

# **O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS TERAPIAS COGNITIVO- COMPORTAMENTAIS**



**UM GUIA PARA TERAPEUTAS**

**NEIDE A. ZANELATTO  
RONALDO LARANJEIRA**  
**ORGANIZADORES**



*Nota:* A medicina é uma ciência em constante evolução. À medida que novas pesquisas e a experiência clínica ampliam o nosso conhecimento, são necessárias modificações no tratamento e na farmacoterapia. Os organizadores/coautores desta obra consultaram as fontes consideradas confiáveis, num esforço para oferecer informações completas e, geralmente, de acordo com os padrões aceitos à época da publicação. Entretanto, tendo em vista a possibilidade de falha humana ou de alterações nas ciências médicas, os leitores devem confirmar estas informações com outras fontes. Por exemplo, e em particular, os leitores são aconselhados a conferir a bula de qualquer medicamento que pretendam administrar, para se certificar de que a informação contida neste livro está correta e de que não houve alteração na dose recomendada nem nas contraindicações para o seu uso. Essa recomendação é particularmente importante em relação a medicamentos novos ou raramente usados.



---

T776 O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais [recurso eletrônico] : um guia para terapeutas / Organizadores, Neide A. Zanelatto, Ronaldo Laranjeira. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2013.

Editado também como livro impresso em 2013.  
ISBN 978-85-65852-28-9

1. Psiquiatria – Dependência química. 2. Dependência química – Tratamento. 3. Dependência química – Terapia cognitivo-comportamental. I. Zanelatto, Neide A. II. Laranjeira, Ronaldo

CDU 616.89:615.85

---

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

# **O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E AS TERAPIAS COGNITIVO- COMPORTAMENTAIS**

## **UM GUIA PARA TERAPEUTAS**

**NEIDE A. ZANELATTO  
RONALDO LARANJEIRA**  
ORGANIZADORES

Versão impressa  
desta obra: 2013



2013

© Grupo A Educação S.A., 2013

Capa

*Maurício Pamplona*

Preparação do original

*Adriana Lehmann Haubert*

Leitura final

*Antônio Augusto da Roza*

Assistente editorial

*André Luis de Souza Lima*

Coordenadora editorial – Biociências

*Cláudia Bittencourt*

Gerente editorial

*Letícia Bispo de Lima*

Projeto e editoração

*Armazém Digital<sup>®</sup> Editoração Eletrônica – Roberto Carlos Moreira Vieira*

Reservados todos os direitos de publicação à

ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana

90040-340 – Porto Alegre, RS

Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO

Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5

Cond. Espace Center – Vila Anastácio

05095-035 São Paulo SP

Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – [www.grupoa.com.br](http://www.grupoa.com.br)

IMPRESSO NO BRASIL

PRINTED IN BRAZIL



**Neide A. Zanelatto** – Psicóloga Clínica. Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). Membro do Corpo Docente da UNIAD/UNIFESP. Coordenadora do Curso de Extensão de Terapia Cognitivo-comportamental Aplicada ao Tratamento da Dependência Química, UNIAD-UNIFESP.

**Ronaldo Laranjeira** – PhD em Psiquiatria pela Universidade de Londres, Inglaterra. Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da UNIFESP. Investigador Principal do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq).

---

**Alessandra Diehl** – Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela UNIFESP e Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo (USP). Colaboradora da UNIAD/INPAD.

**Aline Helena Koller de Andrade** – Graduanda de Psicologia do Centro Universitário Paulistano. Supervisora da Home Angels, unidade Jabaquara-SP.

**Ana Maria M. Serra** – Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica. Mestre em Psicologia pela Universidade de Illinois, Estados Unidos. PhD em Psicologia e Especialista em Terapia Cognitiva pelo Institute of Psychiatry da Universidade de Londres, Inglaterra. Diretora e Coordenadora de Cursos do Instituto de Terapia Cognitiva (ITC). Presidente Fundadora e Honorária da Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva (ABPC).

**André Q. C. Miguel** – Psicólogo. Mestre em Dipendenze Patologiche pela Università di Pisa, Itália. Doutorando em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP-EPM. Pesquisador Associado do INPAD.

**Andrea Lorena da Costa** – Psicóloga. Especialista em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP e em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Ambulatório de Ansiedade, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMBAN/FMUSP). Mestre em Ciências pela FMUSP. Colaboradora do Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (AMITI)/FMUSP.

**Carolina de Meneses Gaya** – Psicóloga. Especialista em Psicanálise e em Saúde Pública. Doutora em Saúde Mental pela USP. Pós-doutoranda em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP-EPM. Pesquisadora Associada do INPAD.

**Cláudio Jerônimo da Silva** – Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela UNIFESP. Doutor em Ciências pela UNIFESP. Professor Afiliado do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Pesquisador Associado do INPAD. Diretor de Ensino do UNIAD/INPAD. Coordenador do Ambulatório e Álcool e Drogas do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Dra. Jandira Masur (Vila Maria). Vice-presidente do Centro Especializado em Tratamento de Dependência em Álcool e Drogas (CEAD), Jundiaí.

**Daniel Cruz Cordeiro** – Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP. Mestre em Psiquiatria pela Universidade de Londres.

**Eliane Mary de Oliveira Falcone** – Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ). Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, UERJ.

**Elton Pereira Rezende** – Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP. Colaborador da UNIAD/UNIFESP.

**Fabíola Boschetti** – Psicóloga Clínica. Especialista em Terapia Cognitiva pelo ITC e em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP.

**Flavia Serebrenic Jungerman** – Psicóloga. Mestre em Dependência Química pela Universidade de Londres, Inglaterra. Doutora pela Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP. Terapeuta familiar e mediadora pelo Instituto Familiaie. Coordenadora da Psicologia do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Álcool e outras Drogas (Grea) no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IPq-HCFMUSP).

**Francisco Lotufo Neto** – Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP.

**Irismar Reis de Oliveira** – Terapeuta Cognitivo certificado pelo Beck Institute. Especialista em Psiquiatria pela Université René Descartes, Paris – França. Doutor em Neurociências e Livre-docente em Psiquiatria pela Universidade Federal da Bahia

(UFBA). Professor Titular de Psiquiatria do Departamento de Neurociências da UFBA. Membro Fundador da Academy of Cognitive Therapy.

**Isabel Ferreira da Silva** – Psicóloga. Especialista em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP e em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Regional de Psicologia/São Paulo (CRP/SP). Atua na Enfermaria de Dependência Química da UNIAD/UNIFESP.

**Karen P. Del Rio Szupszynski** – Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutoranda em Psicologia pela PUCRS/UMBC. Docente da Pós-graduação da Unisinos e da Cesulbra. Pesquisadora nas áreas de Motivação para Mudança, Intervenções Breves e Validação de Instrumentos na PUCRS.

**Karine Koller** – Médica. Especialista em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP.

**Lawrence P. Riso** – Psicólogo. Professor Associado do The American School of Professional Psychology, Argosy University, Washington DC.

**Manoel Antônio dos Santos** – Psicólogo. Especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e em Psicoterapia Familiar e de Casal pelo Instituto Familiaie de Ribeirão Preto, SP. Mestre e Doutor em Ciências: Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP. Livre-Docente em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica pela USP. Professor Associado do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP). Bolsista de Produtividade Científica, nível 1C, do CNPq. Coordenador do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (NEPPS-USP-CNPq).

**Marcelo Ribeiro** – Psiquiatra. Doutor em Ciência pelo UNIFESP. Pesquisador e Diretor de Ensino da UNIAD/UNIFESP. Membro do INPAD.

**Margareth da Silva Oliveira** – Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Ciências pela UNIFESP. Professora Titular da Faculdade e do Programa de Pós-graduação de Psicologia da PUCRS. Pesquisadora Produtividade do CNPq. Coordenadora do Laboratório de Intervenções Cognitivas (LABICO-PPG-FAPSI-PUCRS).

**Maria de Fátima Rato Padin** – Psicóloga. Especialista em Dependência Química. Doutoranda em Ciências pela UNIFESP. Pesquisadora do INPAD/UNIFESP. Coordenadora do Curso *online* de Prevenção de Drogas na Adolescência para Pais da UNIFESP.

**Monica Zilberman** – Psiquiatra. Professora do Programa de Pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Pesquisadora do Laboratório de Psicofarmacologia LIM-23 do HCFMUSP.

**Natália Priolli Jora** – Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERP-USP). Enfermeira do Caps-ad II de Ribeirão Preto, SP.

**Neliana Buzi Figlie** – Psicóloga. Psicoterapeuta Cognitiva e formação em Entrevista Motivacional. Especialista em Dependência Química pela UNIAD. Mestre em Saúde Mental e Doutora em Ciências pela UNIFESP. Pesquisadora Sênior do INPAD. Professora Afiada do Curso de Pós-graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica da UNIFESP. Coordenadora e Professora do Curso de Aconselhamento em Dependência Química da UNIAD.

**Paulo Márcio Souza** – Psiquiatra. Preceptor do Programa de Residência em Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ-SC).

**Paulo B. Moraes** – Psicólogo Clínico. Especialista em Terapia Cognitiva pelo ITC e em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP.

**Roberta Payá** – Psicóloga. Psicoterapeuta Familiar. Especialista em Terapia Sistêmica de Família e Casal pela PUCSP e em Dependência Química pela UNIFESP. Mestre em Terapia Familiar pela Universidade de Londres, Inglaterra. Doutora em Ciências pela UNIFESP. Professora no Curso de Capacitação em Terapia Familiar da UNIAD. Coordenadora do Curso Intercâmbio das Psicoterapias do Ambulim, IPq-HCFMUSP.

**Roberto Alves Banaco** – Analista do Comportamento. Mestre e Doutor em Ciências: Psicologia Experimental pelo Instituto de Psicologia da USP. Professor Titular de Análise do Comportamento da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUCSP. Coordenador Pedagógico do Paradigma Núcleo de Análise do Comportamento.

**Sandra Cristina Pillon** – Enfermeira. Especialista em Dependência Química pela UNIFESP. Mestre e Doutora em Ciências pela UNIFESP. Pós-doutorado em Enfermagem pela Universidade de Alberta, Canadá. Livre-docente pela EERP-USP. Professora Titular da EERP-USP. Bolsista Produtividade em Pesquisa CNPq.

**Sandro Sendin Mitsuhiro** – Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela UNIFESP. Doutor em Ciências pela UNIFESP. Pós-doutorado em Ciências pelo CNPq/UNIFESP. Professor Afiado da UNIFESP. Vice-coordenador do INPAD.

**Sérgio M. Duailibi** – Médico do Trabalho. Especialista em Dependência Química. Doutor em Ciências da Saúde pela UNIFESP. Professor Afiado da UNIFESP-EPM. Pesquisador do INPAD.

**Sergio Luis Ferreira** – Psicólogo. Especialista em Dependência Química pela UNIAD/UNIFESP. Psicólogo Clínico no Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM) no Ambulatório de Especialidades do Jardim Ibirapuera – SP.



**Suzana Dias Freire** – Psicóloga. Especialista em Psicoterapias Cognitivo-comportamentais pela Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS). Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Pesquisadora Colaboradora da Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva.

**Zenon Lotufo Jr.** – Psicoterapeuta Cognitivo. Filósofo e Teólogo. Especialista em Análise Transacional pela ALAT. Doutor em Ciências – Psicologia da Religião pela PUCSP. Professor do Curso de Aprimoramento em Terapia Comportamental Cognitiva em Saúde Mental do IPq-HCFMUSP.



## AGRADECIMENTOS

Este livro é o produto da experiência de vários autores especialistas nas áreas das terapias cognitivo-comportamentais e da dependência química. Primeiramente, portanto, agradecemos a todos os coautores que, com sua participação, compartilhando seu conhecimento e dedicando parte de seu precioso tempo, tornaram possível a concretização de uma ideia que, a princípio, só existia em nossos planos. Agradecemos, também, à Artmed Editora, que levou o projeto a cabo, com uma equipe editorial competente que, durante todo o período gestacional da obra, revelou-se uma parceria generosa, paciente e dedicada.

Parte da experiência descrita e esmiuçada nesta obra foi construída no dia a dia, a partir da relação profissional-paciente. Por isso, aos pacientes da Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas (UNIAD), bem como aos de nossos consultórios particulares, externamos o nosso sincero agradecimento. De modo especial, queremos expressar nossa gratidão àqueles que, protagonistas dos casos apresentados, permitiram que suas histórias servissem como exemplos capazes de ilustrar e facilitar o aprendizado.

Agradecemos, ainda, aos professores convidados e a todos os alunos do curso de Terapia Cognitivo-comportamental Aplicada ao Tratamento da Dependência Química UNIAD/UNIFESP, hoje em sua sétima edição, que contribuíram com suas experiências e com seu trabalho – alguns desses alunos cederam gentilmente trechos de suas apresentações realizadas durante o curso. Estendemos, finalmente, nossos agradecimentos à UNIAD/UNIFESP e aos seus profissionais que atuaram em ambulatórios especializados no tratamento de dependência de substâncias, alguns dos quais coautores deste livro, pois, com sua experiência, forneceram subsídios para a compreensão e adaptação do modelo de tratamento que ora descrevemos. Aos amigos mais próximos, que, em encontros informais, deram sugestões valiosas e apoio ao projeto, registramos nosso grande apreço.

**Neide A. Zanelatto**  
**Ronaldo Laranjeira**

Agradeço ao Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira, que acreditou e validou o projeto com sua participação, orientação e condução para que atingíssemos o resultado final.

À psicóloga Tânia Houck, que, inicialmente, participou da construção da ideia central da obra.

À Alessandra Diehl e Neliana Figlie, parceiras de sempre, que acolheram minhas angústias e me deram o apoio necessário.

Um agradecimento especial para minha família – marido, filhas e irmã – que compreendeu minha falta de tempo para com as atividades familiares e, mesmo assim, manteve seu apoio incondicional.

**Neide A. Zanelatto**

A teoria sem a prática vira “verbalismo”,  
assim como a prática sem a teoria vira ativismo.  
No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se  
a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.

**Paulo Freire**



A dependência de substâncias é considerada um fenômeno complexo, inserido em um contexto de igual complexidade, dada a quantidade de variáveis que nele interferem e que, ao mesmo tempo, por ele são influenciadas. O tratamento desse transtorno, portanto, deve ser planejado considerando-se inúmeras condições e objetivando a obtenção de desfechos mais positivos.

Cada paciente deve ser visto em sua individualidade, e o clínico que atua nessa área não deve desviar-se de seu objetivo principal: auxiliar o indivíduo, buscando modificar os comportamentos que facilitam a manutenção da dependência. Para isso, deve utilizar ferramentas terapêuticas que apresentam resultados baseados em evidências.

As terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) têm sido referenciadas como abordagens eficazes no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos – incluindo o transtorno por uso de substâncias –, e a aplicação desse conjunto de técnicas no contexto do tratamento tem se mostrado eficaz tanto para o alcance como para a manutenção da abstinência em usuários de álcool, tabaco ou substâncias ilícitas. Este livro se debruça sobre essas abordagens terapêuticas, focando três grupos de correntes teóricas: as terapias de reestruturação cognitiva, as de resolução de problemas e as de treinamento de habilidades.

Esta obra apresenta, em sua primeira parte, uma revisão geral sobre o que é a dependência química, quais os modelos explicativos do fenômeno, como estão classificadas as substâncias psicoativas, quais os efeitos agudos e crônicos e os sintomas de abstinência daquelas vistas com mais frequência na prática clínica. Em seguida, apresenta as principais abordagens que formam o grupo das TCCs e os modelos criados a partir delas a fim de compreender e tratar o problema da dependência de álcool e outras substâncias; traz também uma relação de técnicas cognitivas e comportamentais descritas na íntegra, a serem utilizadas durante sessões estruturadas. A terceira parte apresenta ao terapeuta um modelo de atendimento, expondo o conteúdo de cada sessão de tratamento e incluindo orientações de procedimentos específicos do profissional, os formulários necessários para cada tema escolhido e as tarefas de casa voltadas para o treino do tema discutido.

O grupo de sessões estruturadas está dividido em temas centrais (aqueles voltados especificamente para o tratamento da dependência química), essenciais no tratamento de qualquer indivíduo, e em temas específicos (para os casos nos quais haja comorbidades ou outras questões que mereçam atenção, e que, se não tratadas, terão como consequência a alteração no curso da dependência de substâncias, dificultando a adesão ou favorecendo a ocorrência dos episódios de recaída).

Este livro contempla, ainda, os cuidados especiais com populações específicas e com alguns dos transtornos da personalidade que cursam com mais frequência com a dependência química; além disso, oferece recursos para a abordagem do paciente usuário de uma substância específica: álcool, tabaco, maconha e cocaína/*crack*.

Sócrates, em seu diálogo com Fedro, critica a palavra escrita: segundo ele, o texto “emburrecia” o leitor, pois este teria seu espaço de reflexão limitado. Espera-se que este livro não confirme a teoria do grande filósofo, e sim que sirva como um guia que aponta um norte, cujo caminho de chegada será construído com a experiência e o conhecimento únicos de cada profissional. A especialização, a frequência aos encontros de supervisão clínica, a inserção em grupos de estudo específicos sobre o assunto, o cuidado pessoal e a vivência clínica de cada um, junto com as sugestões desta obra, darão um toque particular a cada processo, cujo principal objetivo é o manejo de um transtorno gerador de tantos prejuízos.

Com este trabalho, espera-se contribuir para a prática da terapia cognitivo-comportamental, em quaisquer modalidades, aplicada ao tratamento da dependência química. O objetivo é colaborar para que os pacientes tenham sua adesão ao tratamento facilitada e obtenham resultados duradouros relacionados a uma melhor qualidade de vida, superando dificuldades e armadilhas geradas pelo transtorno por uso de substâncias.

**Neide A. Zanelatto**



Mais de três décadas de pesquisa na área da dependência química mostram que este é um transtorno tratável.

Ainda que a visão do desenvolvimento da dependência química gere controvérsias, colocando lado a lado os que põem a biologia como fator central para o surgimento do transtorno e aqueles que acreditam que o dependente não é uma vítima da doença, mas sim o responsável por sua recuperação; ainda que os vários tratamentos oferecidos para o manejo desse transtorno tragam resultados positivos, mas não dispensem a necessidade de mais estudos para apoiar em evidências as melhores práticas; ainda que convivamos, profissionais e pacientes, com o estigma social que considera a dependência química um problema mais moral do que de outra ordem, todas as evidências corroboram a primeira afirmação. A dependência química, um fenômeno considerado de ordem multifatorial, pode ser tratada e, em muitos casos, com sucesso.

Entre as principais abordagens de tratamento estão o manejo farmacológico, as intervenções psicoterápicas, o suporte oferecido nos grupos de mútua ajuda (tanto para dependentes quanto para familiares), as ações integradas nas internações voluntárias e involuntárias em clínicas especializadas, nas moradias assistidas ou em comunidades terapêuticas formadas por leigos conhecedores do problema e de seu manejo (hoje com crescente especialização). A experiência mostra que a combinação das várias abordagens oferece ao paciente uma atenção customizada, atendendo-o naquilo que ele mais precisa.

As intervenções psicoterápicas baseadas nos modelos cognitivo-comportamentais têm se mostrado eficazes nos tratamentos de vários transtornos psiquiátricos, entre eles, a dependência de substâncias. O conhecimento e a experiência dos profissionais envolvidos no processo e nos desdobramentos deste auxiliam os pacientes dependentes na construção de um caminho de compreensão do problema da dependência que os leve a um estilo de vida saudável, sem o uso de drogas.

O presente livro tem relevância, na medida em que tem como propósito oferecer aos leitores um modelo de atenção à dependência de substâncias que contemple as necessidades especiais de cada paciente e, a exemplo de outros manuais, em

língua estrangeira, apresentar um roteiro de sessões estruturadas, com sugestões de ações terapêuticas que visam um tratamento completo. Escrito por profissionais experientes, nas várias áreas de estudo do fenômeno, o conteúdo traz desde os conhecimentos fundamentais da dependência, com dados sempre atualizados, até as especificidades a serem consideradas para o tratamento das várias substâncias, utilizadas por diversas populações. É o resumo da *expertise* clínica desses profissionais a serviço da formação de um conjunto de outros, para que o problema da dependência química, tratável como enfatizamos, seja visto sem estigmas e preconceitos.

**Ronaldo Laranjeira**





## >> PARTE 1

### **Dependência química ..... 23**

- 1** Dependência química: conceituação e modelos teóricos ..... 25  
*Daniel Cruz Cordeiro*
- 2** Critérios para diagnóstico de uso nocivo, abuso e dependência de substâncias ..... 33  
*Marcelo Ribeiro, Elton Pereira Rezende*
- 3** Classificação das substâncias psicoativas ..... 43  
*Sandro Sendin Mitsuhiro*
- 4** Efeitos do uso agudo e crônico e sintomas de abstinência ..... 53  
*Sérgio M. Duailibi*
- 5** Principais comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias ..... 73  
*Alessandra Diehl, Paulo Márcio Souza*

## >> PARTE 2

### **Terapias cognitivo-comportamentais ..... 93**

- 6** Terapias cognitivo-comportamentais: história, evolução e princípios teóricos ..... 95  
*Eliane Mary de Oliveira Falcone*
- 7** Teoria e terapia cognitiva ..... 106  
*Ana Maria M. Serra*
- 8** A dependência química e o modelo cognitivo de Aaron Beck ..... 122  
*Cláudio Jerônimo da Silva*
- 9** Teoria comportamental ..... 135  
*Roberto Alves Banaco*

>> PARTE 3

**Modelos derivados da terapia cognitivo-comportamental ..... 153**

- 10** Prevenção de recaída..... 155  
*Flavia Serebrenic Jungerman*
- 11** Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais  
e de enfrentamento de situações de risco..... 172  
*Neide A. Zanelatto*

>> PARTE 4

**Abordagens complementares à terapia cognitivo-comportamental..... 179**

- 12** *Mindfulness* e terapia cognitivo-comportamental na prevenção de recaída ..... 181  
*Neide A. Zanelatto*
- 13** Terapia focada no esquema ..... 195  
*Zenon Lotufo Jr., Lawrence P. Riso, Francisco Lotufo Neto*
- 14** Terapia cognitiva processual na dependência química ..... 221  
*Irismar Reis de Oliveira*
- 15** Abordagem BRENDA: potencialidades e limites no tratamento  
da dependência de substâncias psicoativas..... 258  
*Sandra Cristina Pillon, Natália Priolli Jora, Manoel Antônio dos Santos*
- 16** Entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental  
no tratamento do uso de substâncias psicoativas ..... 273  
*Neliana Buzi Figlie*

>> PARTE 5

**Técnicas cognitivas ..... 291**

- 17** Técnicas cognitivas..... 293  
*Paulo B. Moraes, Fabíola Boschetti*

>>> PARTE 6

**Técnicas comportamentais..... 311**

- 18** Técnicas e terapias comportamentais aplicadas  
ao tratamento da dependência química ..... 313  
*André Q. C. Miguel, Carolina de Meneses Gaya*

>> PARTE 7

**Estrutura das sessões ..... 331**

- 19** Estrutura das sessões, análise funcional e conceituação do caso..... 333  
*Neide A. Zanelatto, Fabíola Boschetti*

20	Estrutura das sessões: temas centrais.....	356
	<i>Neide A. Zanelatto</i>	
21	Estrutura das sessões: temas específicos.....	419
	<i>Neide A. Zanelatto</i>	
>> PARTE 8		
	<b>Populações específicas .....</b>	<b>455</b>
22	Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento dependentes de álcool .....	457
	<i>Margareth da Silva Oliveira, Karen P. Del Rio Szupszynski, Suzana Dias Freire</i>	
23	Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de maconha .....	479
	<i>Flavia Serebrenic Jungerman</i>	
24	Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de cocaína/crack .....	493
	<i>Karine Koller, Aline Helena Koller de Andrade</i>	
25	Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de nicotina .....	503
	<i>Isabel Ferreira da Silva, Sergio Luis Ferreira, Neide A. Zanelatto</i>	
26	Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de adolescentes dependentes de substâncias psicoativas .....	521
	<i>Neide A. Zanelatto, Maria de Fátima Rato Padin</i>	
27	Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de mulheres dependentes de substâncias psicoativas .....	530
	<i>Andrea Lorena da Costa, Monica Zilberman</i>	
28	Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de idosos dependentes químicos.....	545
	<i>Neide A. Zanelatto</i>	
29	Intervenções familiares e a terapia cognitivo-comportamental .....	552
	<i>Roberta Payá</i>	
	Índice .....	561



## >> **Parte 1**

Dependência química



# DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CONCEITUAÇÃO E MODELOS TEÓRICOS

Daniel Cruz Cordeiro



## Pontos-chave

- >> Não existem exames clínicos ou laboratoriais que determinem o diagnóstico de dependência química.
- >> Os modelos teóricos utilizados para explicar a dependência química evoluíram até o conceito biopsicossocial atual.
- >> Os conceitos sobre a forma de consumo devem ser utilizados de modo coerente e responsável para evitar diagnósticos errôneos.

Com o desenvolvimento das tecnologias, novas formas de realização de diagnósticos são criadas e aperfeiçoadas. Para a maioria das especialidades médicas, há diferentes exames laboratoriais ou de imagem que podem ser utilizados para apontar a presença de determinada patologia ou distúrbio. Quando um paciente apresenta pressão arterial de 180 x 120 mmHg, não há dúvidas de que ele é ou pelo menos está hipertenso. Se a contagem de hemácias estiver baixa, podemos dizer, *grosso modo*, que a pessoa tem anemia; porém, o fato de um indivíduo beber todos os dias não o torna, necessariamente, um dependente de álcool. Alguns clínicos, inclusive, são favoráveis ao consumo diário de uma taça de vinho, o que diminuiria o risco de acidentes cardiovasculares.<sup>1</sup>

Assim como outros temas relacionados à psiquiatria, a dependência não conta com exames laboratoriais ou de imagem para a realização de um diagnóstico apurado e preciso.

A complexidade no diagnóstico de problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas gera inúmeras possibilidades de erro, desde a elucidação do problema até sua resolução e, por fim, seu prognóstico. O profissional da saúde que trabalha com essa especialidade precisa estar familiarizado com os sistemas diagnósticos para não minimizar quadros de maior gravidade ou para não cometer o oposto, isto é, dar importância exagerada a situações em que o quadro de dependência ainda não está instalado. Na primeira situação, o profissional peca por fazer menos que o necessário; na segunda, por produzir tratamentos que podem gerar

iatrogenia (como a administração de medicamentos a um paciente que seria mais beneficiado com outro tipo de intervenção).<sup>2</sup>

O conhecimento e a frequência na utilização das classificações auxiliam o profissional da saúde mental a identificar melhor a sintomatologia dos pacientes, diminuindo, assim, a possibilidade de erros.

## DEPENDÊNCIA QUÍMICA: MODELOS TEÓRICOS

Diferentes modelos tentam explicar a dependência química. A seguir, são apresentados os mais conhecidos.

### Modelo moral

Para o modelo moral, o uso de substâncias e a dependência química seriam escolhas pessoais. Segundo esse conceito, o consumo seria uma forma de desrespeito às normas, transformando o paciente em um transgressor. Esse entendimento torna o indivíduo sujeito a críticas sobre a doença, sendo ele responsável por ela e, como tal, apto a arcar com todas as consequências em quaisquer situações.<sup>3,4</sup> Esse modelo muitas vezes faz do paciente intoxicado um alvo de críticas, desatenção e punição em serviços de saúde. São exemplos de pensamentos gerados por essa concepção: “Tanta gente doente e esse aí causando confusão porque bebe” ou “Esse paciente vive chegando drogado no pronto-socorro. Melhor atender rápido e mandar logo embora.”

O modelo moral é uma abordagem em desuso para o tratamento da dependência química. Apenas responsabilizar o paciente pelo quadro de intoxicação não torna o profissional diferente das pessoas em geral (família, empregador, vizinhos), as quais, muitas vezes, já apresentaram esse tipo de postura. O indivíduo é levado a responsabilizar-se como causador da dependência e por mantê-la por não ter a “força de vontade” que promove mudanças comportamentais bem-sucedidas.<sup>5</sup>

### Modelo da temperança ou sobriedade

No século XVIII, o consumo de álcool começou a ganhar mais atenção, e quadros de embriaguez passaram a ser considerados doença a partir de trabalhos científicos, como, por exemplo, aqueles publicados por Thomas Trotter.<sup>3</sup> No final do século XIX, nos Estados Unidos, o modelo da temperança ou sobriedade surgiu e teve certa credibilidade até 1933, sendo a primeira tentativa estruturada para entender a etiologia do alcoolismo. Com a utilização desse modelo como forma de entendimento da dependência de álcool, o objetivo do tratamento seria a utilização cautelosa e moderada da substância.

O modelo da temperança, diferentemente do modelo moral, não considerava a embriaguez um pecado cometido por falha de caráter do indivíduo, mas um hábito a ser desaprendido.<sup>4</sup> O intuito seria encontrar um equilíbrio no consumo de álcool, de forma que o sujeito retornasse ao estágio anterior à dependência. Segundo Benjamin Rush, esse modelo servia para entender a dependência de álcool como uma espécie de termômetro físico e moral. Para Rush, o consumo “começa com uma escolha, torna-se um hábito e, depois, uma necessidade”. Deveria haver uma fronteira entre o consumo adequado e o patológico, e as pessoas que tivessem ultrapassado esse limite deveriam retornar ao consumo sem prejuízo. A Lei Seca, ocorrida entre 1919 e 1932, foi o auge desse movimento, proibindo a fabricação e o consumo de bebidas alcoólicas.<sup>3,4</sup>

## Modelo da degenerescência neurológica

Em 1849, Magnus Huss, na Suécia, publicou um trabalho científico no qual, pela primeira vez, a palavra *alcoholismo* foi utilizada, e o fenômeno foi entendido como uma patologia. Houve forte tendência a acreditar que o tratamento deveria ser igual ao de outras doenças na época: banhos de vapor, tônicos, uso de sanguessugas, etc.<sup>4</sup>

## Modelo espiritual

Em 1935, Bill Wilson e Robert Smith criaram os Alcoólicos Anônimos. A dependência de álcool, nesse modelo, é entendida como uma condição que o indivíduo é incapaz de superar por si só. A esperança de mudança consiste em entregar a vida a uma força superior, e, a partir daí, segui-la rumo à recuperação. Praticar o Programa de 12 Passos é fundamental para a recuperação. A partir do AA, diversas outras irmandades foram criadas seguindo, basicamente, a programação dos 12 passos. O Al-Anon e o Alateen foram criados para familiares de dependentes de álcool; além desses, há o NA (Narcóticos Anônimos), o DASA (Dependentes de Amor e Sexo Anônimos), o Neuróticos Anônimos, o CCA (Comedores Compulsivos Anônimos) e muitos outros.<sup>3</sup>

## Modelo psicológico

A seguir, são apresentadas diversas escolas de pensamento voltadas ao modelo psicológico que tentam explicar o surgimento da dependência química:

- **Condicionamento clássico** – As situações do cotidiano provocam estímulos, produzindo respostas no indivíduo.

