de motivação ao início do tratamento era determinado pelo reconhecimento dos problemas actuais originados pelo consumo de substâncias.

Joe, Simpson & Broome (1998) constataram que a preparação para o tratamento determina a retenção nos programas de tratamento, a relação terapêutica e os resultados obtidos, e possui maior valor predicativo do que qualquer outra variável estática no que se refere ao envolvimento e retenção em tratamento. Neste sentido, DiClemente, Bellino & Neavins (1999) sugerem que a formação precoce de uma aliança terapêutica por parte dos utentes mais motivados determina os resultados obtidos no tratamento. Assim, a motivação à entrada no tratamento pode potenciar a aliança terapêutica (Joe, Simpson, Greener & Rowan-szal, 1999) e, em conjunto, determinar melhores resultados.

Por último, em relação às implicações terapêuticas, a relação terapêutica é diferenciada em função do estágio de mudança no qual a pessoa se encontra, enquanto uma atitude de "nurturing parent" para com os pré-contempladores é a adequada, para os contempladores dever-se-á estimular o *insight* através de uma atitude de professor socrático e, para os que se encontram no estágio de preparação, a atitude deverá ser a do treinador experiente que ajuda na (re)definição do plano de tratamento. Os que se encontram em acção e manutenção requerem a ajuda do terapeuta, enquanto consultor, que dá suporte e orientação quando existem alguns contratempos de percurso. O psicoterapeuta

oferece-se como um guia "suficientemente bom" que acompanha a pessoa através das complexidades da mudança, sendo que, nesse percurso, a experiência contra-transferencial pode ser utilizada como indicador avaliativo do estágio de mudança (Prochaska & Norcross, 2003).

Deste modo, o modelo transteórico, no que à motivação para o tratamento diz respeito, introduz uma gradação na medida da motivação para o tratamento, desliga-a da concepção de motivação/defesa ao lhe atribuir um carácter estado e simultaneamente dinâmico, dependente do terapeuta, do cliente e da relação terapêutica. Aliás, Prochaska & DiClemente (1982) indicam, de um modo interessante, que muitos terapeutas se tornariam mais eficazes se aceitassem que os seus clientes pudessem, pelo menos, possuir em si mesmo tanta capacidade para mudar como para resistir à mudança.

## 5. A ENTREVISTA MOTIVACIONAL<sup>(2)</sup>

De acordo com Miller & Rollnick (1999) cabe ao terapeuta a função de motivar, isto é, aumentar a probabilidade que o cliente desenvolva comportamentos específicos com o objectivo de mudar. Os princípios que determinam o estilo da entrevista motivacional, e que contém tal fundamento por base, são: expressar empatia, criar discrepâncias, evitar o confronto, lidar com a resistência e fomentar a auto-eficácia. *Expressar empatia* implica uma atitude de aceitação e compreensão do outro, para além de supor como princípio, que a ambivalência é uma reacção natural quando se considera a hipótese de mudar. Ao tomar consciência dos objectivos que possui e ao confrontar tais objectivos com as consequências do comportamento-problema actual através de um processo de clarificação e consciencialização, cria-se um conflito, uma *discrepância* mobilizadora. A entrevista motivacional é por definição não confrontativa – *evita o confronto* - na medida em que a imposição externa de uma realidade contida na técnica de confronto produz resistência por parte do utente, a qual deve ser interpretada como um sinal de que se deverá mudar a estratégia terapêutica. A *resistência* deverá ser considerada uma percepção a respeitar, em relação à qual o terapeuta pode simplesmente colaborar oferecendo novas perspectivas. Por último, é necessário desenvolver a crença que o próprio possui

acerca das suas capacidades para realizar a mudança – *auto-eficácia* –, tal fomenta a auto-responsabilização e a esperança.

No que diz respeito às técnicas utilizadas na entrevista motivacional, distinguem-se dois grupos de técnicas de acordo com a definição estratégica, as utilizadas para construir a motivação para a mudança e as que permitem fortalecer o compromisso para a mudança. Entre as primeiras, inclui-se a realização de perguntas abertas, a escuta reflexiva, apoiar, resumir e evocar frases auto-motivacionais. As primeiras quatro técnicas constituem um conjunto integrado que visa o aumento da discrepância e por essa via mobilizar a pessoa para a acção. As frases auto-motivacionais, para além de serem instigadas pela utilização das primeiras técnicas e de aumentarem também a discrepância entre os objectivos da pessoa e as consequências do comportamento problema da mesma, distinguem-se pelo facto de conterem elementos de reconhecimento do problema, expressão de preocupação, intenção de mudar e optimismo sobre a mudança.