- **Condicionamento operante** – O consumo de substâncias psicoativas – produzindo bem-estar, relaxamento e quadros de euforia ou retirando sensações de ansiedade e mal-estar (reforços positivos e negativos) – resultaria em padrões de comportamento.
- **Modelo cognitivo-comportamental** – Busca ressaltar a importância dos processos mentais sobre os comportamentos. O esforço do modelo volta-se para o entendimento das expectativas do indivíduo acerca dos efeitos do álcool e de outras substâncias. Expectativas positivas podem promover consumos mais pesados. O modelo de prevenção de recaída resalta a importância dos processos cognitivos na evocação ou evitação da recaída. Os enfoques voltados para a teoria comportamental surgiram na primeira metade do século XX, com Pavlov e Skinner, e preconizavam que situações capazes de prover o indivíduo de prazer e recompensa geram reforço positivo, aumentando as chances de manutenção do comportamento. Quando a pessoa aprende que o consumo de álcool é capaz de trazer alívio diante de situações estressantes, aumentam as chances de manter o comportamento para situações desse tipo e generalizá-lo para outras.<sup>6</sup>
- **Modelo psicanalítico** – A dependência de substâncias estaria ligada a tentativas de retorno a estados prazerosos infantis. A doença é explicada a partir da “hipótese da automedicação” a interações disfuncionais na primeira infância, como vulnerabilidade no desenvolvimento da autoestima, construção de relacionamentos e de intimidade problemáticos, habilidade de autoproteção com prejuízos e déficits de tolerância aos afetos.<sup>3,6</sup>
- **Modelo de aprendizado social** – Discorda que o indivíduo nasça dependente. O aprendizado não é só do contexto da substância, mas do que ela pode proporcionar ao indivíduo. O modelo sociocultural apresenta uma visão mais ampla sobre o papel da sociedade e das subculturas na modelagem dos padrões individuais de consumo, pois propõe intervenções macrosociais para atuar nas questões das substâncias (p. ex., aumento de preços, normas claras sobre o consumo, cumprimento de punições previstas, proibição de anúncios, etc.).<sup>6</sup>
- **Modelo sistêmico** – O comportamento individual é parte interativa de um sistema social mais amplo, no qual a família se destaca. No entendimento das atitudes do dependente, consideram-se seus relacionamentos (nos vários níveis). O sistema (família) tende a manter um equilíbrio – muitas vezes precário – que resiste às mudanças. O modelo propõe que a dependência química é um distúrbio familiar, e a mudança de comportamento do dependente provocaria desagrado ou resistência da família. A terapia familiar é um instrumento indicado para alcançar o sucesso terapêutico.<sup>6</sup>



## Modelo biológico

O modelo biológico ganhou novo fôlego na década de 1970 e envolveu a etiologia com a fisiologia e a genética. O transtorno relacionado ao consumo de substâncias seria primário e independente de outras condições. Esse modelo estuda a herança genética e a constituição biológica do indivíduo e como tais características determinam o surgimento da dependência. Estudos com famílias, gêmeos e adoção enfatizam a importância das características biológicas dos indivíduos para o surgimento desse processo, como, por exemplo, estudos com gêmeos idênticos separados na infância e adotados por famílias com diferentes características evoluindo para quadros de dependência química na idade adulta. Na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma nova conceituação sobre a dependência química, considerando-a como uma síndrome que obedece uma continuidade de gravidade. Além disso, estabeleceu uma distinção entre consumo abusivo e dependência.<sup>4,6</sup>

## Modelo biopsicossocial

Segundo esse modelo, uma multifatoriedade está envolvida no surgimento da dependência química. As diferentes teorias associadas seriam necessárias para determinar a doença, e o indivíduo não teria apenas uma única causa para explicar o desenvolvimento, o curso e o prognóstico do problema.<sup>6</sup> A substância seria apenas um dos fatores de uma tríade que incluiria o indivíduo e a sociedade de que faz parte e na qual a substância se encontra.<sup>7</sup>

## CONCEITOS SOBRE O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Diante de um consumidor de álcool e/ou outras drogas, é necessário saber de que forma ele faz o uso da substância. Nem todos os abusadores se tornarão dependentes. O uso nocivo pode ser tão perigoso quanto determinados casos de dependência, e o uso esporádico pode ser ainda mais perigoso (p. ex., um jovem que bebe em grandes quantidades apenas nos fins de semana e que dirige alcoolizado pode se tornar um perigo maior para ele próprio e para a sociedade do que um alcoolista crônico que não dirige). As distinções entre uso, abuso e dependência, embora não sejam muito nítidas, podem ser explicadas da seguinte maneira:<sup>6</sup>

- **Uso** – Seria experimentar ou consumir esporadicamente ou de forma episódica, não acarretando prejuízos por conta disto.

- **Abuso ou uso nocivo** – No consumo abusivo, há algum tipo de consequência prejudicial, seja social, psicológica ou biológica.
- **Dependência** – Ocorre perda do controle no consumo, e os prejuízos associados são mais evidentes.

Edward e colaboradores propuseram sinais e sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais para caracterizar a síndrome de dependência do álcool, e, a partir dessa definição, observou-se que muitas outras dependências seguiam padrões semelhantes. Segundo os autores, na dependência do álcool ocorreriam os seguintes fenômenos:<sup>8</sup>

- **Estreitamento do repertório do beber** – Tendência a ingerir bebidas alcoólicas seguindo um padrão. A pessoa bebe a mesma quantidade, estando acompanhada ou não, nos dias úteis ou nos fins de semana. Os dias de abstinência ou de consumo baixo tornam-se cada vez mais raros. Influências sociais e psicológicas ficam cada vez menos importantes (p. ex., bebia apenas para comemorar; hoje, bebe quando está feliz, triste, sozinho ou na presença de outras pessoas, de dia ou de noite e em qualquer dia da semana).
- **Tolerância** – Perda ou diminuição da sensibilidade aos efeitos iniciais do álcool. O indivíduo passa a necessitar de doses cada vez maiores para experimentar os mesmos efeitos agradáveis, torna-se mais resistente e consegue exercer atividades que outras pessoas (não dependentes) com o mesmo nível de alcoolemia não conseguiriam.
- **Síndrome de abstinência** – Sinais e sintomas psíquicos e físicos que ocorrem após a diminuição ou interrupção do consumo da substância. Quanto maior o grau de dependência, mais exuberante será o efeito da ausência da substância no organismo.
- **Saliência do comportamento de uso** – Ocorre a presença de desejo persistente e tentativas frustradas de controlar o consumo. O indivíduo passa a utilizar a substância em maiores quantidades e frequência do que o planejado inicialmente (p. ex., quando conta que sai para tomar uma única dose e só volta após beber muitas). Há comprometimento funcional, pois o dependente passa a utilizar seu tempo cada vez mais para adquirir, consumir ou recuperar-se das intoxicações.
- **Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência** – O consumo não é mais uma experiência unicamente motivada pelo prazer, passa a ser também para evitar os sintomas desconfortáveis da ausência da substância.<sup>8</sup>
- **Sensação subjetiva da necessidade de consumir** – A própria fissura, isto é, a vontade intensa e subjetiva de consumir.<sup>8</sup>
- **Reinstalação da síndrome de dependência após a abstinência** – Após um período de abstinência, o indivíduo que retoma o consumo rapidamente retorna ao mesmo padrão mal-adaptativo do uso (p. ex., indivíduo que consumia 1 L

de cachaça por dia, permaneceu um ano sem beber e volta a consumir a bebida; em questão de semanas, retorna à quantidade de 1 L por dia).

A OMS determinou classificações que podem auxiliar no entendimento do consumo de substâncias pelos indivíduos. Por exemplo, quanto à frequência:<sup>9</sup>

- **Uso na vida** – Uso da substância pelo menos uma vez na vida.
- **Uso no ano** – Uso pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.
- **Uso recente ou no mês** – Uso pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.
- **Uso frequente** – Uso seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.
- **Uso de risco** – Implica alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não causou doença física ou psicológica (i. e., quadros de uso abusivo ou nocivo).
- **Uso prejudicial** – Uso que já causa dano físico ou psicológico (i. e., quadros de dependência).

A OMS apresenta, também, uma classificação em que organiza os indivíduos conforme a intensidade do consumo. Essa organização é interessante principalmente para profissionais que ainda estão pouco familiarizados com quadros de dependência química e que podem ficar confusos com algumas argumentações de pacientes, tais como: “eu uso pouco”, “só uso quando tem”, “uso socialmente”, “quando uso, costumo usar muito”. Essas quantificações são imprecisas e, muitas vezes, tornam a anamnese pouco objetiva. Segundo a intensidade do consumo, para a OMS, o usuário pode ser:<sup>9</sup>

- **Não usuário** – Nunca utilizou.
- **Usuário leve** – Usou no último mês, menos que uma vez por semana.
- **Usuário moderado** – Usou na última semana, mas não diariamente.
- **Usuário pesado** – Utilizou diariamente no último mês.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, acredita-se que todas – ou quase todas – as substâncias psicoativas podem produzir os quadros aqui descritos. Porém, além das quantidades e da frequência de uso, tais quadros também podem surgir de acordo com suscetibilidades pessoais e quadros clínicos associados. Algumas pessoas, por exemplo, têm maior predisposição para apresentar quadros psicóticos, portanto, menores doses ou menor frequência de uso de substâncias poderiam produzir um quadro de transtorno psicótico.<sup>9</sup>

Um dos maiores estigmas do diagnóstico de dependência química está na impossibilidade de “cura” ou mesmo na dificuldade em lidar com os pacientes. Enten-

der a doença e suas características é essencial para que o profissional diminua frustrações e aumente as expectativas dos pacientes e familiares acerca do tratamento.

## REFERÊNCIAS

1. Williams GH. Doença vascular hipertensiva. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. Harrison: medicina interna. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998.
2. Silva CJ. Critérios de diagnóstico e classificação. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. Marques ACPR. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e o tratamento. Rev IMESQ. 2001;(3):73-86.
4. Perrenoud LO, Ribeiro M. Etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
5. Pillon SC, Villar Luis MA. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(4):676-82.
6. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Sistemas diagnósticos em dependência química: conceitos básicos e classificação geral. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R, organizadores. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. cap. 1.
7. Fonseca VAS, Lemos T. Farmacologia na dependência química. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
9. World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.

## LEITURA RECOMENDADA

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. Porto Alegre: Artmed; 1995.



## CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DE USO NOCIVO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

**Marcelo Ribeiro  
Elton Pereira Rezende**



### **Pontos-chave**

- >> O conhecimento dos critérios diagnósticos e de sua aplicabilidade prática é fundamental para os profissionais que atuam nas áreas de tratamento da dependência química, pois facilita o diálogo entre eles.
- >> Para um bom diagnóstico, é importante que sejam reconhecidos os sintomas presentes e suas variações, que dependerão das características próprias do indivíduo e do contexto em que ele está inserido.
- >> Deve-se ter o mesmo cuidado ao diagnosticar o uso de mais de uma substância em um paciente.
- >> Quanto mais criterioso o diagnóstico, melhor o planejamento do tratamento.

Hoje, o consumo de substâncias psicoativas está disseminado por todas as classes sociais, faixas etárias e culturas, tornando-se um grave problema de saúde pública em todo o mundo.<sup>1</sup> Muitas vezes, o primeiro contato de um indivíduo com problemas relacionados ao consumo de substâncias se dá por meio de profissionais não especialistas, sendo fundamental essa abordagem para encaminhá-lo para tratamento e prevenir complicações resultantes desse consumo.<sup>2</sup>

A classificação e os critérios diagnósticos da dependência ou do uso nocivo de substâncias são necessários para a uniformização e uma linguagem própria para compreender os fenômenos envolvidos nesses transtornos, objetivando melhores abordagem e tratamento.<sup>3</sup> Portanto, é fundamental que os profissionais conheçam esses conceitos e os apliquem na prática.

## O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O atual conceito de dependência química é resultado de uma evolução de ideias cujas primeiras tentativas de abordagem científica têm menos de 300 anos, e as definições mais próximas da atual, pouco mais de um século. Em comparação ao consumo de substâncias, que ocorre há milhares de anos, é um conceito muito recente.<sup>4</sup>

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e outras substâncias foram encarados como desvios morais até o século XVIII, quando dois médicos, o norte-americano Benjamin Rush e o britânico Thomas Trotter,<sup>5</sup> caracterizaram pela primeira vez, a embriaguez como resultado da perda do autocontrole; o modo de consumo era, até certo ponto, uma escolha pessoal, mas a substância passava a “dominar” o controle e a vontade do usuário. Além disso, Rush e Trotter diziam que a intensidade do consumo variava ao longo de um *continuum* de gravidade e pontuaram que os problemas relacionados ao consumo instalavam-se ao longo do tempo, ou seja, tinham uma história natural.<sup>6</sup>

Entretanto, apesar de a embriaguez ser identificada como uma doença mental, não foram definidos critérios diagnósticos. Apenas em meados do século XIX, Magnus Huss (1849) utilizou o termo *alcoholismo* pela primeira vez, na tentativa de definir o conjunto de complicações clínicas decorrentes do uso abusivo e crônico de álcool.<sup>4</sup> Quase no final do referido século, outros pesquisadores formularam conceitos que se aproximaram do que hoje é denominado dependência, isto é, uma doença com prováveis causas biológicas e genéticas. Essa definição, aos poucos, estendeu-se para as outras substâncias, com a criação de entidades nosológicas como morfismo, narcomania e cocainomania.<sup>7</sup> Poucos pesquisadores ativeram-se aos aspectos psicossociais decorrentes do uso indevido de álcool e substâncias, deixando espaço para as explicações moralmente embasadas ou muito caracteriológicas, ou seja, os que consideravam que a gênese dos problemas com o consumo de álcool e drogas estava direta e exclusivamente ligada a transtornos da personalidade inerentes, não considerando as alterações psicossociais como parte da dependência, focando em demasia a presença dos aspectos biológicos e referindo a outros modos problemáticos do consumo.<sup>7</sup>

Nos anos 1960, as classificações começaram a considerar os diferentes padrões de consumo de álcool, sendo caracterizado dentro destes o uso contínuo, periódico e irregular. Jellineck, em 1960, criou uma classificação dividindo os dependentes de acordo com uma tipologia empiricamente determinada, identificando aqueles com características de origem biológica, com início precoce do consumo e com evolução mais rápida para a perda do autocontrole (tipos gama e delta) e distinguindo-os de outros cujas influências são de origem ambiental, com evolução mais lenta e arrastada (alfa, beta e épsilon).<sup>8</sup>

Ainda na década de 1960, surgiram os termos *dependência física* e *dependência psicológica*, hoje em desuso, mas ainda utilizados de maneira inadequada. Esse tipo de distinção originou duas classes de substâncias psicoativas: as leves e as pesadas,

representando um retrocesso no conceito moralista, com dois vieses dentro desse conceito. O primeiro viés caracteriza o usuário como sem disposição e caráter para tornar-se abstinente de uma dependência apenas psíquica. O segundo considera a substância que produz apenas dependência psíquica, sobretudo quando comparada com substâncias pesadas, como álcool, benzodiazepínicos e opiáceos.<sup>7</sup>

A partir dos anos 1970, surge o conceito de síndrome de dependência de álcool, proposto por Edwards e Gross,<sup>9</sup> partindo de três pressupostos básicos:

- A dependência é uma síndrome nosológica: agrupamento de sinais e sintomas que se repete com certa frequência em alguns usuários, porém sem ter uma causa única ou aparente.
- Essa síndrome se organiza dentro de níveis de gravidade e não como um absoluto categórico: não há um sintoma característico, mas uma série de sintomas que considera sua intensidade ao longo de um *continuum* de gravidade.
- A síndrome de dependência é moldada por outras influências capazes de predispor, potencializar ou bloquear suas manifestações. Nesse caso, o padrão de consumo dos indivíduos é moldado por uma série de fatores de risco e de proteção, entre eles fatores individuais, ambientais, culturais, familiares, profissionais, educacionais e sociais, além do tipo de substância utilizada.

## DIAGNÓSTICO

Os conceitos atuais que definem os critérios para o diagnóstico de síndrome de dependência são baseados nos conceitos da escola britânica de Griffith Edwards<sup>10</sup> (Quadro 2.1) e serviram de base para a elaboração dos dois principais códigos psiquiátricos da atualidade: a CID-10, da Organização Mundial da Saúde (OMS), e o DSM-IV, da American Psychiatric Association (APA) (Quadro 2.2).

A sigla CID-10 refere-se à *Classificação internacional das doenças*, 10ª versão, publicada em 1992 pela OMS,<sup>11</sup> resultado de muitos testes e pesquisas realizados em diversos centros acadêmicos de vários países do mundo. Já DSM-IV é a sigla de *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, manual que foi lançado em 1994.<sup>12</sup> A organização e a estrutura desses sistemas diagnósticos serão detalhadas adiante.

Conhecer esses sistemas é importante para a comunicação entre os profissionais de áreas interdisciplinares afins, como, por exemplo, médicos psiquiatras e psicólogos. A habilidade do profissional não está apenas em aplicar esses conceitos, mas em reconhecer as sutilezas dos sintomas presentes e como essas manifestações são influenciadas pelo ambiente e pelas características próprias do indivíduo (personalidade, comorbidades psiquiátricas, características genéticas), ou seja, identificar os chamados fatores de risco e de proteção que interferem no padrão de consumo e na gravidade da dependência.

## Dependência

A dependência química caracteriza-se por um padrão de consumo compulsivo da substância psicoativa, estando presentes pelo menos três dos sete critérios diagnósticos elaborados por Edwards e colaboradores (Quadro 2.1).<sup>10</sup> Tal padrão de

### >> QUADRO 2.1

#### CrITÉRIOS diagnÓsticos da dependência de substâncias psicoativas

Compulsão para o consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
Aumento da tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
Síndrome de abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido.
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo	O consumo de substâncias psicoativas visando o alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
Relevância do consumo	O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
Estreitamento ou empobrecimento do repertório	A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. Conforme a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso, o uso passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como, por exemplo, o local de trabalho.
Reinstalação da síndrome de dependência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período abstinente. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo que o indivíduo tenha atravessado um longo período de abstinência.

Fonte: Edwards e colaboradores.<sup>10</sup>



## &gt;&gt; QUADRO 2.2

## Critérios da CID-10 e do DSM-IV para dependência de substâncias

CID-10	DSM-IV
<p>Um diagnóstico definitivo de dependência deve ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;</li> <li>dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;</li> <li>um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</li> <li>evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;</li> <li>abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;</li> <li>persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano).</li> </ol>	<p>Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para obter a intoxicação ou o efeito desejado</li> <li>acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância</li> </ol> </li> <li>abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:             <ol style="list-style-type: none"> <li>síndrome de abstinência característica da substância</li> <li>a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência</li> </ol> </li> <li>a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido</li> <li>existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância</li> <li>muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos</li> <li>importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância</li> <li>o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.</li> </ol>

consumo, em geral, está voltado para o alívio ou a evitação de sintomas provocados pela abstinência, interferindo na execução de atividades e compromissos sociais realizados pelo indivíduo, que passa a abandoná-los ou negligenciá-los em função do uso. Além disso, esse padrão de consumo resulta em tolerância e síndrome de abstinência. Segundo a OMS,<sup>11</sup> pode ser aplicado a qualquer classe de substância, exceto cafeína, porém, há descrições de sintomas de abstinência em usuários pesados dessa substância.

Em relação aos critérios propostos pela CID-10 e pelo DSM-IV, a primeira não diferencia dependência fisiológica da não fisiológica; essa diferenciação, porém, está presente no DSM-IV.

## Uso nocivo

O uso nocivo é um padrão mal-adaptativo de uso da substância psicoativa, culminando em repetidas complicações clínicas e/ou psicossociais para o indivíduo; porém, essa situação é restrita ao período de consumo – problemas legais ou interpessoais e vulnerabilidade a acidentes ou situações de violência, entre outros. Esse diagnóstico se distingue da dependência pela ausência de tolerância, pela síndrome de abstinência ou pelo diagnóstico anterior de dependência química, resumindo-se apenas às consequências prejudiciais do uso frequente.

Em geral, a detecção do uso nocivo é realizada em usuários recentes e, na maioria das vezes, é uma condição transitória. Há um risco importante de evolução para a dependência, mas são possíveis tanto a redução ou o abandono do consumo quanto a persistência do padrão de uso nocivo por um longo período.<sup>12</sup> A categoria abuso de substância não se aplica à nicotina e à cafeína.

O termo *uso nocivo* é utilizado pela CID-10; no DSM-IV, adotou-se o termo *abuso*. Há diferença de critérios entre esses sistemas classificatórios: na CID-10, não há especificações sobre problemas legais, as quais se encontram no DSM-IV, o qual, porém, não especifica alterações físicas e relação do dano com a substância, conteúdo que a CID-10 tem entre seus critérios (Quadro 2.3).<sup>11,13</sup>

## CID-10

O quinto capítulo da CID-10<sup>11</sup> representa os transtornos mentais e comportamentais, que estão codificados pela letra F, seguida pelos números de 0 a 9, correspondentes a nove classes de transtornos. Os transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias estão organizados da seguinte forma:

- F1: O número 1 corresponde ao transtorno do uso de substâncias.
- F10: O segundo número corresponde à substância utilizada; F10, por exemplo, indica o transtorno mental decorrente do uso de álcool.

## &gt;&gt; QUADRO 2.3

**Crítérios da CID-10 e do DSM-IV para uso nocivo (abuso) de substâncias**

CID-10	DSM-IV
<p>O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.</p> <p>Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais diversas de vários tipos. O fato de que um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.</p> <p>A intoxicação aguda ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo.</p> <p>O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.</p>	<p>A) Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) uso recorrente da substância acarretando fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional relacionados ao uso de substância; faltas, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à utilização da substância; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos)</li> <li>b) uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo físico (p. ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso de substâncias)</li> <li>c) problemas legais (p. ex., detenções por porte ou conduta desordeira relacionada à substância)</li> <li>d) uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos dela (p. ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais)</li> </ul> <p>B) Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância relativos a essa classe de substância.</p>

**F10.0:** O terceiro número, sempre colocado após o ponto, indica o transtorno do uso da substância representada no número anterior ao ponto; F10.0, por exemplo, significa intoxicação aguda pelo álcool.

**F10.07:** O quarto número descreve o curso do transtorno, o subtipo ou as complicações relacionadas ao diagnóstico; F10.07, por exemplo, indica uma intoxicação patológica decorrente do uso de álcool.

A relação completa das codificações é apresentada nos Quadros 2.4 e 2.5. É importante considerar que muitos usuários podem utilizar mais de um tipo de substância, mas o diagnóstico do transtorno deve ser classificado de acordo com a substância única ou com a classe de substâncias (benzodiazepínicos) mais importante usada. Se o indivíduo utiliza maconha e também álcool, esses devem ser codificados separadamente. O código F19, que corresponde ao transtorno resultante do uso de múltiplas substâncias, deve ser utilizado, de acordo com as diretrizes da CID-10, “somente nos quais os padrões de uso de substâncias psicoativas são caóticos e indiscriminados ou nos quais as contribuições de diferentes drogas estão inextrincavelmente misturadas”.<sup>11</sup>

#### >> QUADRO 2.4

##### **CID-10 – Transtornos mentais decorrentes do uso de substâncias segundo a classe de drogas**

---

F10	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool
F11	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de opioides
F12	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de canabinoides
F13	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de sedativos ou hipnóticos
F14	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína
F15	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de outros estimulantes, incluindo cafeína
F16	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de alucinógenos
F17	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de tabaco
F18	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de solventes voláteis
F19	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas

---

#### >> QUADRO 2.5

##### **Códigos segundo os transtornos relacionados ao uso de substâncias**

---

Fx.0	Intoxicação aguda
Fx.1	Uso nocivo
Fx.2	Síndrome de dependência
Fx.3	Estado de abstinência
Fx.4	Estado de abstinência com <i>delirium</i>
Fx.5	Transtorno psicótico
Fx.6	Síndrome amnésica
Fx.7	Transtorno psicótico residual e de início tardio
Fx.8	Outros transtornos mentais e de comportamento
Fx.9	Transtorno mental e de comportamento não especificado

---

## DSM-IV

O DSM-IV<sup>12</sup> está organizado em um sistema multiaxial de diagnóstico, com cinco eixos:

- Eixo I – Transtornos clínicos/outras condições que podem ser foco de atenção clínica
- Eixo II – Transtornos da personalidade/retardo mental
- Eixo III – Condições médicas gerais
- Eixo IV – Problemas psicossociais e ambientais
- Eixo V – Escala de avaliação global do funcionamento

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias estão no Eixo I; os diagnósticos correspondentes a cada substância psicoativa são divididos em 13 classes:

1. Álcool
2. Anfetamina
3. Cafeína
4. *Cannabis*
5. Cocaína
6. Alucinógenos
7. Inalantes
8. Nicotina
9. Opioides
10. Fenciclidina
11. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos
12. Múltiplas substâncias
13. Outras substâncias

Os transtornos relacionados a substâncias são divididos em transtornos mentais por uso de substância e transtornos mentais induzidos por substância. Na primeira categoria, são descritos a dependência ou o abuso, e observam-se, além da diferença do uso do termo *abuso*, dois especificadores não presentes na CID-10: os critérios de dependência fisiológica e de remissão completa ou parcial. Em relação aos transtornos mentais induzidos por substâncias, o DSM-IV é mais detalhado, abordando também o transtorno do sono, a disfunção sexual e o transtorno do humor.

O DSM-IV está em processo de revisão, e sua 5ª edição provavelmente será lançada em 2013, segundo o *site* da APA.<sup>14</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As classificações diagnósticas são importantes por auxiliarem o profissional a diagnosticar a dependência de modo objetivo. Elas ajudam a identificar o problema

e sua gravidade, além de auxiliar o profissional no mapeamento dos fatores de proteção e de risco, capazes de interferir na evolução do quadro diagnosticado. A dependência é considerada, portanto, não apenas a partir de suas características biológicas, pois valorizam-se igualmente os aspectos psicossociais envolvidos.<sup>8</sup>

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. ATLAS on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders [Internet]. Geneva: WHO: 2010 [capturado em 25 abr. 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).
2. Griffiths RD, Stone A, Tran DT, Fernandez RS, Ford K. Drink a little; take a few drugs: do nurses have knowledge to identify and manage in-patients at risk of drugs and alcohol? *Drug Alcohol Rev.* 2007;26(5):545-52.
3. Segatto ML, Pinsky I, Laranjeira R, Rezende FF, Vilela TR. Triagem e intervenção breve em pacientes alcoolizados atendidos na emergência: perspectivas e desafios. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [capturado 22 abr. 2012];23(8):1753-62. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800002&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800002&lng=en).
4. Zimmerman M, Spitzer RL. Classification in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock: comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
5. Escotado A. *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza; 1995.
6. Edwards G. *Alcohol: the ambiguous molecule*. London: Penguin; 2000.
7. Crowley JW. *Drunkard's progress: narratives of addiction, despair and recovery*. Baltimore: Johns Hopkins University; 1999.
8. Laranjeira R, Ribeiro M. A evolução do conceito de dependência química. In: Gigliotti A, Guimarães A, organizadores. *Dependência, compulsão e impulsividade*. Rio de Janeiro: Rubio; 2007. p. 9-18.
9. McCrady BS, Epstein EE. *Addictions: a comprehensive guidebook*. New York: Oxford University; 1999.
10. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
11. World Health Organization. *International classification of diseases and related health problems*. 10th rev. Vol. 1, Tabular list. Vol. 2, Instruction manual. Vol. 3, Index. Geneva: WHO; 1992.
12. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
13. World Health Organization. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed; 1993.
14. American Psychiatric Association. *DSM-5 development* [Internet]. Arlington: APA; 2012 [capturado em 25 fev. 2012]. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.

## LEITURA RECOMENDADA

Vaillant GE. A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*. 2003;98(8):1043-51.



## 3 >> CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Sandro Sendin Mitsuhiro



### Pontos-chave

- >> A classificação dos fármacos psicotrópicos segundo seus efeitos tem importante implicação sobre o manejo clínico e terapêutico.
- >> A ação sobre o sistema de recompensa cerebral é o elemento que todos os agentes psicotrópicos têm em comum.
- >> A diferença de ação entre os diversos psicotrópicos está na maneira como ocorre o aumento de dopamina na fenda sináptica em termos de mecanismo, quantidade e tempo, assim como pelo efeito em outros neurotransmissores.
- >> As substâncias psicotrópicas podem ser classificadas em depressoras, estimulantes e perturbadoras do sistema nervoso central.

Mais do que um mero exercício teórico, a classificação dos psicotrópicos tem implicações clínicas importantes que podem influenciar o manejo terapêutico. Tomando como base a noção de que muitas vezes os indivíduos iniciam o uso de um agente psicotrópico como uma tentativa de “automedicação”,<sup>1</sup> é provável que uma pessoa que faz uso de substâncias com efeito tranquilizante possua uma personalidade pré-mórbida mais voltada para a ansiedade. É provável também que o usuário de uma substância estimulante tenha personalidade pré-mórbida com características depressivas. Na prática, observa-se que esses fenômenos estão longe de ser estanques, e tais elementos podem ser utilizados no raciocínio clínico e terapêutico e também na avaliação da existência de possíveis comorbidades. Além disso, a classificação dos psicotrópicos de acordo com critérios intuitivos ligados ao efeito proporcionado por seu consumo ajuda a sistematizar o estudo dessas substâncias.

Com base nessas premissas, a classificação utilizada neste capítulo<sup>2</sup> considera o efeito predominante de cada substância, visto que, não raro, elas exercem mais do que um efeito sobre o sistema nervoso central (SNC). Por exemplo, o álcool possui efeito excitatório, sobretudo no início de sua ação, mas é classificado como um depressor do SNC porque este é seu efeito predominante.

## NEUROBIOLOGIA

Para entender melhor o mecanismo de ação das substâncias psicoativas, é necessário recorrer à neurobiologia,<sup>3</sup> e, para isso, compreender um pouco da arquitetura cerebral é fundamental. Os neurônios estão dispostos ao longo das vias neuronais, e o pequeno espaço existente entre eles é chamado de sinapse. A transmissão dos impulsos nervosos, isto é, a comunicação entre os neurônios, acontece por meio de mensageiros químicos chamados neurotransmissores. Há mais de 100 diferentes tipos de neurotransmissores, mas os mais importantes são a dopamina, o GABA (ácido  $\gamma$ -aminobutírico), o glutamato, a serotonina e a noradrenalina. Alguns deles têm efeito excitatório, e outros têm efeito depressor; assim, as sensações são determinadas pelo tipo de neurotransmissor envolvido no estímulo nervoso.

## O SISTEMA DE RECOMPENSA CEREBRAL

A sensação de prazer é um dos fenômenos mais importantes do organismo, pois impulsiona boa parte do comportamento animal, sobretudo dos vertebrados. Ao sentir prazer em se alimentar ou saciar a sede, o animal está preservando sua existência; ao sentir prazer em uma relação sexual, ele é conduzido a perpetuar sua espécie pela reprodução. Até mesmo comportamentos mais evoluídos presentes na espécie humana, como ler um livro ou ouvir música, são mantidos pelo princípio da sensação de prazer. Portanto, a função desempenhada por esse sistema é muito importante para a preservação das espécies, gerando comportamentos de busca repetitiva de prazer, isto é, a busca de recompensa natural.

Do ponto de vista neurobiológico, o modelo que melhor representa essas atividades é o sistema de recompensa cerebral (SRC).<sup>4</sup> Os neurônios que compõem essas vias são dopaminérgicos, ou seja, a dopamina é o neurotransmissor envolvido na condução do estímulo nervoso. Esse sistema é formado pelas seguintes estruturas cerebrais:

- Córtex pré-frontal
- *Nucleus acumbens*
- Área tegumentar ventral

O SRC faz parte de um sistema maior, denominado sistema límbico, que está relacionado ao comportamento emocional e é formado por:

- Giro do cíngulo
- Istmo do giro do cíngulo
- Giro para-hipocampal
- Hipocampo
- Hipotálamo



- Núcleos anteriores do tálamo
- Epitálamo
- Área septal
- Corpo amigdalóide
- Núcleos do tronco encefálico

## AÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

As substâncias psicotrópicas representam maneiras alternativas de buscar o prazer por meio de um estímulo artificial do SRC. A diferença fundamental entre o estímulo de prazer gerado pelo ato natural de saciar a fome e o uso de um psicotrópico é a potência desse estímulo. As substâncias são capazes de gerar estímulos cujas intensidade e duração são muito maiores; por isso, todas as outras formas se tornam secundárias. Dessa maneira, conforme o indivíduo avança no consumo de um psicotrópico, cada vez mais essa substância passa a assumir um papel central em sua vida.

Existe uma cadeia de ações<sup>5</sup> que envolve os diversos neurotransmissores relacionados ao efeito de cada psicotrópico e que culmina com a liberação de dopamina nas vias que compõem o SRC. Trata-se do elemento em comum no efeito das diferentes substâncias e explica o comportamento de repetição do uso de um psicotrópico como resultado da busca incessante de prazer em um nível muito superior ao de qualquer outro estímulo natural. Sabe-se, no entanto, que cada substância provoca sensações diferentes. Existem no mínimo duas explicações para isso:

- Os psicotrópicos apresentam características diferentes quanto à capacidade que cada um tem de liberar dopamina em termos de quantidade, duração e mecanismo envolvido no aumento desse neurotransmissor na fenda sináptica.
- O ponto de convergência entre todas as substâncias, conforme salientado, está na capacidade em comum de liberar grandes quantidades de dopamina nas fendas sinápticas do SRC. Contudo, essa não é a única ação farmacológica exercida pelos agentes psicotrópicos. Há também os efeitos sobre outros neurotransmissores, e cada substância é capaz de exercer esse efeito em muitos outros neurotransmissores, determinando, assim, diferenças nas sensações provocadas.

Esses conhecimentos são essenciais para fundamentar a classificação das substâncias psicotrópicas, o que será visto a seguir.

## CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

Antes de classificar as substâncias psicotrópicas, é preciso conhecer alguns conceitos, os quais foram sistematizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1981:<sup>6</sup>

- *Droga*: “qualquer entidade química ou mistura de entidades (outras que não aquelas necessárias para a manutenção da saúde, como, por exemplo, água e oxigênio) que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura”.
- *Drogas psicoativas*: “são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição”.
- *Drogas psicotrópicas*: “agem no SNC produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora e sendo, dessa maneira, passíveis de autoadministração”. São os psicotrópicos, portanto, as substâncias que podem levar à dependência.

Segundo Chaloult,<sup>2</sup> as substâncias psicotrópicas podem ser classificadas em:

## **Substâncias depressoras do sistema nervoso central<sup>7</sup>**

Os agentes depressores do sistema nervoso central (SNC) diminuem a atividade do sistema, lenteando seu funcionamento. Em termos de efeito, as consequências desse fenômeno são sonolência, diminuição da concentração, lentidão psicomotora, diminuição dos reflexos e sensação de relaxamento e tranquilidade. Fazem parte dessa classe as seguintes substâncias:

### *Benzodiazepínicos<sup>8</sup>*

São medicamentos cuja propriedade é a redução do estado de tensão e de ansiedade; são chamados também de ansiolíticos. No Brasil, os benzodiazepínicos à venda no mercado são: diazepam, bromazepam, clobazam, clonazepam, estazolam, flurazepam, flunitrazepam, lorazepam, nitrazepam e clordiazepóxido.

A ação dessa classe de substâncias ocorre pela atuação no sistema neurotransmissor GABAérgico. Visto que a ansiedade e a tensão são resultados do hiperfuncionamento de determinadas áreas do nosso cérebro, os benzodiazepínicos exercem o efeito contrário, isto é, inibem os mecanismos que funcionam de maneira exagerada, provocando um estado de tranquilidade, relaxamento e alheamento em relação aos estímulos do ambiente, gerando reações prazerosas.

### *Álcool<sup>9</sup>*

O termo “álcool”, utilizado no cotidiano, corresponde, na verdade, ao álcool etílico, obtido pela fermentação de açúcares ou carboidratos presentes em vegetais. Trata-se de uma substância lícita, cuja venda é permitida para indivíduos maiores de 18 anos e de consumo incentivado no contexto social, fato evidenciado pelas propagandas na mídia. Essas características modificam o enfoque terapêutico e de prevenção do uso dessa substância.

O álcool provoca alterações em vários sistemas neuroquímicos cerebrais. Sua ingestão provoca a inibição do sistema glutamatérgico – do qual faz parte o glutamato, o neurotransmissor estimulante mais potente do SNC – e a liberação do ácido GABA (ácido  $\gamma$ -aminobutírico). Esse ácido é o principal neurotransmissor inibitório do SNC, da serotonina, da acetilcolina e de opiídeos endógenos, responsável pela sensação de prazer e bem-estar mediada pela liberação de dopamina no *nucleus acumbens*. Devido ao efeito exercido em diversos neurotransmissores cerebrais, o efeito agudo do álcool sobre o SNC não é único. Em geral, primeiro ocorrem euforia e desinibição e, depois, os efeitos depressores do SNC.

### *Solventes*<sup>10</sup>

Esse grupo é composto por diversas substâncias diferentes pertencentes ao grupo químico dos hidrocarbonetos: cola, benzina, gasolina, vernizes, esmaltes, remove-dores, fluido de isqueiro, acetona, lança-perfume (cloreto de etila), “cheirinho da loló” (clorofórmio), etc.

O mecanismo de ação dos solventes ainda é obscuro por ser muito complexo, mas parece estar relacionado ao estímulo dos sistemas dopaminérgico e noradrenérgico, com estimulação do SNC e do sistema GABAérgico, além da inibição do sistema glutamatérgico, com depressão do SNC. Dessa forma, os efeitos dos solventes são semelhantes aos do álcool, ou seja, inicialmente euforia e, em seguida, depressão. Em doses maiores, pode ocorrer depressão profunda do SNC, com perda da consciência, convulsões e até morte. É preciso considerar que os solventes são substâncias voláteis, o que torna praticamente impossível dosar a quantidade inalada, sendo muito frequente a ocorrência de *overdose*.

### *Opiáceos*<sup>11</sup>

O ópio é obtido a partir de uma planta chamada *Papaver somniferum*, popularmente denominada papoula-do-orient. Desse preparado inicial, é possível extrair a morfina, principal substância opioide natural, e a codeína, utilizada como medicamento de ação antitussígena. Uma pequena modificação na estrutura química da morfina dá origem à heroína, importante opiáceo considerado semissintético por conta da forma como é obtido. Há, ainda, substâncias de efeito semelhante ao dos opiáceos, mas totalmente obtidas em laboratório e, portanto, consideradas sintéticas, como metadona, meperidina e propoxifeno.

As aplicações clínicas mais comuns dessa classe de agentes estão relacionadas aos efeitos analgésico (extremamente potente), antitussígeno e antidiarreico. Esses efeitos são obtidos pelo estímulo dos receptores opiídeos presentes no SNC, normalmente ocupados por um peptídeo endógeno chamado endorfina. Quando esse sistema é ativado, ocorre o bloqueio da transmissão da dor e a alteração da

percepção dolorosa no centro da dor existente no cérebro. O efeito provocado pelos opioides é muito mais potente do que aquele observado em condições naturais, e a capacidade que eles têm de anestesiarem não apenas a dor física, mas também a psicológica, é uma das principais responsáveis pelo prazer obtido com seu uso.

## **Substâncias estimulantes do sistema nervoso central<sup>7</sup>**

As substâncias estimulantes do SNC aceleram a atividade deste, causando aceleração da atividade psicomotora. Essa hiperexcitabilidade aumenta o estado de alerta e o poder de concentração, diminui o sono e o apetite, gera sensação de euforia e provoca irritabilidade. São apresentadas, a seguir, as substâncias que fazem parte dessa classe.

### *Cocaína<sup>12</sup> e crack<sup>13</sup>*

A cocaína é extraída da folha de coca, cujo nome científico é *Erythroxylum coca*, originária das regiões andinas da América do Sul. Após o processo de refino, a cocaína é apresentada na forma de pó, o qual pode ser aspirado ou diluído e injetado diretamente na veia. O *crack* é obtido a partir da mistura da pasta de cocaína com bicarbonato de sódio. Nessa apresentação, ocorre a queima do produto, que é fumado pelo usuário. A diferença na via de administração da substância confere características muito diferentes à potência e à duração de seus efeitos.

O efeito da cocaína ocorre por meio do bloqueio abrupto e agudo da recaptação de dopamina das fendas sinápticas no SRC, com o consequente aumento repentino de sua quantidade, o que gera a sensação de intenso prazer. Além desse efeito psicoestimulante, a cocaína também tem propriedades anestésicas e vasoconstritoras.

### *Anfetaminas<sup>14</sup>*

As anfetaminas são substâncias sintéticas com grande poder estimulante, capazes de gerar efeitos euforizantes, reduzir a fadiga e aumentar o estado de alerta. Além da própria anfetamina, esse grupo inclui seus derivados, entre os quais se destacam o femproporex, a dietilpropiona, o metilfenidato, a pemolina, o mazindol, as metanfetaminas (*ice*, cristal) e o *ecstasy*. Assim como acontece com a cocaína, o efeito das anfetaminas ocorre pelo bloqueio da recaptação de dopamina das fendas sinápticas no SRC. As anfetaminas inibem a monoaminoxidase, enzima que metaboliza a dopamina da fenda sináptica; tal característica confere às anfetaminas o efeito mais duradouro quando comparadas à cocaína.

## Tabaco<sup>15</sup>

Embora tenham sido identificadas milhares de substâncias químicas capazes de causar danos à saúde, a nicotina é a substância presente na folha de tabaco capaz de gerar dependência por conta de suas propriedades farmacológicas. Esse efeito ocorre porque a nicotina pode agir em diversos neurotransmissores, como a dopamina, a noradrenalina, a serotonina e a acetilcolina. Observam-se aumento do estado de alerta e melhora da atenção, concentração e memória.

## Substâncias perturbadoras do sistema nervoso central<sup>7</sup>

As substâncias perturbadoras do SNC provocam perturbação da atividade cerebral, o que gera quadros alucinatórios, geralmente de natureza visual. São consideradas psicoticomiméticas porque mimetizam estados psicóticos (delírios, alucinações, perda da noção de realidade) nos indivíduos que as utilizam. Fazem parte dessa classe as seguintes substâncias:

## Cannabis<sup>16</sup>

O princípio ativo puro da *Cannabis* é o  $\Delta$ -9-tetra-hidrocanabinol (THC). No Brasil, a apresentação mais comum dessa droga é a maconha (erva, fumo, *marijuana*, *beck*, etc.). Trata-se de uma mistura de folhas, sementes, caules e flores secas da *Cannabis sativa*, a planta da maconha, e é a concentração de THC que determina sua potência. Nos anos 1960, essa concentração girava em torno de 1%; hoje, atinge níveis em geral quatro vezes maiores, e há algumas cepas especialmente modificadas para chegar a 20% de concentração. Além disso, há outras formas potencializadas de maconha: o haxixe, por exemplo, é uma resina concentrada extraída das flores da planta da maconha, cuja potência pode ser de 5 a 10 vezes maior do que a da maconha comum. O óleo de haxixe é um óleo essencial retirado da mesma planta por meio do uso de vários tipos de solventes, e as concentrações de THC nesse óleo podem variar de 15 a 50%.

O efeito do THC no cérebro ocorre por meio dos receptores específicos no SNC (córtex, hipocampo, hipotálamo, cerebelo, amígdala, giro do cíngulo anterior e gânglios da base) com a ocorrência de alterações cognitivas (afrouxamento das associações e fragmentação do pensamento; prejuízo da memória de fixação e da atenção; incapacidade de falar de forma coerente, elaborar conceitos e tomar decisões de maneira lógica; alterações do humor; aumento do apetite; e falta de coordenação motora). Os efeitos reforçadores mais comuns são sensação de relaxamento, leve euforia, alteração da percepção do tempo (sensação de que o tempo passa mais devagar), intensificação das experiências sensoriais normais e aumento da socia-

bilidade. Também podem ser observados efeitos desagradáveis, como ansiedade, disforia, ideias delirantes geralmente paranoides e alucinações; a classificação da *Cannabis* como perturbadora do SNC é justificada por esses efeitos.

### *LSD*<sup>17</sup>

O LSD é o mais clássico e potente dos alucinógenos, e sua obtenção acontece exclusivamente em laboratório. Seu efeito ocorre pelo bloqueio da ação da serotonina, responsável pela inibição sobre a dopamina no SRC, gerando, dessa forma, a sensação de euforia. As alucinações visuais (paisagens, pessoas, objetos simbólicos, padrões geométricos, etc.) são muito comuns, mas pode haver mistura de sentidos (sons podem ser vistos, e objetos, ouvidos). Pode haver perda ou dificuldade na distinção dos limites do corpo (alteração da autoimagem corporal) e sensação de que o tempo parou.

### *Cogumelos*<sup>18</sup>

Os cogumelos não comestíveis pertencentes aos gêneros *Psilocybe*, *Panaeolus* e *Conocybe* somam cerca de 15 espécies e são originários da América do Norte; seus princípios ativos são a psilocibina e a psilocina. A ingestão desses cogumelos gera sintomas mais leves, mas semelhantes aos efeitos gerados pelo LSD.

### *Ayahuasca*<sup>19</sup>

Trata-se de uma substância composta por um agente psicodélico natural denominado N,N-dimetiltriptamina (DMT). Essa substância é consumida na forma de chá e ingerida em rituais religiosos (Santo Daime) com o objetivo de proporcionar introspecção e, dessa forma, facilitar o processo de autoconhecimento. As seitas que consomem o chá tiveram origem na região da floresta tropical da América do Sul, mas o número de adeptos em outras áreas, como a América do Norte e a Europa, tem aumentado nos últimos anos. Há estudos que apontam a capacidade da Ayahuasca em gerar tolerância e dependência.

### *Anticolinérgicos*<sup>20</sup>

São substâncias que têm a capacidade de bloquear a ligação da acetilcolina aos seus respectivos receptores. Os anticolinérgicos podem ser encontrados em plantas como beladona e mandrágora e também nas plantas do gênero *Datura*. O consumo desse tipo de substância com fins recreacionais não é comum. Quando utilizados em doses elevadas, os anticolinérgicos podem provocar efeitos sobre o psiquismo,

como delírios, confusão mental e perda da memória para fatos recentes. Podem ocorrer também efeitos somáticos, como dilatação pupilar, boca seca, taquicardia, diminuição do trânsito intestinal e dificuldade para urinar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

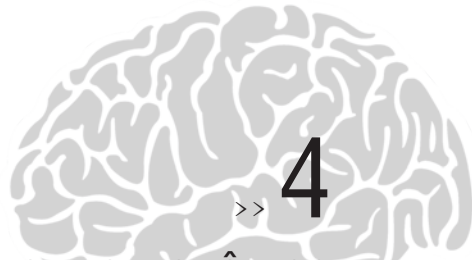
As substâncias podem ser classificadas segundo seu potencial de uso nocivo e sua utilidade clínica, seu *status* legal – lícita ou ilícita – e sua origem, isto é, natural, semissintética ou sintética. No entanto, a classificação dos psicotrópicos utilizada neste capítulo considerou o efeito proporcionado por eles, pois esse é o tipo de classificação mais utilizado. Isso acontece sobretudo porque esse sistema se mostra muito mais útil na prática clínica, tendo em vista as implicações em termos de diagnóstico e de planejamento terapêutico.

## REFERÊNCIAS

1. Hall DH, Queener JE. Self-medication hypothesis of substance use: testing Khantzian's updated theory. *J Psychoactive Drugs*. 2007;39(2):151-8.
2. Chaloult L. Une nouvelle classification des drogues toxicomanogènes. *Toxicomanies*. 1971;4(4):371-5.
3. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Neurobiologia da dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R, organizadores. *Aconselhamento em dependência química*. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. cap. 2, p.14-9.
4. Batista IR, Almeida PP, Fadel G, Bressan RA. Neurociência do uso de substâncias psicoativas: o cérebro e o prazer. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. *Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2010. cap. 2, p. 55-74.
5. Olds J. Pleasure centers in the brain. *Sci Am*. 1956;195(4):105-16.
6. World Health Organization. Fourth Review of Psychoactive Substances for International Control, Geneva, 14-18 September 1981. Geneva: OMS; 1981.
7. Carlini EA, Nappo SA, Galduroz JCF, Noto AF. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. *Rev IMESC*. 2001;(3):9-35.
8. Laranjeira R, Castro LA. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: Bernik M, coordenador. *Benzodiazepínicos: quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp; 1999. p. 187-98.
9. Laranjeira R, Pinsky I. *O alcoolismo*. 5. ed. São Paulo: Contexto; 1998.
10. Ferigolo M, Arbo E, Malysz AS, Bernardi R, Barros HMT. Aspectos clínicos e farmacológicos do uso de solventes. *J Bras Psiquiat*. 2000;49(9):331-41.
11. Laranjeira R, Nicastri S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida O, Dratcu L, Laranjeira R. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. cap. 7, p. 83-112.
12. National Institute on Drug Abuse. Research Reports. Cocaine: abuse and addiction [Internet]. Bethesda: NIDA; 1999 [capturado em 18 maio 2012]. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/cocaine-abuse-addiction>. Revisado em 2010.

13. Ribeiro M, Laranjeira R. O tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
14. Weaver MF, Schnoll SH. Stimulants: amphetamines and cocaine. In: McCrady BS, Epstein EE. Addictions: a comprehensive guidebook. New York: Oxford University Press; 1999. cap. 6, p. 105-20.
15. Focchi GRA, Malbegier A, Ferreira MPF. Tabagismo: dos fundamentos ao tratamento. São Paulo: Lemos; 2006.
16. Laranjeira R, Jungerman F, Dunn J. Drogas: maconha, cocaína e crack. 2. ed. São Paulo: Contexto; 1998.
17. Weaver MF, Schnoll SH. Hallucinogens and club drugs. In: Galanter M, Kleber HD. Textbook of substance abuse treatment. 4th ed. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2008. p. 191-200.
18. Frances RJ, Miller SI. Clinical textbook of addictive disorders. 2nd ed. New York: Guilford; 1998.
19. Costa MCM, Figueiredo MC, Cazenave SOS. Ayahuasca: uma abordagem toxicológica do uso ritualístico. Rev Psiq Clin. 2005;32(6):310-8.
20. Baeza M, Adolfo G. Abuso de anticolinérgicos: contribución a su clinica. Rev Psiquiatr. 1993;10(3):6-12.





## EFEITOS DO USO AGUDO E CRÔNICO E SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA

Sérgio M. Duailibi



### Pontos-chave

- >> A síndrome de abstinência é um sinal de adaptação do cérebro à presença constante da substância no organismo.
- >> A síndrome se caracteriza pela presença de sintomas físicos e psíquicos de desconforto por conta da redução ou interrupção do consumo de substâncias.
- >> As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de substâncias psicoativas representam grandes problemas de saúde e segurança pública.

Os sintomas de abstinência são a maior evidência da presença da dependência.<sup>1</sup> Eles se caracterizam por sintomas físicos e psíquicos de desconforto após a redução ou interrupção do consumo.<sup>1</sup> Quase todas as substâncias são capazes de desencadear sintomas de abstinência, e a intensidade destes é progressiva.<sup>2</sup> Inicialmente, são de natureza psíquica: fissura, ansiedade, sintomas depressivos, irritação, piora da concentração e insônia. Conforme a dependência aumenta, eleva-se a magnitude dos sintomas,<sup>1</sup> podendo surgir sintomas físicos, como tremores, suor difuso, palpitações cardíacas, aumento da temperatura do corpo, náuseas e vômitos, o que pode levar a um estado de confusão mental (*delirium*). A síndrome de abstinência é um sinal de adaptação do cérebro à presença constante da substância no organismo.<sup>1</sup> Cada substância pode produzir sintomas de abstinência característicos, como será visto nos próximos tópicos.

## EFEITOS AGUDOS E CRÔNICOS DO USO DE SUBSTÂNCIAS

### Álcool

O álcool é uma substância lícita encontrada em uma variedade incontável de bebidas ao redor do mundo, obtidas por fermentação ou destilação da glicose presente em cereais, raízes e frutas.<sup>3</sup> É ingerido exclusivamente por via oral, e seu consumo é

medido por unidades:<sup>1</sup> uma unidade equivale a 10 g de álcool. Para obter as unidades-equivalentes de uma determinada bebida, é preciso multiplicar sua quantidade pela concentração alcoólica. Chegando-se à quantidade absoluta de álcool, é feita a conversão: uma unidade para cada 10 g de álcool da bebida (Tab. 4.1).<sup>1</sup>

O álcool é a substância química mais utilizada no mundo. Está presente na maioria das festas e rituais religiosos.<sup>3</sup> Em todo local onde o consumo é aceito, há uma bebida típica da qual o povo se orgulha.

As complicações decorrentes do consumo de álcool não estão necessariamente relacionadas ao uso crônico.<sup>4</sup> Intoxicações agudas, além de trazerem riscos diretos à saúde, deixam os indivíduos mais propensos a acidentes, gerando um problema de saúde e segurança pública.<sup>5</sup> Desse modo, os problemas relacionados ao consumo de álcool podem atingir indivíduos de todas as idades.

A dependência de álcool acomete de 10 a 12% da população mundial<sup>6,7</sup> e 11,2% dos brasileiros que vivem nas 107 maiores cidades do País, segundo um levantamento domiciliar sobre o uso de substâncias. É, portanto, ao lado do tabagismo, a forma de dependência que recebe mais atenção dos pesquisadores.<sup>6</sup> Muitas características – gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil – podem influenciar o uso nocivo de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência.<sup>8</sup> A incidência de alcoolismo é maior entre os homens do que entre as mulheres,<sup>9</sup> o que se repete entre os mais jovens, sobretudo na faixa dos 18 aos 29 anos, declinando com a idade.<sup>9</sup>

### *Efeitos agudos e crônicos*

O álcool é um depressor cerebral e age em diversos órgãos, como fígado, coração, vasos e parede do estômago.<sup>9</sup> A intoxicação é o uso nocivo em quantidades acima do tolerável para o organismo, e seus sinais e sintomas caracterizam-se por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central.<sup>1</sup> Inicialmente, há sintomas de euforia leve; depois, tonturas, ataxia e falta de coordenação motora, confusão e desorientação; graus variáveis de anestesia podem ser atingidos, entre eles o estupor e o coma.<sup>1</sup>

#### >> TABELA 4.1

##### **Unidades de álcool em cada dose de bebida**

Bebida	Volume	Teor alcoólico	Quantidade de álcool (volume x concentração)	Unidade (quantidade: 10 g)
Vinho tinto	125 mL	12%	15 g	1,5 u
1 lata de cerveja	350 mL	5%	17 g	1,7 u
Destilado	40 mL	40%	16 g	1,6 u

A intensidade da sintomatologia da intoxicação tem relação direta com a alcoolemia. O desenvolvimento de tolerância, a velocidade da ingestão, o consumo de alimentos e alguns fatores ambientais também são capazes de interferir nessa relação.<sup>1</sup> Alguns fatores podem alterar a ação do álcool no corpo. A presença de alimentos no estômago, por exemplo, diminui a velocidade de absorção; bebidas frías e licorosas são absorvidas com maior rapidez.<sup>1</sup>

### *Síndrome de abstinência*

Inicia-se horas após a interrupção ou diminuição do consumo. Os tremores nas extremidades e nos lábios são os mais comuns, além de náuseas, vômitos, sudorese, ansiedade e irritabilidade.<sup>1</sup> Casos graves evoluem para convulsões e estados confusionais, com desorientação temporal e espacial, ilusões e alucinações auditivas, visuais e táteis (*delirium tremens*).<sup>11</sup>

### *Complicações clínicas*

O álcool tem ação tóxica direta sobre diversos órgãos quando utilizado em doses elevadas e por um período de tempo prolongado (Quadro 4.1).<sup>1</sup> As complicações mais comuns são gastrites, úlceras, hepatites tóxicas, esteatose (acúmulo de gor-

#### >> QUADRO 4.1

##### **Principais complicações decorrentes do uso crônico e intenso de álcool**

<b>Sistema gastrointestinal</b>	Hepatopatias (esteatose e cirrose hepáticas, hepatite) Pancreatite crônica Gastrite Úlcera Neoplasias (boca, língua, esôfago, estômago, fígado, etc.)
<b>Sistema circulatório</b>	Cardiomiopatias Hipertensão arterial sistêmica
<b>Sangue</b>	Anemias (sobretudo megaloblástica) Diminuição na contagem de leucócitos
<b>Sistema nervoso periférico</b>	Neuropatia periférica
<b>Sistema reprodutor</b>	Impotência (homens) Alterações menstruais e infertilidade (mulheres)

dura no fígado, decorrente da ação tóxica do álcool), cirrose hepática, pancreatites, lesões cerebrais, demência, anestesia, diminuição da força muscular (neurites), miocardites, predisposição a depósito de placas gordurosas nos vasos – com risco de infartos –, hipertensão e acidentes vasculares cerebrais (AVCs). O álcool aumenta o risco de neoplasias no trato gastrointestinal, na bexiga, na próstata e em outros órgãos.<sup>11</sup>

## Anabolizantes

Os esteroides anabolizantes, ou apenas anabolizantes, são substâncias relacionadas a um hormônio masculino chamado testosterona. Os anabolizantes têm vários usos clínicos, e sua função principal é a reposição da testosterona devido a um déficit ocorrido por algum problema de saúde.<sup>10</sup> Além desse uso médico, eles favorecem o crescimento da musculatura, o aumento da síntese (produção) de proteína e de cálcio nos ossos (efeito anabólico) e o desenvolvimento das características sexuais masculinas, como crescimento do pênis e dos pelos, engrossamento da voz e aumento da libido e da potência sexual (efeito androgênico). Por isso, essas substâncias são muito procuradas por atletas ou por pessoas que querem melhorar a *performance* e a aparência física, mas podem acarretar sérios problemas de saúde.<sup>10</sup>

Os esteroides anabolizantes podem ser utilizados na forma de comprimidos ou injeções. Em geral, são combinados diferentes anabolizantes objetivando a interação desses produtos, o que produziria um aumento maior da musculatura e minimizaria os efeitos negativos.<sup>10</sup>

### *Efeitos e riscos à saúde*

Icterícia, tremores, hipertensão, acne severa, tumores no fígado, retenção de líquidos, diminuição dos índices de HDL (a forma boa do colesterol) e dores nas articulações são alguns problemas que o consumo excessivo de anabolizantes pode causar.

A forma como esse tipo de substância é utilizada torna difícil para os pesquisadores chegarem a conclusões a respeito de frequência, duração do uso e dosagens para gerar dependência. Os sintomas prováveis de abstinência são depressão, fadiga, inquietude, insônia, perda do apetite, diminuição da libido, fissura, cefaleia, insatisfação com a imagem corporal e ideação suicida.

O uso abusivo de anabolizantes pelos homens causa diminuição da produção e da qualidade de espermatozoides e redução no tamanho dos testículos; impotência, infertilidade, aumento da próstata, dificuldade ou dor para urinar, desenvolvimento de mamas, calvície, maior chance de neoplasia do rim e do fígado e infarto do miocárdio. Nas mulheres, os efeitos podem ser voz grossa, aumento do clitóris, crescimento de pelos faciais, alterações ou ausência de ciclo menstrual e diminui-

ção de seios. Nos adolescentes, há maturação esquelética prematura e puberdade acelerada, o que resulta em um crescimento raquítico.

O abuso de anabolizantes, principalmente em altas doses, pode causar também variações de humor, inclusive agressividade, o que pode gerar episódios violentos. Os indivíduos podem experimentar ciúme patológico, irritabilidade e ilusões, podendo ter uma distorção de julgamento em relação a sentimentos de invencibilidade, distração, confusão mental e esquecimentos.<sup>10</sup> O uso injetável da substância pode ocasionar a contaminação com o vírus da aids ou da hepatite.<sup>10</sup>

## Anfetaminas

No Brasil, a maior parte da anfetamina consumida é vendida legalmente em farmácias. No Japão, na Austrália e na costa leste dos Estados Unidos, a substância é encontrada na forma de pó branco refinado e de pedras translúcidas, chamadas de *ice* (gelo) ou *crystal*.<sup>11-13</sup> As anfetaminas modificadas – ou metanfetaminas – serão descritas, neste capítulo, como *club drugs*. Além de haver uma série de anfetaminas prescritas (indicações para o tratamento do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, da narcolepsia e da obesidade, com restrições), há também as ilícitas (Quadro 4.2).<sup>11-13</sup>

### Efeitos agudos

As anfetaminas são estimulantes da atividade do sistema nervoso central.<sup>14</sup> São efeitos agudos do seu consumo: diminuição do sono e do apetite, aceleração da

#### >> QUADRO 4.2

##### Anfetaminas lícitas e ilícitas

ANFETAMINAS DE USO MÉDICO (RESTRITO)	ANFETAMINAS DE USO NÃO MÉDICO
D-anfetamina	3,4-metilenodioximetanfetamina – MDMA
Metanfetamina HCl	( <i>ecstasy</i> )
Fenfluramina	4-metilaminorex ( <i>ice</i> ou <i>crystal</i> )
Metilfenidato	
Pemolide	
Femproporex	
Mazindol	
Dietilpropiona (anfepramona)	

velocidade do pensamento, maior produção de fala e inquietação. Há uma elevação do estado de alerta e instabilidade do humor, podendo variar da euforia ao mal-estar psíquico, de acordo com predisposições individuais e ambientais. O efeito dura cerca de 60 minutos.<sup>12</sup> Ocorrem também dilatação da pupila, aumento dos batimentos cardíacos e hipertensão.<sup>12</sup>

Quanto a complicações clínicas, o uso crônico gera estados de desnutrição e problemas como infarto agudo do miocárdio, cegueira cortical transitória, cardiopatias irreversíveis, vasoespasmos sistêmicos e edema agudo pulmonar.<sup>11</sup>

### *Riscos à saúde*

A anfetamina pode causar dependência e síndrome de abstinência, a qual pode atingir cerca de 87% dos usuários.<sup>11</sup> Sintomas depressivos e exaustão podem suceder períodos prolongados de uso ou abuso (Quadro 4.3). Durante o consumo, podem ocorrer problemas cardíacos, como infarto do miocárdio.<sup>14</sup> O consumo de grandes quantidades de anfetamina pode causar convulsão; consumir com frequência durante vários meses pode gerar depressão, ansiedade, irritação, impulsividade e cansaço.<sup>13</sup>

### **Cocaína e crack**

A cocaína é um alcaloide extraído das folhas da coca (*Erythroxylum coca*), planta originária dos altiplanos andinos.<sup>15</sup> O hábito de mascar folhas de coca entre a população nativa dos Andes existe há pelo menos 5 mil anos, tendo surgido com o objetivo de amenizar o cansaço e a fome. As baixas concentrações da substância nas folhas tornam improváveis as chances de dependência, situação que surgiu a partir do século XIX, quando a cocaína foi isolada de suas folhas. Genericamente, a obtenção da substância passa por duas etapas e origina diversos subprodutos.<sup>16</sup> A maceração das folhas, misturada a determinados produtos químicos, produz uma

#### >> QUADRO 4.3

##### **Sinais e sintomas de abstinência das anfetaminas**

---

Fissura intensa  
Ansiedade  
Agitação  
Pesadelos  
Astenia, cansaço  
Lentificação  
Humor depressivo

---

pasta de natureza alcalina, denominada pasta base de cocaína.<sup>15</sup> O refino dessa pasta origina a cocaína em pó (cloridrato de cocaína), apresentação mais conhecida da droga. O *crack* e a merla são a cocaína em sua forma de base livre.<sup>17</sup> Quando o cloridrato de cocaína é aquecido em meio básico (água e bicarbonato de sódio), a cocaína se desprende de sua forma salina e toma a forma de cristais de cocaína livre. O *crack* e a merla surgiram a partir de meados dos anos 1980 e permanecem até os dias de hoje.