O segundo conjunto de técnicas a utilizar na fase de preparação para a acção, consiste em: recapitular, com o objectivo de sublinhar os motivos que podem levar a pessoa à mudança sem menosprezar a possível ambivalência; realizar perguntas chave orientadas para o futuro que permitem antever e reflectir sobre a mudança; proporcionar informação de um modo impessoal e de preferência quando solicitado; e, por último, negociar um plano que inclua metas, várias opções em relação à mudança e que possa ser iniciado no imediato. Mantendo o estilo da entrevista motivacional e o reconhecimento de que a ambivalência se pode manifestar a qualquer momento, as técnicas enunciadas nesta fase permitem consolidar o movimento de mudança iniciado (Miller & Rollnick, 1999).

O contexto relacional e o envolvimento das pessoas mais significativas no processo terapêutico é aconselhado, pois pode constituir um factor importante ao nível do sucesso do tratamento (Miller & Rollnick, 1999; Miller, 1998).

Em relação à eficácia da entrevista motivacional, Burke, Arkowitz & Menchola (2003), verificaram que as adaptações da entrevista motivacional (AMI's) - dada a flexibilidade a que se propõe a utilização da entrevista motivacional, em função dos contextos de tratamento e dos

constrangimentos de tempo e à associação a componentes identificadas como determinantes para a eficácia das intervenções breves - demonstraram resultados eficazes quando aplicadas no tratamento do consumo de álcool e drogas, tendo 51% das pessoas que receberam os AMI's melhorado ao nível das medidas de *follow-up*, enquanto que das pessoas que receberam outro tipo de tratamentos, apenas 37% revelaram melhorias nas medidas de *follow-up*. No mesmo estudo, a meta-análise revelou que 56% dos indivíduos com problemas de álcool reduziu o consumo de álcool por semana de 36 para 16 unidades, tendo-se verificado, também, uma melhoria nas medidas de natureza social. Um outro dado importante é o facto de os resultados produzidos terem sido alcançados com intervenções mais breves e com menores custos. Acrescentam, ainda, tal como Saunders, Wilkinson & Phillips (1995), que a entrevista motivacional é desenhada para preparar o cliente para a mudança em poucas sessões e, nesse sentido, não funciona em si mesmo como um tratamento ou psicoterapia, mas sim como o prelúdio para a integração em tratamento com abordagens orientadas para a acção.

Num estudo realizado por Saunders *et al.* (1995) com indivíduos heroíno-dependentes em programa de metadona, a quem foi aplicada o formato da entrevista motivacional à entrada do programa, e por oposição a indivíduos que receberam um acolhimento psico-educativo, concluíram que a entrevista motivacional é um recurso útil e que actua sobre as expectativas de sucesso e a intenção de mudança. Brown & Miller (1993), por sua vez, verificaram que a utilização de *feedback* e entrevista motivacional como estratégia de acolhimento, numa clínica de tratamento de pacientes alcoólicos, aumentava o envolvimento no tratamento e conseqüentemente os resultados obtidos, nos quais se inclui o consumo de álcool após o tratamento. De acordo com Britt, Hudson & Blampied (2004), a entrevista motivacional constitui um importante instrumento terapêutico para quem em contexto de saúde privilegia uma abordagem centrada no paciente, especialmente quando este se apresenta ambivalente em relação à mudança, embora sublinhe a necessidade de se avaliar, quais os seus componentes essenciais e em que circunstâncias e com que pacientes se revelam mais eficazes.

## 6. CONCLUSÕES

De um modo resumido dir-se-ia, e em função dos autores do modelo de orientação dinâmica apresentados, que a utilização das técnicas de confronto dirigidas ao confronto da negação são suportadas por uma estratégia condicionada pela avaliação da relação terapêutica. Deste modo, o garante da eficácia das técnicas de confronto é-nos dado, quer pela sensibilidade da avaliação do vínculo terapêutico, quer pela adequação ao nível dos conteúdos focalizados, tendo sido, inclusive, sugerido que em certas áreas a negação possui um valor adaptativo. Sublinhe-se que a utilização das técnicas de confronto requerem um senso clínico de adequação e parcimónia, resultado da observação da contra-transferência. É indicada, também, a necessidade de compreender o valor do consumo na economia psíquica do indivíduo de modo a esclarecer a eventual ambivalência em relação ao tratamento.