A apresentação da cocaína se dá em um pó branco e brilhante, que pode ser consumido por qualquer via de administração com rápida e eficaz absorção pelas mucosas oral e nasal e pela via pulmonar.<sup>17</sup> A via injetável e a fumada (*crack*) colocam grandes quantidades da substância no sangue e geram efeitos estimulantes mais intensos e de curta duração.<sup>15</sup> O *crack* é fumado em cachimbos improvisados ou de vidro. Já a cocaína em pó – consumida por via intranasal (cheirada) – ou o hábito de mascar as folhas produzem efeitos menos intensos, mas de maior duração. Quanto mais intenso e curto é o efeito desencadeado, maiores as chances de dependência.<sup>15</sup>

### *Efeitos do uso agudo*

A cocaína é um estimulante, e seus efeitos estão resumidos no Quadro 4.4. A euforia desencadeada reforça e motiva, na maioria dos indivíduos, o desejo por um novo episódio de consumo, mas, quanto mais rápido o início da ação, quanto maior a sua intensidade e quanto menor a sua duração, maior será a chance de o indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência. Todos esses fenômenos são influenciados pela via de administração escolhida.<sup>16,17</sup> Por isso, ela é um importante fator de risco para o uso nocivo e para a dependência.<sup>15</sup>

A duração do efeito depende da via de administração escolhida: se a cocaína for cheirada, o efeito dura cerca de 30 minutos; se for fumada ou injetada, o efeito dura menos de 10 minutos. Quando o efeito passa, o usuário geralmente fica “fissurado”, isto é, com vontade de consumir mais.<sup>15,16</sup>

O consumo de cocaína provoca aceleração na velocidade do pensamento, inquietação psicomotora (dificuldade para permanecer parado e até quadros mais sérios de agitação), aumento do estado de alerta e inibição do apetite. Alterações do humor são passíveis de grande variabilidade, indo da euforia (desinibição, fala solta) a sintomas psíquicos (medo, ansiedade e inibição da fala).<sup>16</sup> As convulsões atingem uma pequena parte dos usuários que procuram as salas de emergência, embora seja a complicação neurológica mais comum.<sup>15</sup> Cerca de um terço dos AVCs em adultos jovens está associado ao consumo de substâncias. Entre os indivíduos de 20 a 30 anos, o índice chega a 90%.<sup>17</sup> A *overdose* é a complicação grave mais conhecida, e pode ser definida como a falência de um ou mais órgãos (coração, rins, fígado) decorrente do uso intenso da substância.<sup>15</sup> A *overdose* de cocaína é uma emergência médica e requer atenção imediata.

## Complicações crônicas

A dependência é a principal complicação crônica relacionada ao consumo de cocaína.<sup>15,16</sup> Os pacientes dependentes são ainda mais suscetíveis a complicações (coronariopatias, hipertensão arterial sistêmica, aneurismas, epilepsias e doenças pulmonares obstrutivas crônicas [DPOCs]).<sup>17</sup>

## Síndrome de abstinência

Durante a abstinência, períodos de desejo intenso pelo consumo de cocaína (*craving*), associados a outros sintomas, como fadiga, anedonia e depressão, resultam no retorno ao uso da droga.<sup>18</sup> A síndrome de abstinência é composta por três fases: o *crash*, a síndrome disfórica tardia e a extinção. Essas fases representam a progressão de sinais e sintomas após a cessação do uso e são descritas a seguir.<sup>18</sup>

- **Fase I – *Crash*:** significa uma drástica redução no humor e na energia. Instala-se cerca de 15 a 30 minutos após o uso da droga, persistindo por cerca de oito horas e com possibilidade de estender-se por até quatro dias. O usuário pode sentir depressão, ansiedade, paranoia e um intenso desejo de voltar a usar a droga, chamado de *craving* ou fissura. Instalam-se a hipersonia e a aversão ao uso de mais cocaína, e o indivíduo pode despertar para ingerir alimentos.
- **Fase II – Síndrome disfórica tardia:** inicia-se de 12 a 96 horas depois de cessado o uso e pode durar de 2 a 12 semanas. Nos primeiros quatro dias, há sonolência e desejo pelo consumo da droga, anedonia, irritabilidade, problemas de memória e ideação suicida. Ocorrem recaídas frequentes, como tentativa de aliviar os sintomas disfóricos.
- **Fase III – Fase de extinção:** os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo, e o *craving* torna-se intermitente.

### >> QUADRO 4.4

#### Principais sintomas decorrentes do consumo de cocaína

SINTOMAS PSÍQUICOS	SINTOMAS FÍSICOS
Aceleração do pensamento Inquietação psicomotora Aumento do estado de alerta Inibição do apetite Labilidade do humor, variando da euforia ao mal-estar	Aumento da frequência cardíaca Aumento da temperatura corporal Aumento da frequência respiratória Aumento da transpiração Tremor leve de extremidades Contrações musculares involuntárias (especialmente língua e mandíbula) Tiques Dilatação da pupila (midríase)



## Maconha

A *Cannabis* é um arbusto originário da Ásia e conhecido pela humanidade há cerca de 6 mil anos. Há duas espécies mais conhecidas: a *Cannabis sativa* e a *Cannabis indica*. O princípio ativo alucinógeno da maconha é o  $\Delta$ -9-tetra-hidrocanabinol (THC). Essa substância encontra-se presente no óleo que recobre os brotos das *Cannabis* fêmeas.<sup>19</sup>

O nome genérico da *Cannabis* é cânhamo. Há outros nomes, mas boa parte deles tem caráter puramente regional. No Brasil, já foi denominada *diamba*, e, hoje, o termo *maconha* é o mais utilizado. No Oriente, recebe nomes como *ganja*, *dagga*, *charas*, *haxixe* e *bhanga*. Na América espanhola e nos Estados Unidos, o nome *marijuana* é o mais conhecido, mas há outros termos, como *grass*, *pot*, *tea*, *reefer*, *Mary Jane* e *weed*.<sup>19</sup>

## Efeitos

A maconha é um alucinógeno.<sup>20</sup> Há muitos fatores que influenciam seus efeitos, tais como a concentração de THC na planta, a sensibilidade aos efeitos, as experiências prévias do usuário e o ambiente do consumo. Em geral, o uso é seguido por alterações nos sentidos (visão, audição, olfato), na cognição (pensamento, memória e atenção) e no humor. Há alterações da orientação de tempo e espaço e ilusões visuais e auditivas.<sup>19</sup> O humor pode variar de um estado eufórico (marcado por risos imotivados, fala solta e sensação de bem-estar) a sintomas de mal-estar psíquico, como tristeza, sensação de pânico e perda do controle (medo de enlouquecer). O pensamento se torna mais lento, e as associações de ideias perdem a coerência, tendendo à mudança de assunto ou à incapacidade de articular o pensamento com a facilidade habitual (Quadro 4.5). A capacidade de concentração e de realizar atividades elaboradas ou cálculos diminui muito.<sup>19</sup> Há um aumento exagerado do apetite, voltado, sobretudo, para o consumo de carboidratos (“larica”). A capacidade de trabalho em tarefas que exigem atenção é prejudicada, assim como a condução de veículos.<sup>20</sup>

## Sintomas de abstinência

Os sintomas de abstinência são fissura, irritabilidade, nervosismo, inquietação, sintomas depressivos, insônia, redução do apetite e cefaleia.

## Riscos à saúde

A maconha diminui o nível de atenção e de concentração, aumentando os riscos de acidentes; além disso, pode desencadear quadros agudos de pânico e paranoia. O

## &gt;&gt; QUADRO 4.5

**Sinais e sintomas decorrentes do consumo da maconha**

<b>Efeitos euforizantes</b>	Alteração da percepção do tempo Risos imotivados Fala solta	Sensação de relaxamento Aumento da percepção das cores, sons, texturas e paladar
<b>Efeitos físicos</b>	Taquicardia Hiperemia conjuntival Boca seca Hipotermia Tontura Retardo psicomotor Redução da capacidade para execução de atividades motoras complexas Falta de coordenação motora	Redução da acuidade auditiva Aumento da acuidade visual Broncodilatação Hipotensão ortostática Aumento do apetite Xerostomia Tosse Midríase
<b>Efeitos psíquicos</b>	Despersonalização Desrealização Depressão Alucinações e ilusões Sonolência Ansiedade Irritabilidade Prejuízos à concentração	Prejuízo da memória de curto prazo Letargia Excitação psicomotora Ataques de pânico Autorreferência e paranoia Prejuízo do julgamento

uso em grandes quantidades e por longos períodos pode deixar o indivíduo menos concentrado, sem objetividade e desmotivado. A maconha pode, também, causar dependência e psicose em pessoas que já têm predisposição para essa doença, bem como câncer de pulmão, riscos na condução de veículos e acidentes no trabalho.<sup>20</sup>

## Nicotina

O consumo do tabaco é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A planta, de origem americana, chegou à Europa no século XVI.<sup>21</sup> A idade média de início de consumo dessa substância está entre 13 e 14 anos, mas a vulnerabilidade para dependência não está relacionada apenas com a idade.<sup>22</sup> O uso das demais substâncias entre os adolescentes declina com a idade, o que, no entanto, não acontece com o tabaco. Estima-se que 60% daqueles que fumarem por mais de seis semanas continuarão fumando por mais 30 anos, e que 30 a 50% das pessoas que começam a fumar tornam-se dependentes.<sup>22</sup> Embora o primeiro cigarro fumado

seja predominantemente marcado por efeitos desagradáveis – dor de cabeça, tonturas, nervosismo, insônia, tosse e náusea –, a diminuição dos sintomas é rápida,<sup>22</sup> e, então, um consumo diário se estabelece.

Entre as 25 doenças relacionadas ao hábito de fumar, todas são causas de morte: doenças cardiovasculares (43%), câncer (36%), doenças respiratórias (20%) e outras (1%).<sup>22</sup>

O ato de fumar produz monóxido de carbono e dezenas de outros produtos tóxicos.

### *Efeitos agudos e crônicos e riscos à saúde*

A nicotina é um estimulante leve e causa dependência química. Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência de nicotina são similares àqueles da heroína e da cocaína.<sup>21</sup>

Os danos à saúde causados pelo tabagismo, porém, não são devidos somente à nicotina.<sup>22</sup> O cigarro contém mais de 4.700 substâncias, algumas cancerígenas e outras tóxicas para vários órgãos do corpo. Assim, o consumo está relacionado a muitas patologias graves: danos pulmonares, como insuficiência respiratória, asma, bronquites e câncer de pulmão. O tabagismo aumenta o risco de problemas cardíacos e circulatórios, tais como hipertensão, obstrução dos vasos e infarto. A maioria das mortes evitáveis é causada pelo cigarro.<sup>22</sup>

### *Síndrome de abstinência*

Em um período que pode ser de poucos meses, alguns fumantes já começam a apresentar os primeiros sintomas da síndrome de abstinência.<sup>23</sup> Seus sintomas e a magnitude destes podem persistir por meses, e, dependendo da gravidade, são pouco tolerados.<sup>23</sup> Os sintomas psicológicos relacionados à falta de nicotina<sup>23</sup> são humor disfórico ou deprimido, insônia, irritabilidade, frustração, raiva, ansiedade e dificuldade de concentração. Já os sinais físicos são taquicardia, hipertensão, tremores e sudorese.

### **Benzodiazepínicos**

Os benzodiazepínicos foram bastante prescritos no tratamento dos transtornos de ansiedade durante a década de 1970, quando eram considerados uma opção segura e pouco tóxica. Porém, a empolgação terminou no fim da mesma década, pois pesquisadores começavam a detectar potencial de uso nocivo e de dependência entre os usuários.<sup>24</sup> Hoje, ainda há indicações precisas para o controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas os benzodiazepínicos continuam sendo prescritos de maneira indiscriminada tanto por psiquiatras quanto por outros médicos.<sup>24</sup>

Estima-se que 50 milhões de pessoas façam uso diário de benzodiazepínicos. A maior prevalência encontra-se entre mulheres acima dos 50 anos, com problemas médicos e psiquiátricos crônicos. Essas substâncias são responsáveis por cerca de 50% de toda a prescrição de psicotrópicos.<sup>25</sup>

### *Efeitos agudos e crônicos e riscos*

Os efeitos do uso de benzodiazepínicos são sonolência excessiva diurna (“ressaca”), piora da coordenação motora fina e da memória (amnésia anterógrada), tontura, zumbidos, quedas e fraturas, além de “anestesia emocional” (indiferença afetiva a eventos da vida, uma condição reversível). Podem ocorrer também quedas e risco de acidentes no trânsito e no trabalho, risco de dependência em 50% dos indivíduos que usaram por mais de um ano, risco aumentado de *overdose* em combinação com outras substâncias e de tentativas de suicídio e atitudes antissociais.<sup>25</sup> Os sintomas de intoxicação aguda são apresentados no (Quadro 4.6).

### *Síndrome de abstinência*

Os benzodiazepínicos têm potencial de abuso, isto é, 50% dos indivíduos que usam por mais de 12 meses evoluem com síndrome de abstinência.<sup>24</sup>

Os sintomas começam progressivamente 2 a 3 dias após a parada no uso de benzodiazepínicos de meia-vida curta e de 5 a 10 dias após a cessação daqueles de meia-vida longa, podendo também ocorrer após a diminuição da dose.<sup>25</sup> Os sinais físicos são tremores, sudorese, palpitações, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, ce-

#### >> QUADRO 4.6

##### **Intoxicação aguda causada pelo uso de benzodiazepínicos**

---

Andar cambaleante  
Tonturas  
Fadiga  
Hipotensão ortostática  
Insuficiência respiratória  
Fala pastosa  
Alteração da atenção  
Humor depressivo/eufórico  
Psicose aguda  
Anorexia  
Confusão mental

---

faleia e dores musculares. Os sintomas psíquicos são insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, inquietação, agitação, pesadelos, prejuízo da memória, despersonalização, desrealização, convulsões e alucinações.

A abstinência é a emergência de novos sintomas seguintes à descontinuação ou redução dos benzodiazepínicos.<sup>25</sup> Os sinais ocorrem dentro de poucos dias após a retirada da substância e permanecem por vários dias.<sup>24</sup> A retirada gradual e um acompanhamento psicológico colaboram no alívio desses sintomas.<sup>25</sup>

## Opiáceos

O uso de opiáceos é descrito desde a Antiguidade, sendo encontradas referências em documentos egípcios, gregos e persas há mais de 6 mil anos. O termo *opioide* é aplicado a qualquer substância, seja endógena ou sintética, que apresenta, em graus variados, propriedades similares às da morfina.<sup>26</sup> O termo *opiocepo* é utilizado com frequência para se referir aos opiáceos sintéticos.

### Tipos de opiáceos

Os opiáceos são classificados em naturais, semissintéticos e sintéticos (Quadro 4.7).<sup>27</sup> Essas substâncias atuam no sistema nervoso central e em órgãos periféricos, como o intestino. Há, pelo menos, cinco tipos de receptores específicos para os opiáceos, localizados principalmente em regiões sensorial, límbica, hipotalâmica, de amígdala e região cinzenta periaquedutal.<sup>27</sup>

#### >> QUADRO 4.7

##### Classificação dos opiáceos

OPIÁCEOS NATURAIS	OPIÁCEOS SEMISSINTÉTICOS	OPIÁCEOS SINTÉTICOS
São extraídos diretamente da flor da papoula ( <i>Papaver somniferum</i> ). Um líquido leitoso (ópio = suco) escorre do botão da papoula quando são feitos finos cortes. Nele, encontram-se a morfina e a codeína. Exemplos de opiáceos naturais: ópio, morfina e codeína.	São obtidos em laboratório (sintéticos), mas a partir da molécula da morfina (natural). O opiáceo semissintético mais conhecido é a heroína. Outros opiáceos semissintéticos são oxicodona, hidroxidona, oximorfona, hidroximorfona.	Criados totalmente em laboratório, quase todos têm utilização médica, sobretudo como anestésico geral e para o alívio de dores graves. O mais conhecido e maior causador de dependência no Brasil é a meperidina. Outros opiáceos sintéticos são petidina e fentanil.

## Efeitos e riscos: intoxicação aguda e overdose

Os opiáceos são sedativos (i.e., provocam sono) e analgésicos. As alterações mais ressaltadas pela literatura referem-se ao estado de humor. Há experiências de euforia – marcadas por sensação de prazer, devaneios e distanciamento dos problemas – e de irritabilidade, tristeza e sonolência excessiva. Imagens oníricas são frequentes, qualquer que seja o padrão de humor predominante. Os efeitos tendem a diminuir com o uso frequente. Os sintomas de intoxicação aguda e de *overdose* são mostrados no Quadro 4.8.

Um dos mais graves quadros clínicos decorrentes do uso inadequado de opiáceos é a intoxicação, a qual pode ser acidental ou intencional. A presença da tríade representada pela miose, pela depressão respiratória e pelo coma sugere superdosagem de opiáceos.<sup>27</sup> Outros sintomas físicos que podem surgir são edema pulmonar, hipoxia, hipotonia e morte. A intoxicação constitui quadro de emergência médica.<sup>27</sup>

### >> QUADRO 4.8

#### Intoxicação aguda e *overdose* causadas pelo uso de opioides

##### INTOXICAÇÃO AGUDA

Sedação  
Humor normal tendendo ao eufórico  
Contração da pupila (miose)

##### OVERDOSE

Inconsciência  
Miose pronunciada  
Bradicardia acentuada  
Depressão respiratória  
Convulsões  
Coma

## Síndrome de abstinência

Um quadro importante observado nos dependentes de opiáceos é a síndrome de abstinência, cujos sintomas físicos e psíquicos são muito marcantes. Naturalmente, a intensidade desses sinais e sintomas dependerá da substância específica, da dose utilizada e da velocidade em que é eliminada do organismo.<sup>26</sup> Outras complicações provocadas pelo consumo de opiáceos são descritas como síndromes depressivas, ansiosas e psicóticas e alterações da personalidade.<sup>26</sup>

## Complicações relacionadas ao consumo de opiáceos

- **Pele e anexos** – Marcas de picadas de agulha, edemas nas mãos, abscessos e úlceras.

- **Sistema cardiovascular** – Miocardites, arritmias, endocardites, arterites, tromboflebitas, aneurisma necrotizante e perturbações da pressão arterial.
- **Sistema respiratório** – Infartos pulmonares, fibrose pulmonar crônica, edema pulmonar, pneumonia bacteriana e/ou aspirativa e tuberculose.
- **Sistema nervoso central** – Crises convulsivas, *delirium* ou estado confusional agudo, mielite transversa aguda, lesões de nervos periféricos e meningite bacteriana.
- **Sistema gastrointestinal** – Hepatites, cirrose hepática e pancreatites.
- **Sistema geniturinário e reprodutor** – Enfermidades do sistema reprodutor, irregularidades menstruais e síndrome geniturinária-nefrótica.
- **Sistema hematopoiético** – Aplasia de medula.
- **Sistema osteomuscular** – Artrite esquelético-séptica, osteomielite, rabdomiólise e miopatias.

## Substâncias da era sintética: *designer drugs* ou *club drugs*

As primeiras experiências humanas com substâncias psicoativas ocorreram com o consumo de plantas. A partir do século XIX, com o isolamento do princípio ativo (alcaloide), ainda havia a necessidade das plantas. Uma nova etapa começou no final dos anos 1920, com o surgimento das anfetaminas. Pela primeira vez, uma substância psicoativa foi sintetizada totalmente em laboratório, sem precursores vegetais.

Outra etapa começou nos anos 1980: a popularização das *designer drugs*.<sup>28</sup> Essas substâncias têm como característica principal o fato de terem sido modificadas em laboratório, com o intuito de potencializar ou criar efeitos psicoativos e evitar efeitos indesejáveis. A disponibilidade e o barateamento tecnológico permitem, hoje, que tais substâncias sejam sintetizadas em laboratórios clandestinos domésticos.<sup>28</sup>

As *designer drugs* começaram a ganhar notoriedade nos anos 1980, a partir de seu consumo dentro dos *dance clubs* e das *raves*. Seus frequentadores, conhecidos por *clubbers*, consumiam tais substâncias embalados pela música eletrônica, em um ambiente colorido e sintético. Os ideais de “amor”, “paz” e “unidade”, como no psicodelismo do movimento *hippie* dos anos 1960, estão, com frequência, associados ao consumo de *designer drugs* ou *club drugs*, como o ambiente sugere. Inicialmente associada apenas ao *ecstasy*, a família das *club drugs* foi aumentando por conta do ressurgimento de antigas substâncias, esquecidas ou em desuso, e ao aparecimento de novas (Quadro 4.9).<sup>28</sup>

O *ecstasy* (3,4-metilenodioximetanfetamina) é a substância mais associada às *club drugs*. A droga foi sintetizada em 1912 (Laboratórios Merck), mas foi utilizada somente no final dos anos 1960, pelo professor da Universidade de Berkeley, Alexander Shulgin, como um auxiliar psicoterápico.<sup>28</sup> O modo de uso foi proibido durante os anos 1970, e, a partir daí, o *ecstasy* ganhou as ruas, tornando-se popular nas *raves* em meados dos anos 1980.

## &gt;&gt; QUADRO 4.9

Exemplos de *designer drugs* ou *club drugs*

---

Álcool  
MDMA (*ecstasy*)  
LSD  
GHB e GBL  
2CB e 2-CT-7  
4-MTA  
PMA e PMMA  
Quetamina (*special K*)  
Nitratos (*poppers*)  
Anfetaminas e metanfetaminas

---

O primeiro relato de morte atribuído ao *ecstasy* data de 1987.<sup>28</sup> Por ser uma substância sintética derivada da anfetamina, com propriedades estimulantes e alucinógenas, o *ecstasy* foi denominado de “anfetamina psicodélica”. Os usuários relatam que ele é capaz de causar bem-estar, conforto, empatia e conectividade com outras pessoas. Porém, complicações como hipertermia, desidratação, hiponatremia, *blackouts* e exaustão (com casos de morte) já foram relatados.<sup>28</sup> O sistema serotoninérgico, responsável pelo controle do humor e dos impulsos, parece ser o mais atingido e lesionado pelo consumo repetido da substância. O *ecstasy* é capaz de causar dependência.<sup>28</sup>

A dietilamida do ácido lisérgico (*LSD*) talvez seja o alucinógeno psicodélico mais comum em nosso meio. Sintetizado em 1938, teve suas propriedades alucinógenas descobertas em 1943 e foi muito utilizado nos anos 1960 como um “expansor da mente” em sessões psicoterápicas. Proibido desde o final da mesma década, o LSD apresentou um declínio de uso e retornou durante os anos 1980, permanecendo desde então.<sup>28</sup>

O quadro desencadeado pelo uso de LSD caracteriza-se por aceleração do pensamento, surgimento de ilusões e alucinações visuais, auditivas e táteis e sinergismo de sensações (“as cores têm som e os sons têm cor”). Sintomas de pânico e quadros paranoides (viagens de horror, ou *bad trips*) também podem ocorrer. Indivíduos predispostos podem apresentar transtornos esquizofreniformes.<sup>28</sup>

O gama-hidroxibutirato (*GHB*) foi utilizado como anestésico nos anos 1960, mas abandonado devido a efeitos indesejáveis. Foi consumido como suplemento alimentar entre fisiculturistas nos anos 1980 e como *club drug* desde os anos 1990. O GHB é uma substância sedativa do sistema nervoso central, e sua apresentação mais comum é na forma de sal (NaGHB ou KGHB). Seu precursor bioquímico é o gama-butirolactona (*GLB*), consumido com os mesmos propósitos.<sup>28</sup>



Em geral, o GHB é utilizado diluído em água, e seus efeitos são semelhantes aos do álcool, iniciando cerca de 20 minutos após a ingestão oral. Doses elevadas causam tonturas, falta de coordenação motora, náuseas, vômitos e rebaixamento do nível de consciência.<sup>28</sup> A grande preocupação é a potência da substância: mesmo em pequenas dosagens, o GHB pode causar intoxicações intensas e até comatosas, e dosagens mais elevadas podem ser fatais. A combinação de GHB com álcool é extremamente perigosa, podendo levar ao coma com mais facilidade. Como a apresentação líquida tem concentrações indeterminadas, a chance de uma *overdose* acidental aumenta. Como a substância ainda é pouquíssimo estudada, não há muito conhecimento sobre sua dependência. Há, no entanto, relatos de síndrome de abstinência grave, com duração de vários dias.<sup>28</sup>

A *quetamina* (*special K*) foi sintetizada nos anos 1960, e seu consumo vem se tornando comum. Trata-se de um anestésico incapaz de deprimir a frequência respiratória e cardíaca, mas suas propriedades psicodélicas tornaram-no contraindicado para seres humanos, sendo restrito ao uso veterinário.<sup>28</sup> Em baixas doses, produz sedação leve, pensamentos fantasiosos com caráter de sonho, diminuição da atividade motora e alterações do humor (sensação de estar mais sociável e de perceber o mundo de um modo diferente, podendo também aparecer reações depressivas e ansiosas). Náuseas e vômitos são relatados com frequência. Os sintomas paranoides e a percepção de um padrão de coincidências em tudo o que o indivíduo vê também podem ser observados. A sedação pronunciada pode expor os usuários a riscos, e, ao contrário da maior parte dos psicodélicos, a quetamina pode causar dependência.<sup>28</sup>

As *metanfetaminas* são anfetaminas modificadas e fabricadas em laboratórios clandestinos, alcançando certa popularidade no Leste dos Estados Unidos e nos países orientais. As primeiras metanfetaminas foram sintetizadas no Japão, em 1919. Podem ser consumidas por qualquer via, mas a inalatória tem ganhado destaque. Além de riscos agudos, como a *overdose*, o uso crônico pode causar psicose anfetamínica, e evidências sugerem a neurotoxicidade da substância e dependência.

## Inalantes tranquilizantes

Os inalantes, também conhecidos por cola, loló e lança-perfume, são sedativos. Provocam sedação, tonturas e relaxamento da musculatura corporal.<sup>29</sup> Há alterações perceptivas do tempo e do espaço, que se tornam mais pronunciadas conforme o grau de intoxicação. Zumbidos e sons grosseiros também podem acontecer, e o estado de humor é marcado pela labilidade, variando de risos imotivados e euforia até reações de medo, tristeza e pânico.<sup>29</sup> O Quadro 4.10 apresenta as substâncias químicas mais encontradas nos inalantes.

## &gt;&gt; QUADRO 4.10

**Substâncias químicas mais encontradas nos inalantes**

PRODUTO	SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS
<b>Adesivos e colas</b>	
Cola de avião	Tolueno, etilacetato tolueno, acetona,
Cimento de borracha	metiletilquetona tricloroetileno
Cimento de PVC	
<b>Aerossóis</b>	
<i>Sprays</i> de tinta para cabelo, desodorantes	Butano, propano, fluorocarbonos, tolueno, hidrocarbonetos
<b>Anestésicos</b>	
Gasosos	Óxido nitroso
Líquidos	Halotano
Locais	Cloridrato de etila
<b>Produtos de limpeza</b>	
Fluidos para limpeza a seco, removedores de manchas, detergentes	Tetracloroetileno, tricloroetano, cloridrato de metila
<b>Solventes</b>	
Removedores	Acetona, tolueno, cloridrato de metila, metanol
Gases combustíveis	Butano
Gás de isqueiros	Butano, isopropano

## Complicações agudas

Os solventes alteram a percepção das coisas e deixam as pessoas expostas a acidentes. O contato com o líquido pode causar queimaduras na pele, boca, língua e traqueia. O uso prolongado pode trazer lesões permanentes para o cérebro, entre elas a demência. Doses iniciais dão ao usuário uma sensação de euforia e desinibição, associada a tinidos e zumbidos, ataxia, risos imotivados e fala pastosa.<sup>29</sup> Com a progressão do uso, surgem manifestações como depressão do sistema nervoso central, confusão mental, desorientação e possíveis alucinações visuais e auditivas. A etapa seguinte acentua a depressão central, com redução do estado de alerta, falta de coordenação motora e piora das alucinações.<sup>29</sup>

Intoxicações graves, com depressão respiratória, coma, arritmias cardíacas e convulsões são emergências médicas e devem receber tratamento imediato. Intoxicações menos graves devem receber intervenções de suporte vital e controle da agitação.<sup>29</sup>

## *Complicações crônicas*

Atrofias corticais e cerebelares podem ocorrer em usuários crônicos, produzindo ataxia, empobrecimento cognitivo e alterações relacionadas aos nervos cranianos.<sup>29</sup> A benzina (N-hexano) causa toxicidade em nervos periféricos, com perda da sensibilidade em membros.<sup>29</sup> Pode haver doença renal crônica, hepatites tóxicas, náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, pneumonites, tosse e asma.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os sintomas de abstinência assumem um papel fundamental na clínica das dependências, sendo os principais indicadores de sua existência. O quadro clínico varia de acordo com o tipo e o padrão de consumo das substâncias utilizadas. Por isso, é muito importante conhecer os efeitos agudos e crônicos de cada grupo de substância.

## **REFERÊNCIAS**

1. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. A síndrome da dependência de álcool. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. cap. 4, p. 55-71.
2. World Health Organization. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
3. Agency for Research and Health Quality [Internet]. Rockville: ARHQ; [2012 capturado em 20 fev. 2012]. Disponível em: <http://www.ahrq.gov>.
4. World Health Organization. Tobacco free initiative. Tobacco control country profiles [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [capturado em 18 maio 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/global\\_data/country\\_profiles/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/global_data/country_profiles/en/index.html).
5. United Nations. Office for Drug Control and Crime Prevention. World drug report 2000 [Internet]. New York: Oxford University Press; 2000 [capturado em 20 fev. 2012]. Disponível em: [http://www.unodc.org/pdf/world\\_drug\\_report\\_2000/report\\_2001-01-22\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/world_drug_report_2000/report_2001-01-22_1.pdf).
6. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA. 1993;270:2207-12.
7. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Drinking in the United States: main finds from the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) [Internet]. Bethesda: NIH; 1998 [capturado em 18 maio 2012]. Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Nlaesdrm.pdf>.
8. Feldman JA, Fish SS, Beshansky JR, Griffith JL, Woolard RH, Selker HP. Acute cardiac ischemia in patients with cocaine-associated complaints: results of a multicenter trial. Ann Emerg Med. 2000;36:469-76.
9. Lubin B, Brady K, Woodward L, Thomas EA. Graduate professional training in alcoholism and substance abuse: 1984. Prof Psychol Res Pr. 1986;17(2):151-4.

10. National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for the treatment of drug misusers: update 2006 [Internet]. London: NHS; 2006 [capturado em 18 maio 2012]. Disponível em: [http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta\\_modelsofcare\\_update\\_2006\\_moc3.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_modelsofcare_update_2006_moc3.pdf).
11. World Health Organization. Amphetamine-type stimulants. Geneva: WHO; 1997.
12. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Parecer técnico-científico do Grupo Assessor de Estudos sobre Medicamentos Anorexígenos, de 24 de julho de 2000 [Internet]. Brasília: Anvisa; 2000 [capturado em 20 fev. 2012]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/anorexigeno.htm>.
13. Laranjeira R, Dunn J, Rassi R, Fernandes M. “Êxtase” (3,4 metilenodioximetanfetamina-MDMA): uma droga velha e um problema novo. *Rev APB-APAL*. 1996;18:77-81.
14. Gold MS, Herkov M. Cocaine, crack and other type stimulants. In: Graham AW, Schultz TK, editors. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM; 1998.
15. Negrete JC. Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In: Bock GR, Whelan J, editors. *Cocaine: scientific and social dimensions*. Chichester: John Wiley & Sons; 1992. p. 40-9.
16. Wallace BC. Crack cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent. New York: Brunner/Mazel; 1991.
17. Gold MS. Cocaine. New York: Plenum Medical Book; 1993.
18. Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:107-13.
19. Gold MS. Marijuana. New York: Plenum Medical Book; 1989.
20. Jones RT. Human effects: an overview. In: Petersen RC, editor. *Marijuana research findings*. Rockville: DHHS-NIDA; 1980. p. 54-80.
21. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General. Rockville: USDHHS; 1988.
22. Barton J. Young teenagers and smoking in 1997: a report of the key findings from the Teenage Smoking Attitudes Survey carried out in England in 1997. London: Office for National Statistics; 1998.
23. Perkins KA. Metabolic effects of cigarette smoking. *J Appl Physiol*. 1992;72:401-9.
24. Holden JD, Hughes IM, Tree A. Benzodiazepine prescribing and withdrawal for 3234 patients in 15 general practices. *Fam Pract*. 1994;11:358-62.
25. Hirschfeld RMA. General introduction. In: Pelicier Y, editor. *Benzodiazepines: report of the WPA. Presidential Educational Task Force*; 1993.
26. Gold MS. Opiate addiction and the Locus Coeruleus. The clinical utility of clonidine, naltrexone, methadone, and buprenorphine. *Psychiatr Clin North Am*. 1993;16(1):61-73.
27. Milhorm HT. Chemical dependence diagnosis, treatment, and prevention: opioids. New York: Springer-Verlag; 1990.
28. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. Amphetamines and designer drugs. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, editors. *Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning*. Maryland: William & Wilkins; 1997. p. 340-55.
29. Dinwiddie SH. The pharmacology of inhalants. In: Graham AW, Schultz TK, editors. *Principles of addiction medicine*. Chevy Chase: ASAM; 1998.



## PRINCIPAIS COMORBIDADES ASSOCIADAS AO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Alessandra Diehl  
Paulo Márcio Souza



### Pontos-chave

- >> A comorbidade entre um transtorno por uso de substâncias e outro transtorno mental parece ser mais a regra do que a exceção.
- >> É fato que as comorbidades psiquiátricas associadas ao uso de álcool e outras substâncias tendem a resultar em piores prognósticos para ambas as doenças.
- >> O diagnóstico da comorbidade nem sempre é uma tarefa fácil, pois exige, da equipe de saúde mental, treinamento adequado, e, do paciente, pelo menos um mês de abstinência.
- >> O tratamento integrado das comorbidades associadas ao uso de substâncias tem sido o mais recomendado.
- >> Entre os transtornos psiquiátricos identificados com mais frequência em associação ao uso de substâncias, estão os transtornos do humor, os transtornos da personalidade e os transtornos psicóticos, tais como a esquizofrenia.
- >> Há evidências científicas suficientes que corroboram a utilização e a aplicabilidade das modalidades de terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) como terapias adjuvantes ao tratamento medicamentoso para muitas comorbidades associadas ao uso/abuso e à dependência de álcool e outras substâncias.

A alta prevalência da associação entre transtorno mental e transtorno por uso de substâncias psicoativas têm sido bem documentada em estudos clínicos e epidemiológicos de diferentes países ao longo dos últimos 30 anos. Na verdade, a comorbidade parece ser mais a regra do que a exceção.<sup>1</sup> Um estudo realizado no início dos anos 1980 e que continua sendo uma referência para essa afirmação é o Epidemiologic Catchment Area (ECA). Essa pesquisa estimou a prevalência de 22,5% para a associação transtorno mental/uso de substâncias, e a incidência ao longo da vida foi estimada em 32%. Entre pacientes dependentes de álcool, 37% apresentavam comorbidade com outro transtorno mental, sendo que essa taxa aumentava para 53% entre os dependentes de outras substâncias de abuso que não o álcool.<sup>2</sup>

Estudos posteriores revelam uma ampla variação de prevalências entre os achados, os quais guardam estreita relação com implicações metodológicas das pesquisas conduzidas. Isso acontece porque a metodologia dos estudos deve lidar com o desafio de realizar diagnósticos em amostras clínicas e comunitárias considerando-se o tempo de abstinência das substâncias, as avaliações na vigência do uso da droga, bem como a sobreposição e as flutuações dos sintomas. Além disso, somam-se também as limitações referentes à validade do tipo de avaliação diagnóstica realizada.<sup>1</sup>

Existe um apelo cada vez mais crescente no meio clínico e científico a respeito da necessidade de se fazer o diagnóstico da comorbidade, uma vez que a preocupação tem sido voltada para o fato de que muitos dos pacientes psiquiátricos têm comorbidades com uso de substâncias e não são diagnosticados. Isso resulta na evolução do transtorno sem tratamento, o que coloca em risco também o tratamento de sua doença mental e piora o prognóstico de ambas as condições. Idealmente, o diagnóstico adequado da comorbidade deve ocorrer com o paciente em abstinência por, pelo menos, um mês.<sup>1</sup>

As comorbidades mais encontradas são os transtornos de ansiedade (agorafobia, fobia social, transtorno de pânico), do humor (depressivos e bipolares), da personalidade (*borderline*, antissocial e esquizotípica), esquizofrenia, transtornos da alimentação e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Suas relações causais podem ser coincidência, vulnerabilidade genética em comum, automedicação, substrato neuronal em comum, estilo de vida com variáveis socioeconômicas ligadas ao uso de substâncias predispondo à comorbidade, hipótese da toxicidade em que o uso de substâncias levaria ao desenvolvimento da comorbidade, fatores ambientais e até mesmo a divisão de origens ainda desconhecidas.<sup>1-4</sup>

Os termos “primário” e “secundário” são empregados com frequência na literatura para classificar os transtornos em geral. “Primário” refere-se à primeira condição a se desenvolver. Essa é uma terminologia cronológica, que não representa causalidade. Seria mais significativo, no entanto, reconhecer que determinados transtornos são independentes e alguns são induzidos por outros transtornos.<sup>1</sup>

O duplo diagnóstico é, de fato, um assunto prevalente e bastante complexo, que tem gerado muitas preocupações por conta de suas importantes consequências aos pacientes, familiares, serviços de saúde e sociedade em geral. Comparadas a indivíduos que têm um único diagnóstico de transtorno mental ou transtorno por uso de substâncias psicoativas, pessoas que apresentam uma comorbidade estão sob maior risco de apresentar as seguintes características:

- atraso no diagnóstico correto de sua doença
- sintomas psicopatológicos mais graves
- menor adesão e pobre resposta ao tratamento
- maior comprometimento social

- aumento das admissões em serviços de pronto-socorro
- maior prevalência de comorbidades clínicas
- aumento da vulnerabilidade para aquisição de HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)
- mais ideação e tentativas de suicídio.

Além disso, esses indivíduos são também mais propensos a desemprego, situação de rua e envolvimento em episódios de violência e comportamento criminoso.<sup>1</sup>

Com relação aos serviços de saúde, observam-se ainda diversas barreiras que dificultam a adequada prestação de cuidados. Tais obstáculos dizem respeito tanto ao treinamento dos profissionais da saúde mental em identificar e diagnosticar a comorbidade como ao acesso, às questões organizacionais internas e à rede de atenção aos usuários. Isso acontece porque o sistema tradicional de saúde mental em diversos países do mundo muitas vezes não dispõe de elementos integrativos e raramente está preparado para atender as necessidades reais do indivíduo que apresenta diagnóstico com alguma comorbidade.<sup>5</sup>

Para reconhecer a comorbidade, o profissional da saúde deve ter conhecimentos suficientes e adequados de psicopatologia, conduzindo os maiores recursos de que dispõe, isto é, a entrevista psiquiátrica e o exame psíquico. Os exames complementares em psiquiatria, como a avaliação neuropsicológica e os exames de neuroimagem (p. ex., tomografia computadorizada, ressonância magnética, tomografia computadorizada por emissão de fóton único – SPECT), são ferramentas muito úteis na prática do clínico, mas não fazem o diagnóstico da comorbidade.<sup>6</sup>

Apesar de haver um crescente interesse científico e de alguns serviços promoverem importantes estruturas em seus sistemas de atendimento, nota-se que as propostas de intervenção ainda não são coordenadas e não ocorrem ao mesmo tempo. Poucas diretrizes de recomendações para o tratamento de comorbidades incluem resultados claramente direcionados tanto para o uso de substâncias quanto para os transtornos mentais. Os achados revelam, na verdade, a necessidade de ampliar as pesquisas nessa área, diminuir a lacuna entre evidência científica e prática clínica de tratamento e cuidados para essa população.<sup>7,8</sup>

Alguns autores sugerem que os transtornos comórbidos devem ser tratados em sequência, de forma simultânea ou de forma integrada; dependendo de seu tipo e sua gravidade, deve-se incluir modalidades de tratamento de escolha, as quais incluem terapia medicamentosa, TCC e terapia motivacional.<sup>9-11</sup> No entanto, não existe *one size fits all* nesse contexto, isto é, um “tamanho único” de tratamento para todos os indivíduos; por isso, uma abordagem flexível, com capacidade de aplicar os componentes específicos de técnicas, aliada a abordagens de atendimento de forma individualizada, parece ser extremamente necessária.<sup>12</sup>

Um dos objetivos deste capítulo é apresentar dados sobre as principais comorbidades associadas ao uso de substâncias psicoativas, utilizando como ilustração alguns exemplos práticos do cinema para o reconhecimento da condição; outro é apresentar uma breve atualização sobre a evidência científica da aplicabilidade da TCC para os diferentes tipos de comorbidade.

## ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma doença de distribuição universal, uma condição crônica que, em geral, tem início na adolescência ou no começo da vida adulta. A manifestação do transtorno acontece com o surgimento insidioso ou abrupto de sintomas com quadros psicopatológicos caracterizados, sobretudo, pelas alterações do pensamento (curso, forma e conteúdo), da sensopercepção (alucinações auditivas e visuais) e do afeto (rígido ou embotado), além do surgimento de ideias delirantes (persecutórias, religiosas ou místicas, de grandeza, descendência, etc.). A maioria dos pacientes evolui de forma a apresentar uma deterioração global do funcionamento, com prejuízos em diversas áreas da vida, como perdas laborais, disfunções executivas e pobre interação social. Alguns podem apresentar prejuízo de memória, apatia progressiva e capacidade volitiva comprometida.<sup>6,13</sup>

A prevalência do abuso e da dependência de substâncias psicoativas em indivíduos com esquizofrenia tem sido relatada como alta e com estimativas que variam de 10 a 70%.<sup>14</sup> A elevada associação implica hospitalizações mais frequentes e maiores períodos de internação, altas taxas de recaída e de baixa adesão, maiores riscos para violência, desemprego, infecção por HIV e suicídio.<sup>15</sup> Sabe-se, também, que indivíduos com esse transtorno são mais vulneráveis ao abuso de maconha do que sujeitos saudáveis. Ainda que não exista evidência epidemiológica suficiente que suporte o uso da maconha como um tipo de automedicação em pacientes com esquizofrenia, outros estudos demonstram o alívio de certos estados de afeto desagradáveis por meio de autorrelatos do “modelo de alívio de disforia”.<sup>16</sup> Um possível mecanismo neurobiológico que pode explicar a influência prejudicial do uso da maconha em indivíduos esquizofrênicos já foi sugerido; acredita-se que ele envolva o rompimento da sinalização e do funcionamento de canabinoides endógenos (p. ex., anandamida e seus análogos).<sup>16</sup>

Os pesquisadores estão apenas começando a entender por que o abuso de maconha pode ter efeitos nocivos no curso da esquizofrenia, tanto na fase aguda quanto em etapas mais avançadas da doença. Outras questões de interesse da pesquisa clínica são as alterações dos endocanabinoides e sua relação no aparecimento de sintomas, assim como análises *post mortem* de densidade de receptores CB1 em indivíduos com esquizofrenia.<sup>16</sup>

Na verdade, a comorbidade entre abuso/dependência de substâncias psicoativas e esquizofrenia provavelmente é multifatorial. A pesquisa recente tem atribuído



um papel significativo à gênese neurobiológica, ou seja, anormalidades na função hipocampal/cortical na esquizofrenia que medeiam a recompensa e a manutenção do comportamento de reforço são identificadas como cruciais para o desenvolvimento e a manutenção da comorbidade entre o transtorno e a dependência química. Os dados preliminares sugerem que a vulnerabilidade dos pacientes com esquizofrenia e transtorno por uso de substâncias pode ser um sintoma de doença primária.<sup>14</sup>

O diagnóstico diferencial entre esquizofrenia e psicose induzida por substâncias pode se tornar uma tarefa muito difícil, visto que as substâncias tanto podem causar alucinações e delírios quanto aumentar esses sintomas preexistentes. A investigação do funcionamento pré-mórbido e um tempo mínimo de abstinência das substâncias em geral são condições essenciais para que se estabeleça o adequado diagnóstico.<sup>15</sup>

O manejo do abuso/dependência de substância em comorbidade com a esquizofrenia é baseado no uso de medicamentos antipsicóticos. Dados recentes apontam para a preocupação a respeito da primeira geração de antipsicóticos, isto é, se seu uso a longo prazo pode ocasionar, inversamente, o aumento de propriedades de reforço da substância psicoativa abusada. Alguns relatos recentes atribuem um resultado favorável para a clozapina e para antipsicóticos de segunda geração, indicando um papel diferencial possível para vários antipsicóticos.<sup>14</sup>

Embora exista alguma evidência para a clozapina e para o uso concomitante de agentes como a naltrexona para indivíduos que apresentam a comorbidade esquizofrenia/dependência de álcool, a literatura disponível compreende, em grande parte, estudos e séries de casos, bem como estudos abertos e retrospectivos.<sup>12</sup> Entre os antipsicóticos, pode-se dizer que tanto os típicos quanto os atípicos são efetivos em melhorar sintomas da esquizofrenia. No entanto, a clozapina (cuja dose máxima recomendada é de 900 mg/dia) é o antipsicótico mais efetivo no tratamento tanto dos sintomas da esquizofrenia quanto daqueles relacionados ao uso de substâncias.<sup>8</sup>

Alguns autores são categóricos ao afirmar que a comorbidade entre o abuso de substâncias e a esquizofrenia constitui uma dimensão por si só e merece receber uma indicação para o desenvolvimento de novos antipsicóticos, semelhante ao que ocorreu nos sintomas-alvo de déficits cognitivos e sintomas negativos.<sup>14</sup>

Em termos de abordagens psicossociais, há certa concordância em relação ao fato de que as abordagens integradas são mais apropriadas. Os aspectos específicos de atendimento, a entrevista motivacional, a TCC, o manejo de contingência e as intervenções familiares têm uma literatura emergente de apoio.<sup>12</sup>

## TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é uma condição neurobiológica que ocorre na infância e, com frequência, persiste na vida adulta. É um

transtorno caracterizado pela desatenção e falta de dedicação persistente a atividades que requerem envolvimento cognitivo, com tendência a atividade excessiva (hiperatividade/impulsividade), desorganizada e pouco controlada. Na maioria dos casos, o TDAH está associado com disfunção funcional crônica e aumento das taxas de comorbidade.<sup>6,13</sup>

O TDAH é uma doença psiquiátrica que ocorre, com muita frequência, em conjunto com transtornos pelo uso de substâncias psicoativas, com prevalência em amostras comunitárias variando entre 15%, para qualquer tipo de abuso de substâncias psicoativas; 5,9%, para abuso de álcool; 5,8%, para dependência de álcool; 4,4%, para dependência de substâncias ilícitas; e 2,4%, para abuso de substâncias ilícitas.<sup>6</sup> Já em amostras clínicas, uma metanálise conduzida por um grupo de holandeses mostra que essa prevalência aumenta para 23,1% (IC: 19,4-27,2%). Na mesma revisão de 29 estudos selecionados, a dependência de cocaína foi associada com menor prevalência de TDAH do que a dependência de álcool e de opioides. Nessa revisão, foram excluídos os sujeitos que tinham a nicotina como a substância de escolha.<sup>17</sup>

Relatos clínicos mais minuciosos sugerem que meninos e meninas com TDAH podem diferir em sua vulnerabilidade quanto a problemas de uso/abuso e dependência de substâncias psicoativas. Em estudo conduzido por Sihvola e colaboradores<sup>18</sup> em uma amostra de adolescentes escolares, concluiu-se que, embora os sintomas de TDAH fossem menos frequentes entre o gênero feminino, eles foram mais preditivos de resultados adversos, como a persistência do uso de álcool e demais substâncias, mesmo quando outras variáveis – como o transtorno da conduta – foram controladas. Os achados reforçam o fato de que a desatenção e a hiperatividade podem ser mais preditivas de transtornos de uso de álcool e padrões mal-adaptativos de uso de álcool e substâncias ilícitas entre meninas do que entre meninos. A importância desses sintomas comportamentais deve ser avaliada, ainda, na comunidade, uma vez que pode comprometer o sucesso dos adolescentes afetados em uma fase muito importante: a transição para os papéis adultos.<sup>18</sup>

Um estudo que avaliou a tendência dos últimos 10 anos (2000 a 2010) de diagnóstico e tratamento do TDAH nos Estados Unidos mostra que o número de consultas médicas ambulatoriais em que o transtorno foi diagnosticado aumentou 66%, isto é, de 6,2 milhões (95% intervalo de confiança 5,5-6,9 milhões) para 10,4 milhões. Os psicoestimulantes foram o tratamento dominante nessas visitas, tendo sido usados em 96% dos tratamentos no ano 2000 e em 87% no ano de 2010. O uso da atomoxetina diminuiu o número de visitas para tratamento desde o seu lançamento, ocorrido em 2003: de 15%, o índice foi para 6% até 2010. A utilização de potencial terapia de substituição, como clonidina, guanfacina e bupropiona, permaneceu relativamente constante (entre 5 e 9% de visitas de tratamento) durante a maior parte do período examinado. É interessante notar que, durante esse período,

o manejo do TDAH deslocou-se de pediatras para psiquiatras (de 24 para 36% de todas as visitas) sem grandes mudanças na gravidade da doença.<sup>19</sup>

A farmacoterapia continua sendo o eixo central do tratamento. Os medicamentos psicoestimulantes são, em geral, os fármacos mais utilizados para tratar o TDAH, embora muitos médicos ainda relutem em prescrever estimulantes para pacientes com uso/abuso e dependência de substâncias.<sup>15</sup> A evidência até agora sugere que a prevalência do uso indevido de estimulantes prescritos varia entre estudantes adolescentes e jovens adultos, mas é maior do que na população em geral, sobretudo entre adultos com TDAH e usuários de outras substâncias ilícitas. A ideia de que essas práticas se tornaram mais prevalentes por conta do aumento nas prescrições desses medicamentos não é suportada por estudos de grande escala na população. No entanto, são limitadas as informações sobre as tendências na utilização indevida em países nos quais houve aumentos recentes nas taxas de prescrição e consumo. Pouco se sabe sobre a frequência e a cronicidade do uso indevido, ou mesmo a extensão dos danos associados, sobretudo entre populações de estudantes adultos jovens, indivíduos com TDAH e usuários de substâncias ilícitas, entre os quais o abuso é mais provável.<sup>20</sup>

Alguns estudos mostram que doses terapêuticas de metilfenidato não pioram a dependência de substâncias, mesmo em pacientes que as consomem de forma ativa. As pesquisas demonstram também que o uso de medicamentos para o TDAH exacerba o transtorno pelo uso de substâncias, mas poucos foram os ensaios clínicos que avaliaram essa associação. Portanto, o tratamento para a comorbidade segue sendo o mesmo indicado para o TDAH. É importante lembrar que o TDAH não tratado é um fator importante para o desenvolvimento de problemas com o uso de substâncias, o que favorece o uso de estimulantes como estratégia preventiva entre os adolescentes com esse transtorno mental.<sup>8</sup>

A eficácia e a segurança das composições de anfetamina para o tratamento de TDAH são demonstradas em estudos clínicos e metanálises. As composições de longa ação de anfetamina (de 12 horas) têm sido muito estudadas e mostram-se eficazes sem aumento de efeitos adversos. Composições de anfetaminas de liberação prolongada oferecem a vantagem óbvia de duração maior de ação em relação às composições de anfetaminas de liberação imediata e ação curta (4 horas), além de demonstrarem redução na probabilidade de abuso quando comparadas às de curta duração.<sup>21</sup>

A atomoxetina é um inibidor seletivo da recaptação da noradrenalina e também é um dos medicamentos utilizados para o tratamento do TDAH. A metanálise conduzida por van Wyk e colaboradores<sup>22</sup> incluiu N = 1.391 crianças e adolescentes com a finalidade de comparar a eficácia entre a atomoxetina e o metilfenidato. Concluiu-se que a melhora de sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade foi equivalente em ambos os fármacos.<sup>22</sup> Poucos estudos, no entanto, têm

avaliado esses medicamentos quando o uso de substâncias está presente, daí a necessidade de ampliar a evidência científica para tal indicação.<sup>8</sup>

O *status* atual da aplicabilidade da TCC para o TDAH tem aumentado, sendo que as evidências disponíveis a partir de ensaios clínicos randomizados e controlados, assim como de ensaios clínicos abertos, sugerem que essa abordagem é promissora na promoção da redução significativa dos sintomas. A avaliação dos conteúdos das intervenções de TCC oferecidas sugere que a aprendizagem orientada e a prática de estratégias compensatórias específicas de comportamento podem ser componentes ativos fundamentais em TCC para o TDAH em adultos.<sup>23</sup>

## >> QUADRO 5.1

### TDAH e dependência de maconha

Filme: *Profissão surfista*

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é de difícil diagnóstico no adulto, o que se agrava quando há comorbidade com abuso e dependência de substâncias. O filme *Profissão surfista* tem como protagonista um indivíduo cujo comportamento pode ser o de alguém que sofre dessa comorbidade. Steve Addington, interpretado por Matthew McConaughey, é um surfista “viajandão”, consumidor diário e pesado de maconha que parece ser de “bem com a vida”, sem maiores preocupações além de surfar. Porém, analisando detalhadamente, pode-se perceber alguém “desligado demais”. Por exemplo, quando o personagem Jack, interpretado por Woody Harrelson, passa a Steve uma revista e o manda ler uma reportagem na página 35, o rapaz não presta atenção; em outro momento, Steve quase incendeia a si próprio ao fazer uma fogueira (“acho que botei muita gasolina” são suas palavras para o menino que está ao seu lado). Há também a parte em que Steve esquece as próprias calças, saindo nu de casa e obrigando Dani, personagem interpretada por Alexie Gilmore, a correr com uma bermuda atrás dele. Em um diálogo entre amigos sobre Steve, é dito que ele “só anda de um lado para outro” e “não para”, mas esse diálogo acontece quando Steve está fazendo abstinência de maconha (e de mulheres, em uma tentativa meio mágico-mística de trazer ondas de volta ao mar). Nesse período de abstinência, Steve se torna ameaçador para algumas pessoas, diferente de seu estado “zen” tão cultivado anteriormente. Seria esse comportamento um resultado da abstinência de maconha? Seria esse o verdadeiro Steve, não tão “paz e amor”? Será uma impulsividade “controlada” pela maconha? Se realmente o período de abstinência da substância durante a falta de ondas (período que durou 58 dias) se concretizou, e Steve continuava desatento, seria possível diagnosticar um TDAH independente do uso nocivo de maconha, sendo uma comorbidade verdadeira, não apenas o resultado do uso da maconha, o que se sabe ser prejudicial à memória e à capacidade de atenção.

## TRANSTORNOS DO HUMOR

Nesse grupo de entidades nosológicas, a perturbação fundamental é a alteração do humor ou do afeto, em geral para depressão ou elação (euforia, disforia), de forma episódica ou persistente, com frequência acompanhada por alteração glo-

bal das atividades e por um conjunto de sintomas secundários compreendidos no contexto de tais alterações, como insônia ou hipersonia e anorexia ou hiperfagia. Podemos dividi-los em dois grandes grupos: os transtornos bipolares (TBs) e os transtornos depressivos do humor.<sup>6,13</sup>

Os transtornos do humor, sobretudo os TBs, frequentemente estão associados com os transtornos por uso de substâncias, podendo atingir prevalências de até 60%, dependendo da amostra estudada e do tipo de instrumento de avaliação empregado.<sup>24,25</sup>

Existem muitos ensaios clínicos bem conduzidos entre indivíduos com transtornos do humor; porém, a maioria ocorre na ausência de uma condição comórbida. Por essa razão, não é possível generalizar os resultados desses estudos a indivíduos com transtornos do humor concomitantes ao uso de substâncias psicoativas, pois a eficácia terapêutica e/ou os perfis de segurança e tolerabilidade podem ser diferentes com a presença de álcool, *crack*, opioides e tantas outras substâncias de abuso.<sup>24,25</sup>

Não há evidência científica consistente que possibilite indicar qual estabilizador do humor é mais adequado para a comorbidade transtornos do humor/abuso de substâncias. Algumas diretrizes recomendam que seja dada preferência a um anticonvulsivante (carbamazepina ou valproato de sódio) como regulador do humor nos casos de TBs. O topiramato também pode ser utilizado em associação com outros estabilizadores, visto que não é um estabilizador de primeira linha. Os novos antipsicóticos também podem ser utilizados, pois acrescentam o benefício do controle de sintomas psicóticos e de agressividade e auxiliam a tornar mais rápida a estabilização do humor.<sup>15</sup> Para os transtornos depressivos associados ao uso de álcool e outras substâncias, os inibidores da recaptação seletiva de serotonina (IRSSs) continuam sendo a primeira recomendação, pois apresentam menor risco de toxicidade e melhor perfil de efeitos colaterais.<sup>8</sup>

Algumas condições especiais devem ser avaliadas no grupo de pacientes apresentando transtornos do humor comórbidos ao uso de álcool e outras substâncias. Uma dessas condições diz respeito aos problemas do sono, os quais, em geral, ocorrem em pacientes com doença bipolar e são vistos como preditivos de sintomas do humor subsequentes. Os problemas do sono também são associados a piores resultados do uso de drogas em indivíduos com transtorno por uso de substâncias, o que denota a necessidade de identificação dessa queixa e seu adequado tratamento.<sup>26</sup>

Outra condição bastante relevante na comorbidade transtornos do humor/uso de substâncias são as tentativas de suicídio e suicídios consumados. Deve-se dar especial atenção a mulheres com TB e adolescentes com idade muito precoce para o primeiro episódio de tratamento para alteração do humor, com história de abuso de álcool e outras substâncias – incluindo benzodiazepínicos – e com baixa adesão aos tratamentos propostos. Essa população apresenta maior risco de suicídio.<sup>27</sup>

Diversas modalidades de TCC têm sido avaliadas para o tratamento dos transtornos do humor; entre elas, destacam-se a terapia cognitiva baseada no modelo *mindfulness* e o modelo conhecido como *think effectively about mood swings* (TEAMS). Os resultados fornecem evidências preliminares de que são opções de tratamento com aceitabilidade e eficácia, podendo ser utilizadas como adjuvantes ao tratamento medicamentoso para melhorar o funcionamento cognitivo, sobretudo em pacientes com TB.<sup>28-30</sup>

## TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

Os transtornos da personalidade são padrões de comportamento clinicamente caracterizados por um estilo de vida pessoal mal-adaptado, inflexível e prejudicial ao indivíduo e/ou a terceiros; tais padrões ocorrem de forma duradoura no adulto, refletindo, assim, o modo como a pessoa se relaciona com seu meio social. Costuma-se dizer, de forma coloquial, que o transtorno da personalidade (TP) é o “jeito de

### >> QUADRO 5.2

#### Depressão e dependência de álcool

Filme: *Despedida em Las Vegas*

Em termos de depressão e dependência de álcool, um clássico é o filme intitulado *Despedida em Las Vegas*. Nessa produção, é possível questionar o que veio primeiro: a depressão ou a dependência de álcool? Ou ambos surgiram juntos? Essa dúvida é exemplificada na fala de Ben, personagem interpretado por Nicolas Cage. No início do filme, ele diz que não sabe se bebe porque a esposa o deixou ou se a esposa o deixou porque ele bebe. Assim sendo, não se pode diagnosticar Ben sem um período de abstinência menor do que um mês, situação complicada, pois o personagem encontra-se em franca abstinência de álcool, com tremores moderados e sudorese profusa pela manhã ou quando acorda depois de um período sem beber. Porém, mais grave do que sua síndrome de abstinência é sua determinação em morrer (Ben deixa claro para Sera, personagem de Elisabeth Shue, que foi para Las Vegas para beber até a morte). O filme mostra as mudanças de humor de Ben, alegre quando intoxicado e sóbrio quando abstinente. Perecebe-se, mais uma vez, a dificuldade em fazer o diagnóstico: seria essa alegria um efeito da intoxicação alcoólica ou uma reversão temporária do quadro depressivo (promovida pelo álcool), que começou após a separação conjugal? O humor depressivo na abstinência seria decorrente do retorno da sintomatologia depressiva, do sintoma disfórico de abstinência do álcool ou do quadro induzido? No caso de Ben, isso jamais será descoberto, uma vez que conseguiu seu intento, isto é, beber até a morte. Em segundo plano, observa-se também o fenômeno chamado, na dependência química, de codependência, por parte de sua companheira de vida, a profissional do sexo Sera. É importante identificar esse tipo de comportamento entre familiares de qualquer dependente químico com ou sem comorbidade, pois essa situação pode ser fator de recaída e precisa ser abordada em programas de tratamento.