As críticas apresentadas, em relação à utilização de técnicas de confronto pelos autores da entrevista motivacional, não encontram eco na fundamentação teórica dos autores de orientação dinâmica que consultamos. É possível, que as constatações sobre os resultados contraproducentes do confronto resultem da observação em contexto de comunidade terapêutica do estilo confrontativo, conforme indicado por Miller (1998), e não propriamente das técnicas de confronto, tal como descritas pelos autores de orientação dinâmica. Assim, expressões como, por exemplo, desafio e sarcasmo designam o estilo confrontativo e nunca características da técnica de confronto.

O confronto e a escuta empática não são incompatíveis, desde que por confronto se entenda “mostrar” a realidade, ou outro lado da realidade, e em função de um objectivo terapêutico (Miller *et al.*, 1993, Miller & Rollnick, 1999).

O modelo transteórico ao introduzir uma concepção de motivação estado com gradações – os estádios – estabelece a possibilidade de intervir de um modo diferenciado, de acordo com a motivação para o tratamento que o cliente possui. Por outro lado, a entrevista motivacional oferece orientações terapêuticas que permitem, em função de uma avaliação prévia da motivação para o tratamento, construir uma disposição motivacional para a mudança com efeitos a nível da adesão, processo terapêutico e resultados.

Esclareça-se que a entrevista motivacional não é em si mesma uma intervenção terapêutica, mas permite que a pessoa se prepare e se mobilize para uma mudança terapêutica. Por último, em relação à entrevista motivacional, é importante reforçar que a flexibilidade de adaptação e aplicabilidade em diversos contextos de saúde têm demonstrado resultados favoráveis à sua utilização.

O senso clínico obriga a que os resultados da avaliação orientem a intervenção e, no que respeita à motivação para o tratamento/mudança, consideramos que a entrevista motivacional é adequada como elemento de preparação para tratamentos estruturados, de alta exigência (comunidade terapêutica, buprenorfina alta dose, programas de prevenção da recaída, etc...) a aplicar em contexto de ambulatório, no qual os constrangimentos de tempo e as características institucionais obrigam a uma abordagem no âmbito da psicologia da saúde. Por sua vez, a utilização de estratégias de confronto, preconizadas pelo modelo psicodinâmico, adequam-se aos casos em que a severidade da dependência e a prevalência de psicopatologia (sobretudo as perturbações da personalidade) marcam a fenomenologia clínica e o processo terapêutico em contexto clínico de comunidade terapêutica e/ou de aprofundamento da problemática psicológica. Deste modo, a opção pela utilização da técnica e estratégia em relação à motivação para o tratamento terá que considerar o contexto da relação terapeuta-paciente e o grau de proximidade terapêutica possível em função do *setting*/processo terapêutico (Polcin, 2003), as características de personalidade e a avaliação da motivação, na qual distinguimos como componentes, o reconhecimento do problema, a ambivalência e a disponibilidade para mudar.

### Contacto:

Lúis de Brito Janeiro  
Universidade do Algarve  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Campus de Gambelas 8005-139 Faro  
962445624  
ljaneiro@ualg.pt



**NOTAS:**

1) Segundo Laplanche e Pontalis (1990) endende-se por negação o processo pelo qual o indivíduo se defende de um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos, até então recalcado, negando que lhe pertença.