## &gt;&gt; QUADRO 5.3

**Transtorno afetivo bipolar e dependência de cocaína**Filme: *Se beber, não case! 2*

No filme *Se beber, não case! 2*, há um personagem que apresenta as dificuldades encontradas com frequência na prática clínica em termos de definição de diagnóstico. Chow é um indivíduo de difícil avaliação, mas no qual pode-se observar um humor elevado (é o único dos personagens que acorda rindo após um dia de consumo excessivo de substâncias, ou que ri desproporcionalmente quando um dedo é encontrado pelos demais personagens). Chow usa roupas e adereços exagerados e coloridos, além de evidenciar grandiosidade e onipotência em determinadas situações (como quando aparece em uma sequência de direção automotiva perigosa e muito imprudente, pois ele salta com o carro que dirige. Chow, mesmo após ser preso pela polícia, se mostra “acelerado”. Porém, desde o início do filme, sabe-se que o rapaz usa cocaína de forma pesada, o que possivelmente caracteriza dependência da droga (tão logo acorda, Chow “cheira uma carreira extraordinária”, que assusta outro personagem e faz este, em outra cena, “cortar o barato” de Chow, reclamando e impedindo-o de usar mais cocaína). Como diferenciar aceleração, onipotência, humor elevado e exposição a riscos (características de um transtorno do humor) de efeitos da intoxicação de cocaína? Ou, mais difícil, como diagnosticar uma comorbidade dessas duas condições? Como é explicado neste capítulo, para o diagnóstico ser definido, é necessária a abstinência de cocaína por pelo menos um mês. Só então seria possível dizer se Chow tem dependência de cocaína, um transtorno do humor induzido por cocaína, um transtorno do humor em comorbidade com a dependência ou mesmo um transtorno da personalidade associado a um ou mais desses diagnósticos aventados.

ser da pessoa”, o que colabora para o não reconhecimento do transtorno como uma doença e uma condição que exige tratamento.<sup>6,13,31</sup>

Os TPs são muito prevalentes entre adultos jovens na população em geral (65%). No entanto, considera-se que até 70% dos indivíduos com um TP têm algum transtorno por uso de álcool e outras substâncias associadas. Os TPs observados com mais frequência em dependentes químicos são os seguintes (em ordem decrescente de prevalência): personalidade antissocial, *borderline*, esQUIVA e paranoide. Tais prevalências diferem entre os gêneros, isto é, o TP mais encontrado em homens é o antissocial enquanto, entre as mulheres, é o *borderline*.<sup>31</sup>

Jovens adultos com TPs apresentam risco aumentado de desenvolver um transtorno relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Entretanto, a natureza do modelo causal entre TPs e uso de substâncias psicoativas ainda não está clara e necessita de maiores investigações, embora algumas teorias já tenham sido formuladas, como a do modelo da redução do estresse, a teoria do modelo da desinibição do comportamento e a do modelo relacionado com sensibilidade e recompensa.<sup>31</sup>

É importante observar que muitos pacientes apresentam traços de personalidade relacionados ao uso de substâncias psicoativas, ou seja, esses traços não determinam, necessariamente, um TP. Entre essas características, destacam-se impul-

sividade, dificuldade em lidar com emoções negativas, desinibição, manipulação, sedução, mentiras e roubos. Esta última característica deve ser avaliada à luz do contexto da situação e do uso de substâncias.<sup>15,31</sup>

As possibilidades terapêuticas apontadas na literatura para a associação comórbida TP/uso de substâncias não são consensuais. Em geral, os autores recomendam o uso combinado de antidepressivos serotoninérgicos, reguladores do humor e neurolépticos em baixa dose, sobretudo para o TP *borderline*.<sup>8,15</sup> Normalmente, os pacientes com essa comorbidade são considerados “muito difíceis”, sendo comum causarem repúdio e contratransferência negativa nas equipes de saúde que os atendem. Tal situação torna necessária a presença de mais de um profissional do quadro multiprofissional, assim como vários *settings* de intervenção ao longo do processo terapêutico para dar conta das demandas que surgem.<sup>32</sup>

Entre as abordagens psicoterapêuticas para a associação dos TPs com uso/abuso e dependência de substâncias psicoativas, as mais citadas na literatura e que

#### >> QUADRO 5.4

##### **Transtorno da personalidade e dependência química**

Filme: *O casamento de Rachel*

O transtorno da personalidade *borderline* em comorbidade com a dependência química é exemplificado no filme *O casamento de Rachel*. Nesse filme, Kym, interpretada por Anne Hathaway, é uma dependente química (não fica claro qual substância psicoativa está envolvida, mas álcool parece ser uma delas) que sai de uma internação compulsória para ir ao casamento da irmã, Rachel. As dificuldades com limites (entra fumando no quarto da irmã, que se preocupa, pois Kym pode colocar fogo em seu vestido de casamento; atrasa-se para a primeira sessão de Narcóticos Anônimos; conta segredos da irmã a terceiros), sua impulsividade (evidenciada no filme pela cena em que Kym conhece o padrinho de casamento do cunhado e, na cena seguinte, o sexo no porão da casa enquanto as pessoas se preparam para a cerimônia, referida por Kym como “clássica”), suas dificuldades para lidar com frustrações (quando sabe que não será a primeira madrinha), sua instabilidade emocional (mostrada em contraste com outros que choram e riem durante uma pré-festa na qual todos brindam ao casamento, mas que em Kym aparecem mais intensamente, a ponto de fazê-la brigar com a irmã) e sua tentativa de suicídio (quando joga o carro para fora da estrada e bate em uma árvore após uma discussão com sua mãe) são características que satisfazem qualquer critério para transtorno da personalidade *borderline*. Nesse caso, é mais fácil realizar o diagnóstico, pois Kym já está abstinente há nove meses, período oriundo da internação compulsória após ter apresentado problemas legais. Talvez o que chame atenção nesse filme seja a dificuldade para tratar essa comorbidade, afinal como conseguir o engajamento necessário para o tratamento da dependência química por quem tem extrema dificuldade em engajar-se em relacionamentos ou atividades em longo prazo? Nos Estados Unidos, as internações compulsórias são realizadas com maior frequência. Será que esse tipo de procedimento é efetivo? Como funciona a lei brasileira para tal questão? Quando a internação compulsória deve ser indicada?



apresentam alguma efetividade são as técnicas de prevenção de recaída, como manejo da fissura, controle de impulsos, treinamentos de habilidades para enfrentamento e comunicação, assertividade, etc.<sup>31</sup>

## TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os transtornos de ansiedade são caracterizados por um conjunto de sinais e sintomas, predominantemente ansiosos e fóbicos, os quais se manifestam de forma somática e/ou psíquica, por exemplo, palpitações, sensação de desmaio, medo de morrer, de perder o controle ou de enlouquecer, pensamentos repetitivos acompanhados por desconforto, desde um grau variável até o terror.<sup>6,13</sup>

O consumo de álcool e outras substâncias aumenta em 2 a 3 vezes os riscos para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade. Os sintomas ansiosos podem estar relacionados com o modo como cada substância age no sistema nervoso central. Por exemplo, agentes depressores causam ansiedade no momento da abstinência, estimulantes provocam ansiedade na vigência da intoxicação e perturbadores podem causar sintomas ansiosos transitórios.<sup>15</sup> Assim, o consumo de maconha (*Cannabis*), mesmo que eventual, está relacionado com o surgimento do modo mais precoce de sintomatologia ansiosa, principalmente crises de pânico em indivíduos com maior vulnerabilidade. O oposto também pode ser observado, isto é, indivíduos com queixas de ansiedade e que consomem maconha para produzir relaxamento podem evoluir para a piora dos sintomas preexistentes, além de sofrerem dependência dessa substância.<sup>15,33</sup>

O álcool é a substância mais utilizada para diminuir os sintomas ansiosos e aliviar aqueles relacionados à fobia social. Alguns sintomas relacionados à ansiedade, como tensão muscular, insônia e inquietação, podem ser aliviados com a ingestão de pequenas doses de álcool. Indivíduos com fobia social podem desenvolver dependência de álcool por iniciarem uso da substância justamente com a finalidade de facilitar, por exemplo, um encontro amoroso ou a exposição de uma apresentação acadêmica na escola, e não conseguirem controlar o consumo depois. É comum que usuários crônicos de álcool relatem melhora dos sintomas ansiosos e da síndrome de abstinência após o consumo de bebidas alcoólicas.<sup>15</sup>

Indivíduos tabagistas associam o cigarro à sensação de alívio da ansiedade provocada por sintomas de abstinência, e por isso podem recorrer ao cigarro como manejo para outros sintomas ansiosos. A prevalência entre tabagismo e transtornos de ansiedade é de 47%.<sup>15</sup> Já os estimulantes, como *crack* e anfetaminas, são capazes de produzir sintomas importantes de ansiedade. Com certa frequência, usuários dessas substâncias são atendidos em caráter de emergência devido a queixas de precordialgia, tremores, taquicardia, sudorese e sensação iminente de morte, sintomas que também estão presentes em transtornos ansiosos, como no trans-

torno de pânico. No período de abstinência de estimulantes, também pode haver ansiedade associada a sintomas físicos, como tremores e sudorese. Indivíduos que já apresentam esses quadros podem ter sua sintomatologia intensificada pelo consumo de tais substâncias.<sup>15</sup>

Talvez a associação mais comum entre os transtornos de ansiedade seja o abuso e a dependência de benzodiazepínicos, substâncias que apresentam propriedades ansiolíticas, sedativas, hipnóticas, anticonvulsivantes e de relaxamento muscular. Os benzodiazepínicos são, em geral, utilizados no início do tratamento de quadros ansiosos, como o transtorno de pânico.<sup>15</sup> A prescrição exagerada e a orientação médica insuficiente – com perpetuação de “renovações de receitas” – fazem dessas propriedades possíveis fatores de desenvolvimento de dependência. A TCC contribui no tratamento dessa comorbidade, tendo recebido muitas indicações em diferentes populações, inclusive para indivíduos que buscam a descontinuação do uso de benzodiazepínicos.<sup>34</sup>

#### >> QUADRO 5.5

##### **Transtornos de ansiedade e dependência de álcool**

Série: *Two and a half men*

A comorbidade transtornos de ansiedade/dependência de álcool, que confunde a barreira entre realidade e ficção, é exemplificada pela série de televisão *Two and a half men*, criada nos Estados Unidos, em 2003. Na série, Charlie (interpretado por Charlie Sheen) é um solteirão conquistador e notório dependente de álcool. No 13º episódio da 4ª temporada, Charlie precisa se apresentar em um *show* diante de uma plateia de crianças. Nesse momento, ele sofre muito e revela a seu irmão o motivo pelo qual nunca tocou em uma banda, apesar de ser músico: “eu tenho medo de palco, pavor enorme, incontrolável, medo do tipo molhar as calças”, “a última vez que estive na frente de uma plateia foi no *show* de talentos da 7ª série, eu estava tremendo, suando, achei que ia vomitar”. Tal descrição configura uma fobia situacional, pois expõe sintomas e comprometimento funcional que permanecem na vida de Charlie. Em outro momento, o protagonista tem uma “epifania” quando o empresário – que o ameaça com um processo – obriga Charlie a realizar a apresentação. Chegando visivelmente alterado pelo álcool, Charlie diz a seu irmão: “descobri o que deu errado na 7ª série: eu ainda não tinha começado a beber”. Há, aqui, uma situação muito comum na vida real, inclusive com uma difícil distinção entre o patológico e o normal, pois o álcool, em seu papel de “lubrificante social”, é usado por uma grande quantidade de pessoas para “quebrar o gelo” nas mais diversas situações sociais. Em situações nas quais Charlie precisa se expor a um público, é possível diagnosticar um transtorno de ansiedade, “tratado” pelo personagem com sua preexistente dependência de álcool, comorbidade encontrada com frequência na prática clínica. Por fim, não se pode desconsiderar a quebra da fronteira entre realidade e ficção: recentemente, o contrato do ator Charlie Sheen com a produção da série foi cancelado em virtude de seus problemas de comportamento decorrentes de sua dependência química.

## TRANSTORNOS DA ALIMENTAÇÃO

Os transtornos da alimentação são padrões alimentares disfuncionais na forma de bulimia nervosa, anorexia nervosa e comer compulsivo. Esses sintomas ocorrem de forma repetitiva e duradoura, e sua relação doentia com a comida está, em geral, acompanhada por prejuízo e comprometimento nas rotinas pessoal, social, laboral e até mesmo sexual, resultando em sobrepeso, obesidade ou emagrecimento excessivo.<sup>6,13</sup> As pesquisas apontam para uma associação significativa entre transtornos da alimentação e transtornos por uso de substâncias, especialmente em mulheres jovens. Tal associação tende a ser maior em mulheres com bulimia nervosa e anorexia nervosa do subtipo purgativo e envolve tanto o álcool quanto o abuso/dependência de substâncias; já a comorbidade relacionada à obesidade, como o comer compulsivo, não é tão comum. Um estudo longitudinal de nove anos de seguimento mostrou que 18% das mulheres com anorexia nervosa e 30% daquelas com bulimia nervosa também foram diagnosticadas com um transtorno por uso de substâncias no início do curso da pesquisa.<sup>35</sup>

Além de transtornos por uso de álcool e outras substâncias, o uso regular de nicotina também é frequente em mulheres com transtornos da alimentação. A frequência do consumo de nicotina é maior em mulheres com bulimia nervosa do que naquelas com anorexia nervosa. Essa associação pode surgir por causa da crença comum de que o uso de nicotina pode ajudar na perda de peso. Portanto, as preocupações das mulheres sobre o peso e a forma corporal – particularmente importantes para aquelas que apresentam um transtorno da alimentação – podem aumentar o risco de tabagismo.<sup>35</sup> A mortalidade entre essa comorbidade costuma ser alta, como mostram os resultados de um estudo japonês longitudinal de seis anos de seguimento de pacientes após alta hospitalar. Esse estudo sugere que a comorbidade com o alcoolismo em indivíduos com transtornos da alimentação é um fator importante de morte em pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa: a mortalidade entre transtornos da alimentação e alcoolismo foi de 27,7%; 19,4% entre transtornos da alimentação sem alcoolismo e 3,5% entre alcoolismo sem transtornos da alimentação.<sup>36</sup>

A restrição alimentar tem sido associada a indução de neuroadaptações em circuitos de recompensa do cérebro, os quais podem estar entre aqueles que facilitam a sobrevivência durante períodos de escassez de alimento na natureza. No entanto, a *up-regulation* de mecanismos que promovem a aprendizagem e a recompensa pode representar um perigo quando a restrição alimentar é autoimposta em um ambiente de abundantes recompensas apetitivas. Por exemplo, episódios de perda de controle durante a perda de peso em uma dieta e o uso de substâncias com potencial de causar dependência, alternando o jejum com o consumo de álcool a fim de evitar o ganho de peso, podem induzir plasticidade sináptica, o que

umenta o risco de suportar recompensas mal-adaptativas do comportamento. Em outras palavras, a restrição alimentar pode alterar a função dos neurônios dopaminérgicos *mesoacumbens*, potencializando respostas celulares e comportamentais para estimulação de receptores de dopamina (D-1 e D-2) e aumentando o estímulo induzido por inserção sináptica dos receptores AMPA (ácido  $\alpha$ -amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazol-propiónico) no *nucleus acumbens*, perpetuando comportamentos mal-adaptativos.<sup>37</sup>

Com frequência, essas condições apresentam comorbidades não somente com abuso/dependência de substâncias, mas também com transtornos do humor, da personalidade e de ansiedade. Por isso, um dos objetivos do tratamento deve ser a promoção da remissão completa dos sintomas, favorecendo a regularização da alimentação, além de viabilizar maior controle do peso corporal com a ajuda de uma equipe interdisciplinar, que envolve psiquiatra, psicólogo, nutricionista e clínico geral ou nutrólogo, se necessário, para o tratamento de condições da medicina geral.<sup>15</sup>

#### >> QUADRO 5.6

##### **Transtornos da alimentação/psicose e dependência de anfetamina**

Filme: *Réquiem para um sonho*

O filme que exemplifica a comorbidade transtornos da alimentação/psicose e dependência de anfetamina traz uma condição frequente na prática clínica. Em *Réquiem para um sonho*, Sara Goldfarb (interpretada por Ellen Burstyn) apresenta uma série de sintomas difíceis de caracterizar. No início, ela parece ter uma relação saudável com a alimentação (em uma cena, Sara alisa uma caixa de chocolates), mas rapidamente essa relação se torna problemática. Sara inicia a busca por um peso possível apenas em seu imaginário (isso aparece quando ela vê uma foto na qual aparece mais magra, porém muito mais jovem) com o objetivo de entrar no vestido vermelho que usou no passado. Seu primeiro passo é iniciar uma dieta retirada de um livro – “Perca 5 kg em 10 dias” – o que, obviamente, logo se mostra inatingível. Sara começa a usar anfetaminas após uma consulta (na qual o médico mal a olha), e logo desenvolve hiperatividade, agitação e humor elevado. Com o desenvolvimento de tolerância, Sara aumenta a própria dose até um ponto que lhe causa alucinações. Quando procura novamente o médico, já apresenta o início de um quadro de psicose (Sara relata ao profissional que “tudo está ficando confuso”). Passa a ter delírios de referência, nos quais a televisão fala sobre Sara, além de apresentar desorganização e exposição. A personagem, então, é internada e recebe alimentação forçada, como acontece com pacientes com transtornos da alimentação. Como a paciente não responde aos medicamentos (percebe-se que Sara está internada há um certo tempo e em abstinência de anfetaminas), o médico recomenda eletrochoque (infelizmente retratado no filme de forma preconceituosa e inadequada, i. e., sem anestesia e parecendo uma tortura). Ainda assim, não parece haver uma resposta satisfatória, o que indica que o diagnóstico de psicose anfetamínica não é adequado, mas pode haver um quadro preexistente de psicose ou transtorno do humor comórbido à dependência de anfetamina e complicado por, no mínimo, problemas com a alimentação, se não um transtorno da alimentação.

Entre as abordagens psicossociais, destaca-se a TCC com suas diversas modalidades, incluindo a *mindfulness*, que é a intervenção mais estudada tanto em formato de grupoterapia quanto de terapia individual.<sup>38</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numerosas são as perguntas ainda sem respostas claras na área do duplo diagnóstico. Por essa razão, é muito importante que outras pesquisas sejam conduzidas para que mais resultados sejam obtidos nesse campo, com o objetivo promissor da busca de intervenções farmacoterápicas e psicossociais mais orientadas para as necessidades específicas dos indivíduos.<sup>16</sup>

Apesar de todas as evidências da aplicabilidade da TCC no tratamento de grande parte das comorbidades associadas ao abuso de substâncias psicoativas, há um contraponto exposto recentemente pelo pesquisador Goldberg.<sup>39</sup> Ele ressalta a crescente identificação e medicalização de transtornos subclínicos, por meio dos manuais diagnósticos atuais, gerando, assim, “novos” transtornos e o aumento de diagnósticos comórbidos, os quais, possivelmente, seriam apenas sintomas do transtorno de base. Seria isso reflexo da chamada “indústria da comorbidade” ou pesquisadores e clínicos têm negligenciado seus saberes básicos de psicopatologia?<sup>39</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Langâs AM, Malt UF, Opjordsmoen S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area: a clinical study. *BMC Psychiatry*. 2011;11:25.
2. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990;264(19):2511-8.
3. Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, et al. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(11):1158-67.
4. Chou SP, Lee HK, Cho MJ, Park JI, Dawson DA, Grant BF. Alcohol use disorders, nicotine dependence, and co-occurring mood and anxiety disorders in the United States and South Korea: a cross-national comparison. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(4):654-62.
5. Canaway R, Merkes M. Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Aust Health Rev*. 2010;34(3):262-8.
6. Louzã Neto MR, Elkis H. *Psiquiatria básica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
7. Perron BE, Bunger A, Bender K, Vaughn MG, Howard MO. Treatment guidelines for substance use disorders and serious mental illnesses: do they address co-occurring disorders? *Subst Use Misuse*. 2010;45(7-8):1262-78.
8. Diehl A, Palhares HNA. Tratamentos farmacológico e psicossocial da comorbidade entre transtornos mentais e dependência química: montando um quebra-cabeça. In: Diehl A,

- Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Tratamentos farmacológicos para dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. cap. 29, p. 327-44.
9. Hides LM, Elkins KS, Scaffidi A, Cotton SM, Carroll S, Lubman DI. Does the addition of integrated cognitive behaviour therapy and motivational interviewing improve the outcomes of standard care for young people with comorbid depression and substance misuse? *Med J Aust.* 2011;195(3):S31-7.
10. Watkins KE, Hunter SB, Hepner KA, Paddock SM, de la Cruz E, Zhou AJ, et al. An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(6):577-84.
11. Cornelius JR, Douaihy A, Bukstein OG, Daley DC, Wood SD, Kelly TM, et al. Evaluation of cognitive behavioral therapy/motivational enhancement therapy (CBT/MET) in a treatment trial of comorbid MDD/AUD adolescents. *Addict Behav.* 2011;36(8):843-8.
12. Lubman DI, King JA, Castle DJ. Treating comorbid substance use disorders in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(2):191-201.
13. Diehl A. Transtornos psiquiátricos: diagnósticos. In: Payá R. Intercâmbio das psicoterapias: como cada abordagem psicoterapêutica compreende os transtornos psiquiátricos. São Paulo: Roca; 2011. p. 11-5.
14. Awad AG. Is it time to consider comorbid substance abuse as a new indication for antipsychotic drug development? *J Psychopharmacol.* 2011. [Epub ahead of print]
15. Cordeiro DC, Diehl A. Comorbidades. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 106-18.
16. Leweke FM, Koethe D. Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addict Biol.* 2008;13(2):264-75.
17. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2012;122(1-2):11-9.
18. Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Korhonen T, Pulkkinen L, Raevuori A, et al. Prospective relationships of ADHD symptoms with developing substance use in a population-derived sample. *Psychol Med.* 2011;1-9. [Epub ahead of print]
19. Garfield CF, Dorsey ER, Zhu S, Huskamp HA, Conti R, Dusetzina SB, et al. Trends in attention deficit hyperactivity disorder ambulatory diagnosis and medical treatment in the United States, 2000-2010. *Acad Pediatr.* 2012;12(2):110-6.
20. Kaye S, Darke S. The diversion and misuse of pharmaceutical stimulants: what do we know and why should we care? *Addiction.* 2012;107(3):467-77.
21. Hodgkins P, Shaw M, McCarthy S, Sallee FR. The pharmacology and clinical outcomes of amphetamines to treat ADHD: does composition matter? *CNS Drugs.* 2012;26(3):245-68.
22. van Wyk GW, Hazell PL, Kohn MR, Granger RR, Walton RJ. How oppositionality, inattention, and hyperactivity affect response to atomoxetine *versus* methylphenidate: a meta-analysis. *J Atten Disord.* 2011;16(4):314-24.
23. Knouse LE, Safren SA. Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(3):497-509.
24. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav.* 2012;37(1):11-24.
25. Beaulieu S, Sauray S, Sareen J, Tremblay J, Schütz CG, McIntyre RS, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry.* 2012;24(1):38-55.

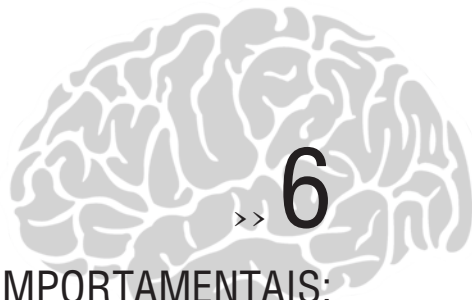
26. Putnins SI, Griffin ML, Fitzmaurice GM, Dodd DR, Weiss RD. Poor sleep at baseline predicts worse mood outcomes in patients with co-occurring bipolar disorder and substance dependence. *J Clin Psychiatry*. 2012. [Epub ahead of print]
27. Bellivier F, Yon L, Luquiens A, Azorin JM, Bertsch J, Gerard S, et al. Suicidal attempts in bipolar disorder: results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disord*. 2011;13(4):377-86.
28. Searson R, Mansell W, Lowens I, Tai S. Think Effectively About Mood Swings (TEAMS): a case series of cognitive-behavioural therapy for bipolar disorders. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012;43(2):770-9.
29. Meyer TD, Hautzinger M. Cognitive behaviour therapy and supportive therapy for bipolar disorders: relapse rates for treatment period and 2-year follow-up. *Psychol Med*. 2011;1-11. [Epub ahead of print]
30. Stange JP, Eisner LR, Hölzel BK, Peckham AD, Dougherty DD, Rauch SL, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning. *Psychiatr Pract*. 2011;17(6):410-9.
31. Malbergier A, Cardoso LBD. Personalidade e dependência de drogas. In: Louzã Neto MR, Cordás TA, organizadores. *Transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 143-53.
32. Kelly BJ, Perkins DA, Fuller JD, Parker SM. Shared care in mental illness: a rapid review to inform implementation. *Int J Ment Health Syst*. 2011;5:31.
33. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32 Supl 1:S42.
34. Otto MW, McHugh RK, Simon NM, Farach FJ, Worthington JJ, Pollack MH. Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: further evaluation. *Behav Res Ther*. 2010;48(8):720-7.
35. Baker JH, Mitchell KS, Neale MC, Kendler KS. Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample. *Int J Eat Disord*. 2010;43(7):648-58.
36. Suzuki K, Takeda A, Yoshino A. Mortality 6 years after inpatient treatment of female Japanese patients with eating disorders associated with alcoholism. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;65(4):326-32.
37. Carr KD. Food scarcity, neuroadaptations, and the pathogenic potential of dieting in an unnatural ecology: binge eating and drug abuse. *Physiol Behav*. 2011;104(1):162-7.
38. Courbasson CM, Nishikawa Y, Shapira LB. Mindfulness-action based cognitive behavioral therapy for concurrent binge eating disorder and substance use disorders. *Eat Disord*. 2011;19(1):17-33.
39. Goldberg D. The classification of mental disorder: a simpler system for DSM-V and ICD-11. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2010;16:14-9.



## >> **Parte 2**

Terapias cognitivo-  
-comportamentais





# TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO E PRINCÍPIOS TEÓRICOS

Eliane Mary de Oliveira Falcone



## Pontos-chave

- >> As terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) têm sua origem na terapia comportamental tradicional, a qual integrou processos cognitivos aos seus princípios teóricos de condicionamento.
- >> Terapeutas de orientação psicodinâmica também aderiram ao modelo cognitivo-comportamental para a compreensão de problemas clínicos.
- >> Os avanços das ciências cognitivas exerceram forte influência na transformação da terapia comportamental tradicional.
- >> Embora apresentando divergências, as TCCs compartilham muitos aspectos em comum e podem ser utilizadas de forma integrada.
- >> As TCCs têm se tornado mais populares e são reconhecidas como mais apropriadas no tratamento de diversos transtornos mentais.

As demandas pela utilização de intervenções eficazes para os problemas de saúde mental que incluam a redução no tempo do tratamento e a busca de dados empíricos de resultados têm aumentado nos sistemas de saúde em todo o mundo. Tais demandas apontam as TCCs como o tratamento psicológico mais adequado para problemas clínicos, como transtornos de ansiedade, do humor e da personalidade, assim como dor crônica, dependência e dificuldades interpessoais.<sup>1</sup>

Considerando-se a enorme quantidade de estudos atestando a eficácia das TCCs – o que as elevou ao *status* de mais importantes e mais bem validadas entre as abordagens psicoterápicas,<sup>2</sup> – sua indicação como tratamento-padrão pelos sistemas de saúde é mais do que merecida, além de confirmar previsões de estudos anteriores.

Robins e colaboradores<sup>3</sup> encontraram um crescimento na popularidade das abordagens cognitivo-comportamentais a partir de 1980. Norcross e colaboradores<sup>4</sup> previram, para o ano de 2010, maior crescimento e predominância das teorias cognitivo-comportamentais. Assim, o reconhecimento da eficácia das TCCs e de sua condição de paradigma dominante na área da psicologia clínica já havia sido apontado anteriormente.<sup>5</sup>

Neste capítulo, serão apresentadas as origens, as bases teóricas e a evolução das TCCs. Primeiro, serão discutidos os diversos fatores que contribuíram para a construção de uma teoria cognitivo-comportamental. Em seguida, serão apontados os princípios e as práticas das abordagens terapêuticas que estão no âmbito das TCCs, bem como suas divergências teóricas e filosóficas.

## ORIGENS DAS ABORDAGENS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

As TCCs surgiram no final dos anos 1960 como consequência de determinados fatores históricos contextuais, como:<sup>6</sup>

- insatisfação com a terapia comportamental baseada nos paradigmas de aprendizagem do tipo estímulo e resposta (ER)
- insatisfação com o modelo psicodinâmico de terapia
- o desenvolvimento das ciências cognitivas

### Insatisfação com a terapia estritamente comportamental

Há um consenso na literatura sobre a história das origens das TCCs, que diz que elas se desenvolveram a partir dos enfoques cognitivos das teorias comportamentais e nas terapias comportamentais, na tentativa de mudar os procedimentos clínicos entre os anos de 1960 e 1970.<sup>7,8</sup> Os modelos de condicionamento que fundamentavam as práticas da terapia comportamental não eram suficientemente abrangentes para favorecer uma compreensão mais ampla de problemas emocionais complexos e seu tratamento.<sup>6,7</sup>

Cabe ressaltar que alguns investigadores dos modelos de condicionamento já haviam apontado a necessidade da inclusão de variáveis intervenientes, fenômenos privados e processos conscientes em geral no estudo do comportamento. As especulações de Pavlov sobre a linguagem fomentaram o interesse dirigido ao estudo dos processos mentais complexos inerentes à aprendizagem humana. Além disso, Guthrie também havia apontado para a necessidade de se explicar como os seres humanos percebiam os estímulos e que significado tinha tal percepção. Por fim, Tolman propôs que os organismos desenvolvem cognições sobre diferentes estímulos e que a formação dessas cognições constituía a aprendizagem.<sup>9</sup> Entretanto, as práticas clínicas comportamentais restringiam-se à aplicação dos modelos de condicionamento para o tratamento de fobias, obsessões e compulsões, enurese e tiques.<sup>9</sup>

No início dos anos 1960, estudos apontavam a existência de métodos alternativos de mudança de comportamento para além das contingências de reforço manifesto. Bandura<sup>10</sup> demonstrou que a expectativa da própria capacidade de realizar uma tarefa e obter resultados positivos é mais determinante da ocorrência do com-

portamento do que apenas a consequência do reforço. Vygotsky<sup>11</sup> verificou que crianças eram capazes de aprender regras gramaticais independentemente da utilização de reforço discriminativo por parte de seus pais e professores. Mahoney<sup>12</sup> propunha que processos cognitivos mediavam o comportamento e que poderiam ser inferidos e sustentados cientificamente.

Em síntese, uma crescente quantidade de estudos atestando a existência de processos cognitivos mediando o comportamento colocava em questão alguns princípios restritos de reforço, além de apontar os limites desses princípios na compreensão mais ampla dos problemas emocionais encontrados na clínica.

## Insatisfações com o modelo psicodinâmico

A crise da teoria clínica psicanalítica ocorrida nos Estados Unidos, no final dos anos 1950, decorreu da insatisfação de muitos analistas, como Albert Ellis e Aaron Beck.<sup>8,13</sup> A crise ocorreu a partir de questionamentos à teoria das pulsões enquanto conjunto de conceitos considerados “errôneos” e “derivados de uma neurobiologia obsoleta”.<sup>8</sup> Tais considerações levantavam dúvidas sobre até que ponto a teoria e a prática clínicas estariam invalidadas por teses gerais consideradas inaceitáveis.<sup>8</sup>

A avaliação crítica da teoria psicanalítica da depressão e, posteriormente, da estrutura completa da psicanálise, foi revelada por Beck e colaboradores<sup>13</sup> quando constataram, de forma experimental, que a explicação psicodinâmica da depressão como resultado de uma hostilidade retrofletida (necessidade de sofrer) do paciente não se confirmara no estudo. Os autores concluíram que seus pacientes “não tinham necessidade de sofrer”, além de “reagirem desfavoravelmente às intervenções terapêuticas” baseadas nessa hipótese.<sup>13</sup> Considerando haver uma discrepância acentuada entre os dados empíricos de seu estudo e a teoria clínica psicanalítica, Beck e colaboradores<sup>13</sup> concluíram:

Tornei-me algo dolorosamente consciente de que a promessa anterior da psicanálise, dos primeiros anos de 1950, não se mantivera ao chegar-se à metade ou ao final daquela década, na medida em que meus companheiros no estudo da psicanálise e outros colegas chegavam a seu sexto e sétimo anos de análise, sem qualquer melhora marcante em seus comportamentos ou em seus sentimentos [...]. (p. 12)

Na Inglaterra, Hans J. Eysenck<sup>9</sup> já havia publicado, em 1952, um trabalho que avaliou a eficácia das terapias de orientação psicodinâmica, não encontrando provas conclusivas de que a psicoterapia psicanalítica fosse mais efetiva do que a remissão espontânea (melhora produzida sem nenhum tratamento específico). Os estudos de Eysenck despertaram maior preocupação com a verificação de eficácia psicoterápica em geral e com as possíveis limitações da terapia psicodinâmica.<sup>9</sup> Rachman e Wilson<sup>5</sup> também constataram a ausência de indícios aceitáveis que sustentassem a visão da psicanálise como uma abordagem de tratamento eficaz.

## O desenvolvimento das ciências cognitivas

Outro fator histórico contextual que culminou no desenvolvimento das abordagens cognitivo-comportamentais refere-se a uma atenção crescente dada aos aspectos cognitivos do funcionamento humano na psicologia geral. Na segunda metade do século XIX, iniciou-se um movimento chamado revolução cognitiva, que influenciou a forma geral de entender o mundo em termos de sistemas cognitivos e de elaboração de dados, os quais se consolidaram em várias ciências e disciplinas, incluindo a inteligência artificial, a psicologia cognitiva e as neurociências.<sup>8</sup>

Resultados crescentes de pesquisa, aliados ao estabelecimento de vários conceitos da psicologia cognitiva experimental, exerceram forte influência na compreensão da ansiedade e da depressão. Os modelos de processamento da informação, por exemplo, passaram a ser utilizados nos construtos clínicos sobre mediação cognitiva da ansiedade.<sup>5</sup> Tais construtos eram confirmados por dados de pesquisa mostrando que o processo da ansiedade incluía componentes cognitivos, chamando atenção para esses componentes na avaliação da etiologia da ansiedade. Essas evidências desafiavam os modelos estritamente comportamentais a explicar tais dados pela incorporação de fenômenos cognitivos, levando muitos teóricos comportamentais a redefinir seus limites e a incorporar fenômenos cognitivos aos modelos de mecanismo estritamente comportamental.<sup>6</sup>

Do mesmo modo, terapeutas de tradição psicanalítica, como Ellis e Beck, buscaram renovar a prática clínica por meio de tratamentos mais próximos à experiência vivida realmente pelo paciente; ou seja, pelas representações conscientes destes, seria possível compreender, com um mínimo de inferência, as razões de muitos sofrimentos emocionais, assim como a sua duração.<sup>8</sup> Beck e colaboradores<sup>13</sup> encontram nas ciências cognitivas e no movimento da terapia comportamental uma contribuição substancial para o desenvolvimento da terapia cognitiva.

A crescente identificação de diversos terapeutas e teóricos como sendo de orientação cognitivo-comportamental, aliada aos resultados de pesquisas indicando a eficácia das intervenções clínicas cognitivo-comportamentais, provocou a autodeterminação de muitos desses profissionais como cognitivo-comportamentais, resultando em um “*zeitgeist*” que chamava cada vez mais atenção para o campo crescente das TCCs.<sup>5</sup> A criação do periódico científico *Cognitive therapy and research*, em 1977, contribuiu para aumentar a divulgação desse enfoque.<sup>5</sup>

## Princípios e práticas das abordagens cognitivo-comportamentais

As TCCs abrangem diferentes modelos teóricos e de intervenção, os quais apresentam aspectos comuns e divergências, tanto em suas bases teóricas quanto na prática clínica. O que esses enfoques têm em comum é a ênfase nas estruturas de significado e nos processos de elaboração da informação.<sup>8</sup>

A premissa básica das TCCs refere-se à afirmação de que um processo interno e oculto de cognição (pensamentos) influencia as emoções e os comportamentos de uma pessoa. Um mesmo evento pode ser interpretado por diferentes indivíduos como agradável, ameaçador ou hostil, e, dependendo dessa interpretação, a pessoa poderá se sentir satisfeita, amedrontada, enraivecida ou deprimida; consequentemente, ela se comportará de forma espontânea, retraída ou agressiva.<sup>14</sup> A implicação clínica para essa premissa está na possibilidade da atividade cognitiva ser identificável e acessível, mesmo que, a princípio, o indivíduo não esteja consciente dela. A mudança terapêutica ocorre por meio da alteração de modos de pensamentos idiossincráticos e disfuncionais.<sup>7</sup> Consequentemente, a atividade cognitiva pode ser avaliada e modificada. Essa mudança, por sua vez, influenciará e será influenciada pela emoção e pelo comportamento.<sup>6</sup>

A mudança comportamental pode ser compreendida como um indicador de mudança cognitiva. De modo geral, os dois principais índices usados para a avaliação da mudança são a cognição e o comportamento. Entretanto, quando a perturbação emocional e fisiológica é saliente, as mudanças desses componentes também podem ser usadas como indicadores.<sup>7</sup>

Dobson e Dozois<sup>7</sup> apresentam oito principais terapias associadas à tradição cognitivo-comportamental, considerando a quantidade significativa de pesquisas ou aplicações clínicas dessas terapias. As abordagens são apresentadas em ordem cronológica no Quadro 6.1.

As oito modalidades de TCCs apresentadas no Quadro 6.1 são classificadas, de acordo com Mahoney e Arnkoff,<sup>7</sup> em três classes, a partir de seu foco de tratamento: terapias de habilidades de enfrentamento (reestruturação racional sistemática, treinamento de manejo da ansiedade, treinamento de inoculação de estresse e terapia de autocontrole), de resolução de problemas (terapia de resolução de problemas) e de reestruturação cognitiva (terapia racional emotivo-comportamental, terapia cognitiva e psicoterapia estrutural e construtivista). Observa-se também que as terapias de habilidades de enfrentamento e de resolução de problemas estão mais afinadas com a tradição comportamental (utilização de técnicas de relaxamento, enfrentamento, ensaio comportamental, contingências de reforço, etc.) do que as terapias de reestruturação cognitiva.

Diferenças entre os modelos de reestruturação cognitiva são identificadas principalmente quanto ao papel das cognições e emoções. A terapia cognitiva de Beck e colaboradores<sup>13</sup> e a terapia racional emotivo-comportamental de Ellis,<sup>15</sup> por exemplo, enfatizam as cognições como mediadoras do comportamento e das emoções, embora estas últimas também possam influenciar as primeiras. Já os autores de enfoque construtivista<sup>16-18</sup> defendem o papel das emoções como preponderantes na influência do comportamento.

Outra classificação das modalidades de TCCs foi realizada por Caro Gabalda,<sup>19</sup> e identificam-se três diferentes tipos de modelos: reestruturação cognitiva, cognitivo-comportamentais e construtivistas (Quadro 6.2).

## >> QUADRO 6.1

### Terapias associadas à tradição cognitivo-comportamental

TERAPIAS E PRESSUPOSTOS	ABORDAGEM TERAPÊUTICA
<p><b>Terapia racional emotivo-comportamental (Albert Ellis)</b> Os sintomas são determinados pelos sistemas de crença da pessoa. A mudança ocorre pela substituição das exigências irreais e generalizadas por desejos e preferências realistas.</p>	<p>Identificar e desafiar crenças irracionais. Automonitoramento de pensamentos; biblioterapia; modelagem; imaginação racional-emotiva; exercícios de combate à vergonha; relaxamento; condicionamento operante e treinamento de habilidades.</p>
<p><b>Terapia cognitiva (Aaron Beck)</b> Os esquemas (estruturas cognitivas que organizam e processam as informações) representam os padrões de pensamentos adquiridos no início do desenvolvimento. Esquemas de indivíduos desajustados resultam na distorção da realidade e facilitam a ocorrência de transtornos psicológicos.</p>	<p>Por meio das abordagens psicoeducacional e cooperativa, os indivíduos aprendem a monitorar pensamentos automáticos, reconhecer relações entre cognição, afeto e comportamento, testar a validade de pensamentos automáticos, substituir pensamentos distorcidos por cognições mais realistas e identificar e alterar crenças subjacentes, pressupostos ou esquemas que predisponham padrões de pensamento deficientes.</p>
<p><b>Reestruturação racional sistemática (Marvin Goldfried)</b> Os sintomas emocionais decorrem da distinção inadequada de pistas situacionais como pessoalmente ameaçadoras. A mudança ocorre pela substituição dos modelos cognitivos mal-adaptativos por uma percepção mais precisa das pistas</p>	<p>Exposição a situações ansiogênicas com reavaliação racional das cognições mal-adaptadas. Abordagem de treinamento em habilidades de enfrentamento. Métodos de relaxamento; ensaio comportamental; tarefas ao vivo; modelagem e biblioterapia.</p>
<p><b>Treinamento de manejo da ansiedade (Suinn e Richardson)</b> Respostas autônomas associadas à ansiedade atuam como pistas que mantêm o comportamento de esquiva.</p>	<p>Treinamento de relaxamento muscular profundo. Exposição a situações ansiogênicas por imagem. Prática de habilidades competentes de enfrentamento.</p>
<p><b>Treinamento de inoculação de estresse (Donald Meichenbaum)</b> Os clientes que aprendem maneiras de enfrentar níveis leves de estresse são “inoculados” contra níveis incontroláveis de estresse.</p>	<p>Instrução didática sobre a natureza das reações de estresse. Apresentação de diversas habilidades de enfrentamento comportamentais e cognitivas (relaxamento, autoafirmações de enfrentamento e autorreforço). Exposição a estressores para ensaio de habilidades de enfrentamento recém-adquiridas.</p>

>> Continua

## &gt;&gt; QUADRO 6.1

**Terapias associadas à tradição cognitivo-comportamental (Continuação)**

TERAPIAS E PRESSUPOSTOS	ABORDAGEM TERAPÊUTICA
<p><b>Terapia de resolução de problemas (D’Zurilla e Goldfried)</b></p> <p>A psicopatologia está relacionada a falta de efetividade para enfrentar situações problemáticas e suas consequências pessoais e sociais.</p> <p>Desenvolvimento de habilidades gerais para lidar com as situações problemáticas na vida cotidiana de forma independente.</p>	<p>Processo cognitivo que viabiliza várias alternativas de respostas efetivas para enfrentar uma situação problemática, aumentando a probabilidade de respostas efetivas disponíveis.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientação ou modelo geral</li> <li>2. Definição do problema</li> <li>3. Geração de alternativas</li> <li>4. Tomadas de decisão</li> <li>5. Verificação</li> </ol>
<p><b>Terapia de autocontrole (Rehm)</b></p> <p>Os sintomas depressivos correspondem a deficiências no comportamento de autocontrole: monitoramento seletivo de eventos e consequências negativas (automonitoramento); critérios autoavaliativos rígidos e atribuições de responsabilidade imprecisas (autoavaliação); recompensas pessoais insuficientes e autopunições excessivas (autorreforço).</p>	<p>Emprego de uma variedade de estratégias clínicas para ensinar habilidades de autocontrole: discussão em grupo orientada pelo terapeuta, reforço explícito e implícito, tarefas comportamentais, automonitoramento e modelagem.</p>
<p><b>Psicoterapia estrutural e construtivista (Guidano e Liotti)</b></p> <p>A partir das relações de apego, o indivíduo constrói a autoimagem. Se seu autoconceito é distorcido ou rígido, ele não conseguirá assimilar as experiências de maneira efetiva. Isso acarreta desajustes e disfunções cognitivas. Padrões anormais de apego ocasionam diferentes síndromes clínicas. Os comportamentos problemáticos são consequências da organização cognitiva do indivíduo (teorias causais, pressupostos básicos e regras tácitas de inferência que determinam o conteúdo do pensamento).</p>	<p>Modificação das estruturas cognitivas, das superficiais até as mais profundas. Diferencia-se do modelo de Beck por buscar o “valor de validade” da coerência dessas estruturas, e não o “valor de verdade”.</p> <p>As crenças e os julgamentos arraigados devem ser considerados como hipóteses e teorias sujeitas a contestação, confirmação e desafio lógico.</p> <p>Foca-se menos o conteúdo do pensamento e mais o processo de encontrar sentido e conexões nas experiências.</p>

Fonte: Dobson e Dozois.<sup>7</sup>

## &gt;&gt; QUADRO 6.2

**Classificação das teorias cognitivo-comportamentais**

MODELOS DE TCC	PRESSUPOSTOS E TRATAMENTO
<b>Reestruturação cognitiva</b> Beck e colaboradores (1982) e Ellis (1997)	Focaliza a crença e a avaliação de sua racionalidade. A terapia consiste em realizar estratégias que modifiquem as atividades disfuncionais do processamento da informação presentes nos transtornos psicológicos.
<b>Cognitivo-comportamentais</b> Barlow e Cerny (1999); Lineham (1993); Meichenbaum (1997)	Utilizam estratégias de solução de problemas e são representadas por teóricos com treinamento comportamental. O pensamento é conceituado como um conjunto de autoenunciados encobertos, os quais também podem ser influenciados pelas mesmas leis do condicionamento. A terapia busca ensinar habilidades cognitivas específicas.
<b>Construtivistas</b> Guidano e Liotti (1983), Mahoney (1998), Neimeyer (1997)	Consideram os seres humanos participantes proativos em suas experiências e seus conhecimentos interpessoais, evolutivos e proativos. Enquanto a avaliação racional é vista nos dois modelos anteriores como uma ferramenta para a obtenção do equilíbrio emocional, na visão construtivista, a cognição vai além da mera representação interna do mundo externo.

Fonte: Caro Gabalda.<sup>19</sup>

Os dois primeiros modelos apresentados no Quadro 6.2 compartilham os seguintes aspectos:

- atribuição dos transtornos emocionais a disfunções no processamento cognitivo;
- foco nos problemas específicos e na mudança da cognição para que ocorra a mudança do afeto;
- terapia de tempo limitado ou mais reduzido do que as outras modalidades de psicoterapia;
- tratamento de estilo educativo.<sup>19</sup>

Essa identificação entre os modelos de reestruturação cognitiva e cognitivo-comportamentais pode ser compreensível, uma vez que as terapias cognitivas, cujos precursores vinham de uma tradição psicanalítica, procuravam uma visão distinta sobre a psicopatologia e estavam interessadas no método experimental. Já as terapias comportamentais estavam evoluindo em seus modelos de comportamentos encobertos e se aproximando da psicologia cognitiva, mas sem abandonar os requisitos mínimos experimentais.<sup>19</sup> Esses modelos apresentam diferenças, mas



estas não são intransponíveis.<sup>19</sup> As bases de todas essas abordagens compartilham o pressuposto de que a mudança terapêutica pode ser efetuada por meio da alteração de modos de pensamento idiossincráticos e disfuncionais.<sup>7</sup> Safran,<sup>20</sup> de orientação construtivista, propôs ampliar os limites da terapia cognitiva ao considerar aspectos relevantes da relação terapêutica como ingrediente ativo de mudança, bem como a identificação de padrões disfuncionais de interação do indivíduo.

A partir dos princípios da terapia cognitiva de Beck e da contribuição de autores construtivistas e de outras orientações psicoterápicas, Young e colaboradores<sup>21</sup> construíram um modelo conceitual e prático de tratamento cognitivo-comportamental, que compreende a relação terapêutica como um ingrediente ativo de mudança, além de focalizar a emoção e as experiências desenvolvimentais de vinculação no entendimento da formação e manutenção dos esquemas. A necessidade de ampliar os limites da terapia cognitiva surgiu da dificuldade em lidar com a resistência de pacientes difíceis.<sup>21</sup> Os autores empregam muitas técnicas oriundas da terapia cognitiva, além do trabalho educativo, das tarefas e dos procedimentos comportamentais.<sup>21</sup> Assim, a despeito de algumas diferenças filosóficas e teóricas entre as TCCs, a integração desses diferentes modelos parece perfeitamente viável.

Em estudo<sup>22</sup> que avaliou as preferências de terapeutas brasileiros de orientação cognitivo-comportamental sobre as suas orientações teóricas, de acordo com a classificação de Caro Gabalda,<sup>19</sup> verificou-se que um percentual considerável desses profissionais (36%) utiliza uma combinação dos modelos de reestruturação cognitiva e cognitivo-comportamentais, enquanto outros utilizam uma combinação dos enfoques de reestruturação cognitiva e construtivista (8%).<sup>22</sup> Tais resultados sugerem que esses modelos de intervenção podem ser utilizados de forma integrada no tratamento de problemas mais complexos. Os indivíduos que procuram terapia apresentam diferentes problemas e demandas. Assim, parece plausível que esses modelos possam ser utilizados, de forma independente ou integrada, para atender a essas necessidades.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Coerente com as demandas de um modelo de tratamento baseado em evidências, a prática clínica das TCCs está em constante processo de reformulação e refinamento de seus princípios teóricos, assim como de suas práticas de intervenção. Provavelmente, esse é o principal motivo pelo qual as TCCs são consideradas o tratamento padrão nos sistemas de saúde em todo o mundo.

Como consequência, a busca de tratamento baseado nas TCCs por parte das instituições clínicas e dos usuários de psicoterapia tem aumentado de forma considerável. Os padrões de residência psiquiátrica da American Psychiatric Association e os padrões de abonação de treinamentos de psicólogos clínicos nas associações psicológicas norte-americanas e canadenses exigem que os profissionais treinem seus alunos na prática de tratamentos empiricamente sustentados.<sup>1</sup>

Uma vez que o crescimento da popularidade das TCCs já atinge o público leigo por meio de entrevistas e reportagens na mídia, a procura por essas abordagens tem crescido em um percentual bem maior do que o de profissionais habilitados para atender a essa demanda.<sup>1</sup> Tal realidade pode gerar riscos de uma prática de TCC pouco eficiente, realizada por profissionais pouco treinados. Essas constatações chamam atenção para a necessidade de uma formação adequada de terapeutas em instituições acadêmicas, para o atendimento eficiente da população.

## REFERÊNCIAS

1. Dobson D, Dobson KS. A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2010.
2. Cottraux J, Matos MG. Modelo europeu de formação e supervisão em terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) para profissionais de saúde mental. *Rev Bras Ter Cogn*. 2007;3(2):49-61.
3. Robins RW, Gosling SD, Craik KH. An empirical analysis of trends in psychology. *Am Psychol* (APA). 1999;54:117-28.
4. Norcross JC, Hedges M, Prochaska JO. The face of 2010: a Delphi Poll on the future of psychotherapy. *Prof Psychol Res Pract*. 2002;33:316-22.
5. Dobson KS, Scherrer MC. História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In: Knapp P, editor. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 42-57.
6. Dobson KS, Block L. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In: Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. New York: Guilford, 1988. p. 3-38.
7. Dobson KS, Dozois DJA. Fundamentos históricos e filosóficos das terapias cognitivo-comportamentais. In: Dobson KS, editor. *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 17-43.
8. Semerari A. *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós; 2002.
9. Kazdin AE. *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1983.
10. Bandura A. *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1969.
11. Vygotsky LS. *Thought and language*. Cambridge: M.I.T.; 1962.
12. Mahoney MJ. *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Ballinger; 1974.
13. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
14. Falcone EMO. As bases teóricas e filosóficas das abordagens cognitivo-comportamentais. In: Jacó-Vilela AM, Ferreira AAL, Portugal FT, editor. *História da psicologia: rumos e percursos*. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p. 195-214.
15. Ellis A. El estado de la cuestión en la terapia racional-emotiva-conductual. In: Caro I, editor. *Manual de psicoterapias cognitivas*. 3. ed. Barcelona: Paidós; 1997. p. 91-101.
16. Guidano VE, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford; 1983.
17. Mahoney MJ. *Processos humanos de mudança: as bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed; 1998.

18. Neimeyer RA. Psicoterapias construtivistas: características, fundamentos e futuras direções. In: Neimeier RA, Mahoney MJ, editor. Construtivismo em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed; 1997. p. 15-37.
19. Caro Gabalda I. Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. In: Caro Gabalda I, editor. Manual de psicoterapias cognitivas. 3. ed. Barcelona: Paidós; 1997. p. 37-52.
20. Safran JD. Ampliando os limites da terapia cognitiva: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança. Porto Alegre: Artmed; 2002.
21. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford; 2003.
22. Rangé BP, Falcone EMO, Sardinha A. História e panorama atual das terapias cognitivas no Brasil. Rev Bras Ter Cogn. 2007;3(2):53-68.

## LEITURAS RECOMENDADAS

- Barlow DH, Cerny JA. Tratamento psicológico do pânico. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
- Meichenbaum D. El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual. In: Caro Gabalda I, editor. Manual de psicoterapias cognitivas. 3. ed. Barcelona: Paidós; 1997. p. 149-56.

# TEORIA E TERAPIA COGNITIVA

Ana Maria M. Serra



## Pontos-chave

- >> A terapia cognitiva (TC) é um sistema de psicoterapia empiricamente fundamentado, representando, hoje, a abordagem de escolha por clínicos de diversas partes do mundo para o tratamento de uma ampla gama de transtornos mentais.
- >> A TC foi criada por Aaron T. Beck nos anos 1960, inicialmente como um modelo de depressão que, evoluindo, resultou na proposição de um novo sistema de psicoterapia denominado *terapia cognitiva*.
- >> A abordagem fundamenta-se em um paradigma de processamento de informação, como um modelo de funcionamento humano.
- >> Um dos objetivos da TC é a instalação ou restauração da flexibilidade cognitiva, que capacita o sujeito para a busca de formas alternativas de processamento do real e reduz a valência emocional das cognições originais.
- >> A reestruturação cognitiva, ou a substituição do sistema de esquemas e crenças disfuncionais do paciente por um sistema funcional, é o objetivo da TC.

A terapia cognitiva (TC) é um sistema de psicoterapia aplicável a uma ampla gama de transtornos psicológicos e psiquiátricos, destacando-se no cenário contemporâneo internacional devido a características como validação empírica, eficácia comprovada e curta duração. Atualmente, reflete a abordagem de escolha por clínicos de diversas partes do mundo, e seus pressupostos fundamentais vêm influenciando outras escolas de psicoterapia.

Neste capítulo, serão abordados a emergência da TC, as características básicas que a definem como um sistema de psicoterapia e seu modelo de psicopatologia – que explica a instalação e a manutenção dos transtornos afetivos –, além de conceitos, princípios, técnicas e estratégias que fundamentam e viabilizam sua aplicação.

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Diversos fatores convergiram para o surgimento da TC no final da década de 1950. Em seus questionamentos e estudos, Aaron Beck foi influenciado, entre outros, por

filósofos clássicos, pelo construtivismo e pela fenomenologia.<sup>1</sup> Sua intenção inicial era expandir os limites e aprimorar os métodos da psicoterapia.<sup>2</sup>

Nos Estados Unidos, os princípios piagetianos da epistemologia genética e do construtivismo já eram conhecidos no mundo acadêmico. Devido à emergência das ciências cognitivas, o contexto da época sinalizava uma transição generalizada para a perspectiva cognitiva de processamento de informação. Os clínicos defendiam uma abordagem mais cognitiva aos transtornos afetivos, ao mesmo tempo em que apontavam a validade questionável dos modelos vigentes de depressão, argumentando que estes não pareciam descrever, de modo satisfatório, a experiência real dos pacientes atendidos em seus consultórios.

Nas décadas de 1960 e 1970, observou-se um afastamento gradual da psicanálise e do behaviorismo radical por vários de seus reconhecidos adeptos. Albert Ellis, em 1962, propôs a terapia racional emotiva (*rational emotive therapy*), a primeira psicoterapia contemporânea com clara ênfase cognitiva. Albert Bandura publicou importantes obras, *Princípios de modificação do comportamento*, em 1969, e *Teoria da aprendizagem social*, em 1971, nas quais aponta os processos cognitivos como cruciais na aquisição e regulação do comportamento. Michael Mahoney publicou, em 1974, a obra *Cognition and behavior modification (Cognição e modificação do comportamento)*, propondo a cognição como construto mediacional entre o ambiente e o comportamento. Donald Meichenbaum publicou *Cognitive behavior modification (Modificação cognitiva do comportamento)*, em 1977, propondo estratégias cognitivas e comportamentais para intervenção sobre variáveis cognitivas. Martin Seligman, entre 1967 e 1979, propôs a teoria do desamparo aprendido – uma teoria essencialmente cognitiva – e suas revisões, que resultaram na teoria dos estilos de atribuição, como relevantes para processos psicológicos na depressão.

Em 1977, foi lançado o *Journal of Cognitive Therapy and Research*, o primeiro periódico a tratar de terapia cognitiva. Em 1985, a palavra “cognição” passou a ser aceita em publicações da *Association for the Advancement of Behavior Therapy* (AABT). Em 1986, Beck é aceito como membro dessa associação. Em 1987, em pesquisa realizada entre membros da AABT, 69% já se identificavam como tendo uma orientação cognitivo-comportamental.

## A EMERGÊNCIA DA TERAPIA COGNITIVA

Os fatores que deram origem à TC foram os experimentos e as observações clínicas de Beck enquanto psiquiatra e psicanalista. A crença de que a TC originou-se da terapia comportamental contrapõe-se aos eventos históricos que contribuíram para o desenvolvimento independente dessas correntes. Beck confrontou o dogma freudiano, transformou o tratamento da depressão e dos demais transtornos mentais com sua técnica cognitiva e estabeleceu um novo critério para a avaliação da eficácia das psicoterapias, aplicando em suas pesquisas um rigor nunca antes observado nessa área.

Aaron Beck nasceu em 1921. Após graduar-se em inglês e ciências políticas pela Brown University, cursou a Escola de Medicina da Universidade de Yale e completou sua residência em Neurologia. Em 1953, certificou-se em psiquiatria e, em 1954, tornou-se professor de psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade da Pensilvânia, Estados Unidos. Nos anos 1960, criou o Centro de Terapia Cognitiva da Universidade da Pensilvânia. Em 1995, afastou-se do Centro e fundou, com sua filha, Judith Beck, o Beck Institute, em Bala Cynwid, um subúrbio da Filadélfia. Em 1996, retornou à Universidade da Pensilvânia como professor emérito, com um grande financiamento do National Institute of Mental Health (NIMH) dos Estados Unidos. Beck recebeu prêmios e honrarias de instituições em todo o mundo.

A falta de objetividade e precisão percebida por Beck na psiquiatria e, mais ainda, na psicanálise o incomodava. Ele observou que, embora analistas propusessem que a neurose se originava de fatores profundos em ação, pareceu-lhe que eles não chegavam a um consenso sobre quais seriam esses fatores. A postura passiva do psicanalista parecia-lhe, na realidade, uma falta de recursos efetivos. Afastando-se gradualmente da ortodoxia da psicanálise, Beck explorou de forma ativa o diálogo pré-consciente de pacientes depressivos, observando que esses pensamentos, automáticos e involuntários, eram fundamentais para a conceituação dos transtornos do indivíduo. Além disso, atuavam como variável mediacional entre sua percepção do real e suas respostas emocionais e comportamentais. Ao mesmo tempo, pegando emprestado da Academia a metodologia científica, Beck conduziu estudos com a intenção de comprovar empiricamente dogmas freudianos, como o modelo psicanalítico motivacional da depressão como agressão retroflexa.

Combinando suas observações clínicas e empíricas, Beck propôs que a forma negativa de pensar do depressivo não era o resultado de sua depressão, mas a causa apontando a cognição, e não a emoção, como o fator essencial na instalação e da manutenção dos transtornos depressivos.<sup>3</sup> Disso derivou sua proposição revolucionária de que a depressão refletia, na realidade, um transtorno cognitivo, e não um transtorno emocional. O psiquiatra propôs, como pedra fundamental do novo modelo, a hipótese de vulnerabilidade cognitiva, segundo a qual indivíduos depressivos apresentariam, em relação às pessoas em geral, uma vulnerabilidade, ou tendência aumentada, a cometer distorções no processamento de informação. Essa hipótese explicaria o surgimento e a manutenção dos transtornos afetivos. Porém, as ideias de Beck não foram bem recebidas. Colegas psicanalistas classificaram-nas como superficiais e simplistas; behavioristas argumentaram que o foco nos pensamentos era inviável, pois eles não podiam ser objetivamente observados e medidos; e psiquiatras biológicos argumentaram que o método cognitivo apenas refletia uma forma de elevar temporariamente o humor dos depressivos.

Apesar das oposições, o modelo cognitivo de depressão, inicialmente proposto, evoluiu tanto no aspecto teórico quanto no aplicado, resultando na proposição de um novo sistema de psicoterapia, denominado por Beck de *terapia cognitiva*.

## A TERAPIA COGNITIVA COMO UM SISTEMA DE PSICOTERAPIA

Segundo Clark e colaboradores,<sup>4</sup> uma abordagem psicoterápica deve satisfazer três critérios para merecer o *status* de sistema de psicoterapia, a saber: propor um modelo de personalidade e de psicopatologia, apresentar um modelo aplicado e oferecer alguma evidência de sua eficácia. A TC satisfaz os três critérios, pois propõe um modelo de personalidade que explica o desenvolvimento humano nos aspectos cognitivo e psicossocial, além de apresentar um modelo de psicopatologia que explica como desvios no desenvolvimento da personalidade podem resultar na instalação e manutenção de psicopatologias. A TC apresenta também um modelo aplicado, que reúne técnicas e estratégias terapêuticas para o tratamento das psicopatologias. Por fim, ela oferece um volume surpreendente de estudos de eficácia, que sugerem sua aplicabilidade a uma ampla gama de transtornos mentais. Por tudo isso, a TC merece o *status* de sistema de psicoterapia.

Além de todas essas qualidades, a TC apresenta outra importante característica: constitui um sistema de psicoterapia *integrado*,<sup>5</sup> isto é, integra um modelo de psicopatologia a um modelo aplicado. Em outras palavras, dependendo da forma como um transtorno ou um momento terapêutico é conceituado, com base no modelo de psicopatologia, haverá uma técnica ou estratégia terapêutica correspondente, ou um conjunto delas, para orientar a intervenção. Essa correspondência entre o modelo teórico proposto e o modelo aplicado proporciona um respaldo importante para o clínico e contribui para elevar o grau de treinabilidade do modelo da TC.

Entre as características definidoras da TC, destaca-se a validação empírica de seu modelo de psicopatologia e de seu modelo clínico, bem como os estudos controlados de eficácia, que comprovam sua aplicabilidade a transtornos como depressão,<sup>3,6</sup> transtornos de ansiedade,<sup>7,8</sup> dependência química,<sup>9,10</sup> transtornos da alimentação,<sup>11</sup> pacientes graves,<sup>12</sup> transtornos da personalidade,<sup>13</sup> psicoses,<sup>14,15</sup> entre outros. É aplicável à educação, aos esportes, às organizações e ao hospital geral – área na qual a TC figura como um importante coadjuvante no tratamento de distúrbios orgânicos. Seu modelo fundamenta programas de prevenção de depressão<sup>16</sup> e a prática do *coaching* corporativo.<sup>17</sup> É aplicável individualmente, a casais e famílias,<sup>18,19</sup> em grupos<sup>20</sup> e a adultos, crianças e adolescentes.<sup>21,22</sup>

A TC<sup>1</sup> reflete um processo terapêutico colaborativo, no qual terapeuta e paciente têm um papel ativo e estabelecem metas terapêuticas, agendas de cada sessão e tarefas entre sessões, além de avaliarem colaborativamente o progresso clínico em diferentes fases da intervenção. O processo tem um caráter semiestruturado, em que cada sessão terapêutica e a sequência das sessões têm objetivos determinados para as fases inicial, intermediária e final. A TC é orientada para a resolução de problemas de maneira colaborativa e também para o desenvolvimento de habilidades para a resolução independente dos problemas presentes e futuros do paciente.

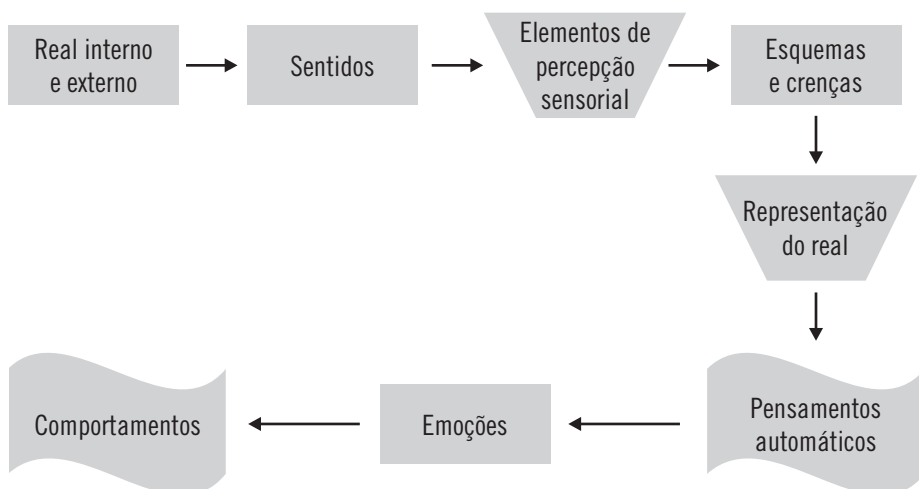
A abordagem requer uma sólida aliança terapêutica, fundamentada no conceito de empatia, sentimento necessário, embora não suficiente, para a mudança clínica. Tem caráter didático, objetivando fornecer ao paciente um novo instru-

mental cognitivo e comportamental. Nesse sentido, as intervenções são explícitas, envolvendo *feedback* recíproco entre o terapeuta e o paciente. O processo terapêutico em TC tem duração curta e limitada, somando, na maioria dos casos, entre 12 e 24 sessões, o que torna a TC apropriada ao contexto socioeconômico atual e possibilita sua utilização pelo sistema público de saúde e por convênios. Além disso, mostra-se eficaz para diferentes populações, independentemente de cultura e níveis socioeconômico e educacional.<sup>23</sup> O conjunto de características apresentadas permite afirmar que a TC, seguramente, reflete uma mudança de paradigma no campo das psicoterapias.

## O MODELO COGNITIVO DE PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO

A teoria cognitiva básica reflete um paradigma de processamento de informação, baseado em esquemas, como um modelo de funcionamento humano.<sup>4</sup> O sistema de processamento de informação engloba estruturas, processos e produtos envolvidos na representação e transformação de significado, com base em dados sensoriais, derivados dos ambientes interno e externo. O sistema envolve estruturas e processos que selecionam, transformam, classificam, armazenam, evocam e regeneram informação em uma forma que faça sentido para o indivíduo, em sua adaptação e seu funcionamento. Central, portanto, para o modelo cognitivo, é a capacidade para a representação e a atribuição de significado.

A sequência de processamento pode ser resumida da seguinte forma<sup>24</sup> (Fig. 7.1): o real, interno e externo, é processado sensorialmente, e os elementos resultantes são organizados por superestruturas denominadas esquemas, alojadas no inconsciente ou na memória implícita. O resultado do processamento esquemático



>> **FIGURA 7.1** Fluxograma do modelo cognitivo de processamento de informação.



é a representação do real pelo sujeito. Tal representação reflete-se no conteúdo do processamento pré-consciente, em forma de fluxos de pensamentos automáticos, cujo conteúdo determina as respostas emocionais e comportamentais do indivíduo. Deve-se notar, portanto, que essa proposta implica a presença de três níveis de processamento:<sup>24</sup> o nível inconsciente, no qual se localiza o nosso sistema de esquemas e crenças; o nível pré-consciente,<sup>25</sup> em que ocorrem os fluxos de pensamentos automáticos; e o nível consciente, voluntário, que admite apenas um único fluxo de processamento a cada momento. O conteúdo do nível consciente é conhecido pelo sujeito, e é para esse conteúdo que a atenção é dirigida.