2) Existe um manual, o Motivacional Enhancement Therapy with drug abusers (MET), criado por Miller (1995), no âmbito do de um projecto de tratamento fundado pela National Institute on Drug Abuse (NIDA), que constitui uma excelente base de trabalho para quem trabalha na área do tratamento das toxicodependências e possui um interesse prático e clínico sobre a entrevista motivacional.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Belding, M. A.; Iguchi, M. Y.; Lamb, R.J.; Lakin, M. & Terry, R. (1995). "Stages and processes of change among polydrug users in methadone maintenance treatment." *Drug and Alcohol Dependence*, 39: 45-53.
- Burke, B.L.; Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). "The efficacy of motivacional interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5): 843-861.
- Britt, E.; Hudson, S.M. & Blampied, M. (2004). "Motivacional interviewing in health settings: A review." *Patient Education and Counseling*, 53: 147-155.
- Brown, J.M. & Miller, W.R. (1993). "Impact of motivacional interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment." *Psychology of Addictive Behaviors*, 7 (4): 211-218.
- Cahill, M.A.; Bryon, A.; Hosig, H.; Muller, K. & Pulliam, C. (2003). "Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program." *Addictive Behaviors*, 28: 67-79.
- Connors, G.J.; Donovan, D.M. & DiClemente, C.C. (2001). "Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions". New York: Guilford Press.
- Cohen, R. (2002). "The dynamics of addiction in the clinical situation." In M. Weegmann, & R. Cohen (Eds.). *The Psychodynamics of addiction* (pp.53-71). London: Whurr.
- De Leon, G. (2004). "La comunidad terapéutica y las adicciones: Teoría, modelo y método". Bilbao: Desclé de Brouwer.
- DiClemente, C. C.; Bellino, L. E. & Neavins, T. M. (1999). "Motivation for change and alcoholism treatment." *Alcohol Research and Health*, 23 (2): 86-92.
- DiClemente, C.C. & Prochaska, J.O. (1998). "Toward a comprehensive transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors." In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp.3-24). Nova York: Plenum Press.
- Driesley, J. & Reynolds, S. (2000). "The transtheoretical stages of change as predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy." *British Journal of Clinical Psychology*, 39: 371-382.
- Drieschner, K.D.; Lammers, S. M. & Staak, C.P. (2004). "Treatment motivation: an attempt for clarification of ambiguous concept." *Clinical Psychology Review*, 23: 1115-1137.
- Frances, Franklin & Borg (1997). "Teorías psicodinámicas." In M. Galanter & H.D. Kleber (eds.). *Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias*. Barcelona: Masson.
- Joe, G.W.; Simpson, D.D. & Broome, K.M. (1998). "Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process." *Addiction*, 93 (8): 1177-1190.
- Joe, G.W.; Simpson, D.D.; Greener, J. M. & Rowan-Szal, G. (1999). "Integrative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment." *Addictive Behaviors*, 24 (5): 649-659.
- Kerneberg, O. (1995). "Transtornos graves de personalidad: Estratégias psicoterapêuticas." Porto Alegre: Artes Médicas.
- Khantzian, E.; Halliday, K. & McAuliffe, W., (1990). "Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers". New York: Guilford.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1990). "Vocabulário de psicanálise". Lisboa: Presença.
- Miller, W. R. (1998). "Enhancing motivation for change." In W.R. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp.3-24). Nova York: Plenum Press.
- Miller, W.R.; Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). "Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3): 455-461.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). "La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas". Barcelona: Paidós.
- Polcin, D. L. (2003). "Rethinking confrontation in alcohol and drug treatment: consideration of the clinical context." *Substance use & Misuse*, 38 (2): 165-184.
- Polcin, D. L.; Galloway, G.P. & Greenfield, T.K. (2006). "Measuring confrontation during recovery from addiction." *Substance use & Misuse*, 41: 369 – 392.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C.C. (1982). "Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change." *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19 (3): 276-288.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). "In search of how people change: Applications to addictive behaviors." *American Psychologist*, 47 (9): 1102-1114.

Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). "Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas." In M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependências: Recaida e prevención de recaidas* (pp.85-pp.136). Barcelona: Citran.

Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. (2003). *"Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis"*. Pacific Grove: Thomson.

Rollnick, S. (1998). "Readiness, importance and Confidence: Critical conditions of change in treatment." In W.R. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp.49-60). Nova York: Plenum Press.

Saunders, B.; Wilkinson, C. & Phillips, M. (1995). "The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme." *Addiction*, 90: 415-424.

Shen, Q.; McLellan, A.T. & Merrill, J.C. (2000). "Client's perceived need for treatment and its impact on outcome." *Substance Abuse*, 21 (3): 179 – 192.

Weegmann, M. (2002). "The psychodynamic assessment of drug addicts." In M. Weegmann & R. Cohen (Eds.). *The Psychodynamics of addiction* (pp.71-84). London: Whurr.

#### **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

DiClemente, C.C.; Schlundt, B.S. & Gemmell, B.S. (2004). "Readiness and stages of change in addiction treatment." *The American Journal on Addictions*, 13: 103-119.

Simoneau, H. & Bergeron, J. (2002). "Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment." *Addictive Behaviors*, 28: 1219-1241.