## O PRINCÍPIO BÁSICO DA TERAPIA COGNITIVA E OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

A TC fundamenta-se na proposição, essencialmente construtivista,<sup>26</sup> de que as respostas emocionais e comportamentais não são influenciadas diretamente por situações, mas pela forma como essas situações são processadas ou construídas. Nesse sentido, emoções e comportamentos seriam uma função das representações do real, das interpretações de eventos internos ou externos ou do significado a eles atribuído. Em outras palavras, interpretações, representações ou atribuições de significado atuam como variáveis mediacionais entre o real percebido pelo sujeito e seus comportamentos e emoções.

Para ilustrar esse princípio básico, tomemos o seguinte exemplo: uma pessoa se encontra casualmente com um amigo que não a cumprimenta.<sup>5,24,27</sup> Se pensar desta forma: “ele não quer mais ser meu amigo”, sua emoção poderá ser tristeza, e seu comportamento, possivelmente, será afastar-se do amigo. Se, porém, pensar assim: “será que ele está aborrecido comigo? O que eu fiz a ele?”, sua emoção será apreensão, e seu comportamento poderá ser o de questionar o amigo. Ou, ainda, se pensar assim: “quem ele pensa que é? Ele que me aguarde!”, sua emoção poderá ser raiva e o comportamento poderá ser o de confrontar o amigo. Porém, se a pessoa apenas pensar que o amigo não a viu, suas emoções e comportamentos possivelmente seguirão inalterados.

Os pensamentos automáticos referem-se aos fluxos de pensamentos pré-conscientes, automáticos, involuntários, que resultam da ativação de estruturas básicas inconscientes – os esquemas e as crenças – e, em inúmeros fluxos paralelos, refletem o processamento dos produtos mentais e dos estímulos do sujeito, que continuamente incidem sobre seus sentidos. Os conteúdos, a princípio pré-conscientes, podem ser acessados pelo nível consciente a partir de um esforço deliberado. Os pensamentos automáticos cumprem uma importante função no modelo de intervenção da TC. Como visto, as respostas emocionais e comportamentais de um sujeito são função do conteúdo de seus pensamentos automáticos. Daí decorre que, para modular emoções e comportamentos, os pensamentos automáticos são o alvo central da intervenção.

Deve-se notar, no entanto, que há influência igualmente na direção oposta, ou seja, a qualidade e a intensidade da emoção, assim como a forma do comportamento, influenciam as cognições e o processamento de informação pelo sujeito. Por exemplo, cognições de perda ou falta de objeto podem determinar a tristeza como emoção e o comportamento de isolamento social. A tristeza influenciará as cognições de forma negativa, e estas agravarão a experiência de tristeza, em um ciclo que leva o indivíduo à espiral descendente da depressão. O comportamento de isolamento social, por sua vez, exerceria uma influência circular semelhante sobre as cognições e a emoção associada de depressão. No modelo cognitivo da dependência química, observa-se a mesma tendência à influência circular entre os elementos do modelo. Este tema será abordado em outro capítulo desta obra.

## ESQUEMAS E CRENÇAS

Por meio de sua história e com base em experiências relevantes desde a infância, o ser humano busca continuamente apreender as regularidades do real e perceber contingências. Essas regularidades e contingências, conforme processadas pelo sujeito, constituirão a base de seu sistema de esquemas e crenças, que é pessoal e único. Os esquemas são definidos como superestruturas cognitivas, alojadas no inconsciente ou na memória implícita, e que organizam os elementos da percepção sensorial do real. Ao mesmo tempo, por meio dos processos de assimilação e acomodação, esses elementos são atualizados pelos esquemas, em uma relação circular entre o esquema e o real. O resultado do processamento esquemático é a representação do real pelo sujeito e a atribuição de significado a eventos, ou feixes de eventos, internos e externos.

Os esquemas dirigem o foco da atenção do indivíduo e são contexto-específicos, isto é, a partir de esquemas inatos rudimentares, são desenvolvidos esquemas para processar diferentes aspectos do real. Só é possível processar aspectos do real para os quais há esquemas. Alguns desses esquemas, porém, podem perder a flexibilidade para a assimilação e a acomodação diante de novas experiências, e, junto com as crenças básicas associadas, tornarem-se disfuncionais, predispondo o indivíduo a transtornos emocionais.

Incorporadas aos esquemas estão as crenças básicas, específicas a diferentes classes de eventos, e que são ativadas em vista de eventos críticos elicitadores. No pré-consciente, a ativação das crenças reflete-se no conteúdo dos pensamentos automáticos. As crenças representam a expressão verbal do significado dos esquemas, ou o sentido dos esquemas traduzido em palavras.<sup>24</sup> As crenças associadas a esquemas disfuncionais são irracionais e violam a lógica. São supergeneralizadas, aplicando-se indiscriminadamente a diferentes situações. Muitas são primitivas, ou seja, formaram-se em fases precoces do desenvolvimento psicossocial e, quando ativadas, mobilizam fortes emoções. Além disso, crenças disfuncionais são absolutas, extremas e resistentes à desconfirmação; ademais, muitas são culturalmente reforçadas.

## A HIPÓTESE DE VULNERABILIDADE COGNITIVA E O MODELO COGNITIVO DE PSICOPATOLOGIA

A hipótese de vulnerabilidade cognitiva explica a instalação e a manutenção de transtornos afetivos. Por vulnerabilidade, compreende-se uma rigidez esquemática ou uma tendência aumentada do indivíduo de cometer três erros principais de processamento:<sup>24,27</sup>

1. aplicar um viés negativo sistemático no processamento de eventos internos e externos;
2. depois de feita uma interpretação, resistir ao reconhecimento de interpretações alternativas;
3. processar seletivamente informações do ambiente que correspondem ao conteúdo de seus esquemas e crenças, descartando informações discordantes.

O modelo cognitivo de instalação e manutenção das psicopatologias fundamenta-se na hipótese de que esquemas e crenças disfuncionais, em indivíduos cognitivamente vulneráveis, em vez de se atualizarem diante de novas experiências, distorcem o real para conformá-lo ao seu conteúdo (Fig. 7.2). Segundo a hipótese de vulnerabilidade cognitiva, o sistema de esquemas e crenças, gradualmente menos flexível, predispõe o indivíduo ao desenvolvimento de transtornos.

Em resumo, o modelo de instalação e manutenção de psicopatologias<sup>5,24,27</sup> propõe que um sistema disfuncional de esquemas e crenças resulta na representação distorcida do real, que chega ao pré-consciente e, em forma de pensamentos automáticos, determina alterações emocionais e comportamentais correspondentes. O paciente, sem a flexibilidade cognitiva para buscar novas formas de processamento – para, então, normalizar emoções e comportamentos – e sujeito à ação de fatores biológicos, motivacionais e sociais, permanece preso às emoções e aos comportamentos originais, condição que corresponde à definição de transtornos afetivos, isto é, estados de alteração emocional e comportamental duradouros e persistentes.

## OBJETIVOS E FASES DO PROCESSO CLÍNICO EM TERAPIA COGNITIVA

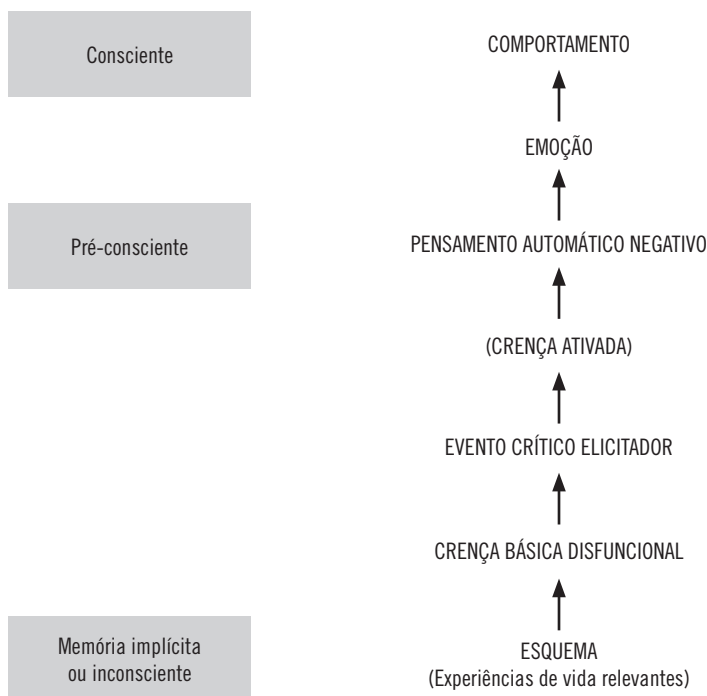
Os objetivos fundamentais do processo terapêutico em TC<sup>5,24,27</sup> são a restauração da flexibilidade cognitiva, a reestruturação cognitiva e o desenvolvimento de habilidades para a resolução de problemas. Este último objetivo baseia-se em estudos que demonstram que indivíduos com transtornos emocionais têm um déficit nessa área.<sup>28</sup>

Pode-se identificar quatro fases do processo clínico em TC,<sup>5,24,27</sup> o qual tem início com a definição da estratégia de intervenção, que, por sua vez, é baseada nas metas terapêuticas, nas primeiras hipóteses de conceituação cognitiva e no pla-

nejamento de intervenção. Esse planejamento estabelece o que será abordado nas sessões iniciais, intermediárias e finais do processo clínico.

Na segunda fase do processo clínico, enfatiza-se a intervenção funcional, ou seja, a intervenção sobre os pensamentos automáticos do paciente, a fim de devolver-lhe a flexibilidade cognitiva e a capacidade para normalizar emoções e comportamentos. Embora a intervenção funcional sobre pensamentos automáticos ainda não busque explicitamente mudanças estruturais, ela já tem o efeito de abalar o sistema de esquemas e crenças do paciente. Nessa etapa, são conduzidos os primeiros esforços para a resolução dos problemas do paciente, modelando habilidades. A intervenção funcional e o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas que ocorrem nessa fase favorecem a normalização emocional, que objetiva capacitar o paciente para as mudanças estruturais, as quais serão abordadas na etapa seguinte. Note-se que emoções ativadas dificultam o trabalho terapêutico sobre estruturas esquemáticas, daí a necessidade de se empreender tentativas prévias de normalização das emoções.

Na terceira fase, o terapeuta enfatiza a intervenção em nível estrutural, por meio do desafio de crenças e esquemas disfuncionais, visando promover a reestruturação cognitiva do paciente, ou seja, dotá-lo de uma estrutura esquemática funcional.



>> **FIGURA 7.2** Modelo cognitivo genérico de psicopatologia.

Na quarta e última fase do processo clínico, são abordadas questões referentes à terminação, momento em que o terapeuta promove, por meio de diversas técnicas, a assimilação e a generalização dos ganhos terapêuticos. Enfatiza-se a consolidação dos recursos adquiridos durante o processo e a prevenção de recaídas. O objetivo final dos esforços terapêuticos é dotar o paciente de estratégias cognitivas e comportamentais que o capacitem para a aquisição e preservação de uma estrutura cognitiva funcional.

Em todas as intervenções, o terapeuta cognitivo enfatiza continuamente a associação entre cognições e emoções, mantém o foco nas cognições e reforça a noção de que a mudança cognitiva precede as mudanças emocionais e comportamentais no processo terapêutico.

## **Intervenção funcional**

Para promover o que foi classificado como intervenção funcional<sup>5,24,27</sup> sobre o conteúdo das cognições, a fim de possibilitar ao paciente a modulação de suas emoções, é necessário, primeiro, identificar as cognições pré-conscientes que representam a origem das emoções adversas – as chamadas “cognições quentes”. As pessoas naturalmente não entram em contato com seus pensamentos automáticos negativos no momento em que experienciam emoções adversas. É, portanto, necessário treinar os pacientes para que identifiquem os pensamentos automáticos, valendo-se, entre outras alternativas, da reencenação mental das situações. É importante que o terapeuta identifique pensamentos ou imagens que, segundo a hipótese de especificidade cognitiva, correspondam à qualidade da emoção relatada, bem como justifiquem sua intensidade.

Identificada a cognição, é conduzido o questionamento socrático.<sup>1,3</sup> O nome da técnica remete a Sócrates, a qual não oferece respostas, mas conduz o indivíduo, por meio de perguntas, a suas próprias conclusões. Avalia-se a intensidade da crença do sujeito na própria cognição (p. ex., “quanto você acredita que essa pessoa não quer mais ser sua amiga?”) e a intensidade da emoção associada. Em seguida, para desafiar a cognição, buscam-se evidências que a apoiem ou contrariem, interpretações alternativas à cognição original, investigar como outra pessoa pensaria na mesma situação ou como o paciente aconselharia outro nesse caso. Além disso, pode-se conduzir um desafio pragmático, utilizando formas apropriadas à situação, como, por exemplo, avaliar se a cognição ajuda ou atrapalha na realização das metas do indivíduo, as vantagens e desvantagens de pensar dessa forma e qual o efeito de crer em uma interpretação alternativa. São utilizadas, enfim, formas apropriadas à situação e aparentemente imparciais, como o questionamento socrático, a fim de encorajar o paciente a utilizar outras linhas de raciocínio e outras perspectivas diante das mesmas classes de eventos ou situações. Ao final, após eliciar e avaliar formas alternativas de interpretação, o terapeuta solicita ao paciente que reavalie seus pensamentos e emoções originais, encorajando-o a definir planos

de ação para lidar com os mesmos eventos no futuro: como pensar, sentir e agir de maneira diferente diante de situações semelhantes. Pode-se utilizar, inclusive, formulários para registro e desafio de pensamentos automáticos negativos, que podem ser encontrados em manuais de TC.<sup>1,24,29</sup>

## Intervenção estrutural

A fase intermediária da terapia, de intervenção estrutural,<sup>4,24,27</sup> foca a identificação e o desafio de crenças disfuncionais. O objetivo é promover a *reestruturação cognitiva*, ou reestruturação do sistema de esquemas e crenças do paciente, o que lhe possibilitará processar a informação de uma nova forma.

As crenças disfuncionais são identificáveis por corresponder a temas recorrentes durante o tratamento, a tipos de erros cognitivos frequentes e a avaliações globais (p. ex., “ninguém me entende” ou “o mundo é cheio de perigos”); ou, ainda, por remeterem a memórias ou ditos familiares, como “tal pai, tal filho” ou “tirar 10 não é mais que obrigação”. Uma vez identificadas, as crenças disfuncionais são desafiadas, de forma semelhante ao desafio dos pensamentos automáticos, com o objetivo de substituí-las por crenças mais realistas. A identificação de crenças requer um cuidado maior do que a de pensamentos automáticos. Se uma crença for abordada de maneira precoce, a resistência do paciente pode ser ativada, dificultando referências futuras para tal crença. Portanto, por meio de esforços consistentes de conceituação cognitiva,<sup>29</sup> e com base em toda a informação que for possível coletar, é preciso refinar continuamente as hipóteses de crenças disfuncionais. As crenças serão abordadas apenas quando for possível antever uma baixa probabilidade de resistência por parte do paciente, ou seja, após o terapeuta ter reunido e abordado com ele um volume considerável de evidências que possibilitem ao indivíduo a preparação para reconhecê-las como disfuncionais e estar motivado a substituí-las por crenças mais funcionais.

Além das técnicas para promover a reestruturação cognitiva, pode-se utilizar também as técnicas de distanciamento ou deslocamento de atenção para a normalização das emoções. É preciso considerar, porém, que tais técnicas promovem apenas alívio emocional temporário e devem ser utilizadas com parcimônia, em alternância com tentativas efetivas de reestruturação cognitiva. Podem ser encontrados, em manuais de TC, formulários específicos para a elaboração da conceituação cognitiva dos pacientes, contendo, inclusive, exemplos.<sup>1,29,30</sup>

## O CONCEITO DE FLEXIBILIDADE COGNITIVA COMO UM OBJETIVO TERAPÊUTICO

Em TC, sobretudo nas sessões iniciais, atua-se sobre os pensamentos automáticos do paciente. O objetivo terapêutico, segundo Beck e colaboradores<sup>3</sup> e seguidores,<sup>1,29</sup>

é buscar, de forma colaborativa, interpretações mais adequadas ou funcionais para um evento ou feixe de eventos.

No entanto, propõe-se, como alternativa, que o objetivo central do exercício terapêutico em TC é a instalação, ou a restauração, no paciente, da flexibilidade cognitiva.<sup>24,25,27</sup> Esse conceito é empregado na área da aprendizagem,<sup>31</sup> mas com um sentido diverso do empregado neste capítulo. Na área da aplicação clínica em TC, o conceito é utilizado referindo-se à capacidade inata do ser humano de, ante situações adversas, automaticamente buscar formas alternativas de representar o real, a fim de modular emoções e comportamentos, e não ficar preso à primeira interpretação. Segundo esse conceito, o simples fato de buscar interpretações alternativas, por efeito do deslocamento da atenção, já reduz a valência emocional do pensamento original e pode promover a normalização emocional. A flexibilidade cognitiva, em geral, cumpre um importante papel adaptativo, mas, como uma ferramenta clínica, a busca por formas alternativas de interpretar um evento é mais prontamente generalizável – portanto mais vantajosa – do que a busca da interpretação adequada ou funcional.

O ser humano é funcional (produtivo, sociável, hábil para resolução de problemas, etc.) quando suas emoções estão em sua linha basal ou ponto de repouso. Diante de um evento adverso, as cognições – que refletem como o sujeito interpreta o evento – podem causar uma alteração emocional. A flexibilidade cognitiva, quando presente, impele o sujeito a, automaticamente, buscar interpretações alternativas, o que, em tese, reflete seu esforço para retornar à linha basal emocional. Indivíduos com transtornos emocionais seriam, portanto, aqueles que, por força de experiências e modelação, perderam a flexibilidade cognitiva e a consequente capacidade para modular emoções e comportamentos.

## PREMISSAS QUE FUNDAMENTAM O PROCESSO TERAPÊUTICO

Por conta da posição de destaque que ocupam os pensamentos automáticos no processo terapêutico, há três premissas principais que fundamentam o modelo aplicado da TC e sem as quais ele seria inviável.

- A premissa de que as cognições têm primazia sobre as emoções e os comportamentos, embora não de forma rigidamente causal e temporal. Tal premissa é fundamental por duas razões: os pensamentos automáticos representam o elemento de acesso aos esquemas e crenças e também às emoções e aos comportamentos; e, no processo terapêutico, há interferência sobre pensamentos automáticos a fim de modular emoções e comportamentos.
- A premissa de que o indivíduo constrói ativamente sua realidade, podendo, portanto, desenvolver novas formas de construí-la.
- A premissa de que as cognições, em forma de pensamentos automáticos, embora espontâneas e pré-conscientes, podem ser deliberadamente acessa-

das à consciência, ser identificadas e se tornar alvo de intervenção. Durante as sessões, o paciente desenvolve habilidades para o monitoramento de suas experiências emocionais, para a identificação das cognições associadas a emoções adversas e – por meio do desenvolvimento da flexibilidade cognitiva – para a busca de formas alternativas de processamento.

Em paralelo, o autoconceito do paciente é foco de grande atenção: se lhe faltam capacidades e atributos, o terapeuta mobiliza habilidades para a resolução de problemas; se lhe falta o reconhecimento de capacidades e atributos já existentes, então o profissional mobiliza as técnicas de intervenção funcional e flexibilidade cognitiva.

## **ESTRUTURA DAS SESSÕES E DO PROCESSO CLÍNICO EM TERAPIA COGNITIVA**

O processo clínico em TC<sup>1</sup> requer que o paciente tenha uma lista identificável de problemas a serem trabalhados. Além disso, é necessário que o indivíduo esteja motivado a atuar sobre esses problemas, realizar tarefas entre as sessões, empreender automonitoramento e autocontrole e envolver-se em uma relação colaborativa com o terapeuta. Caso o paciente não esteja motivado para o tratamento, o desenvolvimento de sua motivação representará a meta inicial do terapeuta. O processo requer, ainda, uma formulação ou conceituação cognitiva continuamente em evolução, do paciente e de seus problemas, em termos do modelo cognitivo de psicopatologia, sendo que várias técnicas cognitivas e comportamentais são utilizadas para produzir mudanças cognitivas, e, por meio delas, mudanças nas emoções e nos comportamentos problemáticos associados.

As sessões iniciais cumprem importantes objetivos: estabelecer, por meio da confiança, as bases da aliança terapêutica; instruir o paciente sobre seu papel no processo e sobre o modelo cognitivo, enfatizando o modelo específico para a área do transtorno que o aflige; dar-lhe uma perspectiva relativa de seu problema, suscitando esperança; explicitar e corrigir, se necessário, as expectativas que o paciente tem da terapia; utilizar as informações coletadas para definir as metas terapêuticas. No entanto, deve-se observar uma importante exceção. Nos casos em que o paciente se encontra em situação de crise<sup>32</sup> ou apresenta ideação ou comportamento suicida, a abordagem direta da desesperança e dos problemas críticos específicos da situação sobrepõe-se aos demais objetivos das primeiras sessões.

Quanto à estrutura das sessões,<sup>1</sup> uma sessão típica inicia-se com uma breve atualização do humor do paciente, mediante a aplicação de medidas objetivas. Faz-se uma breve revisão da sessão anterior e da tarefa designada. Em seguida, a agenda é definida de forma colaborativa, os itens da agenda são abordados, a nova tarefa de casa é estabelecida e a sessão é encerrada com um breve resumo final. Deve-se aproveitar todas as oportunidades para reforçar o modelo cognitivo e os resultados das intervenções.



A definição da agenda é uma arte.<sup>24</sup> Ela deve ser definida de maneira colaborativa e ser realista e equilibrada, sendo que a ordem dos itens deve buscar a estabilização do humor do paciente em direção ao final da sessão. Após a sessão de avaliação inicial e, tendo iniciado o processo, após a primeira sessão terapêutica, o terapeuta elabora o planejamento de intervenção.

Quanto ao planejamento da intervenção, cada fase tem prioridades próprias.<sup>24,27</sup> Na etapa inicial, são abordadas metas de fácil resolução – que trarão um alívio emocional mais rápido ao paciente –, metas de difícil resolução, porém urgentes, ou metas que não são fáceis nem urgentes, mas cuja resolução será de longo prazo. Na fase intermediária, são abordadas, prioritariamente, as metas cuja resolução depende da estabilização do humor e da resolução de metas da fase inicial, bem como aquelas que dependem da reestruturação cognitiva. Na fase final, são trabalhadas as metas cuja resolução foi objeto de atuação clínica intensiva durante as fases precedentes, sendo que as intervenções nessa fase priorizam a manutenção dos ganhos terapêuticos e a prevenção de recaídas. A cada 6 ou 8 sessões, conduz-se uma avaliação periódica do avanço observado até aquele momento, tendo em vista as metas terapêuticas inicialmente estabelecidas, promovendo-se as revisões e atualizações necessárias. Após o término do processo, são agendadas sessões de acompanhamento, em geral 3 ou 4, que serão conduzidas ao longo do primeiro ano que sucede a terminação. Em caso de dificuldades ou recaídas, são oferecidas sessões de reforço.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 2008, Judy Beck publicou, no Boletim da Academia de Terapia Cognitiva (Academy of Cognitive Therapy), um pequeno artigo intitulado *Quem é o terapeuta cognitivo*, no qual ela enumera uma série de características – que foram abordadas ao longo deste capítulo – necessárias para atingir a propaganda eficácia da TC. Aponta também os critérios que efetivamente distinguem terapeutas cognitivos reais daqueles que se limitam apenas a questionar o pensamento de seus pacientes. Estes últimos, ela argumenta, não são terapeutas cognitivos, necessitando, para tanto, de um treinamento formal, a fim de obterem a capacitação para atuar em TC independentemente.

Como visto, a TC surgiu há poucas décadas e, nesse curto tempo, tornou-se o mais validado e reconhecido sistema de psicoterapia. A originalidade e o valor das ideias iniciais de Beck foram reforçados e expandidos por meio de um grande volume de estudos e publicações, refletindo, hoje, o que há de melhor no estágio atual do pensamento e da prática psicoterápica. A validação de sua eficácia, com base em modelos específicos para as mais variadas áreas de especialidade, confere-lhe o justificado prestígio e confiança. Sua alta treinabilidade a torna um modelo acessível a diversas classes de profissionais da saúde, que, como terapeutas cognitivos, se tornam artífices do alívio de um número cada vez maior de pessoas com

transtornos mentais. Nesse contexto, destaca-se a aplicação da TC à dependência química, objeto desta obra, como uma possibilidade real e efetiva.

## REFERÊNCIAS

1. Beck J. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1996.
2. Salkovskis P. Terapia cognitiva e Aaron T. Beck. In: Salkovskis P, editor. Fronteiras da terapia cognitiva. São Paulo: Casa do Psicólogo; São Paulo; 2005. p. 455-60.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed; 1997.
4. Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: Wiley; 1999.
5. Serra AM, editor. Estudo da terapia cognitiva: um novo conceito em psicoterapia. São Paulo: Criarp; 2006. Módulo 1.
6. Beck AT, Alford BA. Depressão: causas e tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
7. Salkovskis P. Ansiedade, crenças e comportamento de busca de segurança. In: Salkovskis P, editor. Fronteiras da terapia cognitiva. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. cap. 3, p. 61-82.
8. Clark DA, Beck AT. Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade. Porto Alegre: Artmed; 2012.
9. Liese BS, Franz RA. Tratamento dos transtornos por uso de substâncias com a terapia cognitiva: lições aprendidas e implicações para o futuro. In: Salkovskis P, editor. Fronteiras da terapia cognitiva. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. cap. 20, p. 405-36.
10. Bordin S, Serra AMM, Figlie NB, Laranjeira R. Terapia cognitiva e dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R, organizadores. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010.
11. Fairburn CG. Eating disorders. In: Clark DM, Fairburn CG, editors. Science and practice of cognitive behaviour therapy. New York: Oxford University; 2002. cap. 9, p. 209-41.
12. Wright JH, Turkington D, Kingdon DG, Basco MR. Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves. Porto Alegre: Artmed; 2010.
13. Beck AT, Freeman A, Davis DD. Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
14. Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. Terapia cognitiva da esquizofrenia. Porto Alegre: Artmed; 2010.
15. Newman CF, Leahy RL, Beck AT, Harrington NR, Gyulai L. Bipolar disorder: a cognitive therapy approach. Washington: APA; 2002.
16. Seligman M. The optimistic child. New York: McGraw-Hill; 1996.
17. Freeman A. "Crisis? What crisis?" São Paulo: ITC; 2010. Coaching corporativo prescritivo. Apostila da conferência.
18. Dattilio FM. Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias. Porto Alegre: Artmed; 2011.
19. Serra AMM. Terapia cognitiva com casais. In: Payá R, organizadora. Intercâmbio das psicoterapias. São Paulo: Roca; 2011.
20. White B, Freeman A. Terapia cognitivo-comportamental em grupo. São Paulo: Roca; 2002.
21. Reinecke MA, Dattilio FM, Freeman A. Terapia cognitiva com crianças e adolescentes. São Paulo: LMP; 2009.
22. Kendall PC, editor. Child and adolescent therapy. New York: Guilford; 2012.

23. Serra AMM. Comparative efficacy of cognitive therapy for Brazilian samples. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Vancouver; 2001.
24. Serra AMM. Terapia cognitiva: um novo conceito em psicoterapia. São Paulo: ITC; 2001. Apostila do curso de especialização em terapia cognitiva. Não publicado.
25. Dixon NF. Preconscious processing. New York: Wiley; 1981.
26. Castañón G. O que é cognitivismo. São Paulo: EPU; 2008.
27. Serra AMM. Fundamentos da terapia cognitiva. Revista Psique. 2007;1(3). Edição especial.
28. D’Zurilla TJ, Nezu AM. Terapia de solução de problemas: uma abordagem positiva à intervenção clínica. São Paulo: Roca; 2010.
29. Wright JH, Basco MR, Thase ME. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed; 2008.
30. Serra AMM. Conceituação cognitiva de casos clínicos. Revista Psique. 2007;1(3). Edição especial.
31. Spiro RJ, Feltovich PJ, Jacobsen MJ, Coulson RL. Cognitive flexibility, constructivism and hypertext: random access instruction for advanced knowledge acquisition in ill-structured domains. In: Duffy TM, Jonassen DH, editors. Constructivism and the technology of instruction: a conversation. Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1992. p. 57-74.
32. Dattilio F, Freeman A. Intervenções cognitivo-comportamentais em situações de crise. Porto Alegre: Artmed; 2003.

# A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O MODELO COGNITIVO DE AARON BECK

Cláudio Jerônimo da Silva



## Pontos-chave

- >> Um modelo é uma tentativa de explicar um fenômeno complexo a partir de uma teoria científica. Entretanto, nenhuma teoria sozinha consegue esgotar a explicação de todos os fenômenos envolvidos na dependência química.
- >> A melhor teoria é aquela que explica de maneira satisfatória os fenômenos envolvidos na dependência química, apresentando os maiores pontos possíveis de intersecção e os menores pontos de conflito.
- >> O modelo cognitivo proposto por Aaron Beck considera o uso de substâncias uma estratégia compensatória que tem a função de eliminar e neutralizar crenças disfuncionais básicas e centrais a respeito de si, do outro, do mundo e das relações entre estes.
- >> O uso constante leva ao desenvolvimento de um grupo de crenças muito próprias a respeito das substâncias utilizadas. Essas crenças, no conjunto dos usuários, compõem a subcultura do consumo e formam os fatores de risco para o uso.
- >> O modelo cognitivo de Beck se caracteriza por ter pontos de intersecção com outros modelos, como o social e o biológico.

Por que as pessoas tornam-se dependentes de substâncias psicoativas? Ao longo de séculos, muitas explicações foram consideradas, variando de acordo com a cultura, os conhecimentos e a ideologia predominantes em cada época. Muitas dessas teorias caíram em desuso por falta de evidências científicas e por terem uma composição ideológica que não reproduz o pensamento predominante hoje.

Entretanto, algumas teorias foram reforçadas por estudos recentes que comprovaram seus fundamentos por meio de evidências científicas consistentes e permitiram a construção de modelos mais completos, os quais explicam, de maneira satisfatória, a maioria dos fenômenos psíquicos relacionados ao uso de substâncias.

Conceitualmente, um modelo pode ser compreendido como um conjunto de hipóteses sobre a estrutura ou o comportamento de um sistema pelo qual se procuram explicar ou prever, a partir de uma teoria científica, as propriedades do sistema. É uma representação simplificada e abstrata de um fenômeno. Pode-se

dizer que esse conceito advindo da física é o que mais se aproxima daquele que será utilizado para definir e estruturar, dentro de uma teoria científica, uma explicação sobre os fenômenos psíquicos.

Se todo modelo é, essencialmente, uma redução de um fenômeno complexo para tentar explicá-lo, ele é falho em algum ponto. A existência de mais de um modelo para explicar o mesmo fenômeno é indicativo de que, em algum ponto, a explicação dada por todos eles não conseguiu dar conta do fenômeno. Esse é o caso do desenvolvimento da dependência química. Nenhum modelo conseguiu, até hoje, considerar todos os aspectos envolvidos na gênese e na manutenção da dependência química, ou seja, explicar os motivos do primeiro episódio de uso da substância, do uso ocasional e do surgimento de padrões de uso nocivos ou de dependência.

Qual seria, então, o melhor modelo? Se existe fundamentação científica para mais de um modelo, talvez os melhores sejam aqueles que contemplem os seguintes aspectos: explicação satisfatória da maioria dos fenômenos envolvidos na dependência química; maior intersecção entre si; menor número de contradições entre si; explicação tanto do desenvolvimento como da manutenção da dependência química; suporte teórico às intervenções e técnicas neles apoiadas; e maior número de evidências científicas que os comprovem.

Dentre os modelos psicológicos, o modelo cognitivo de Aaron Beck preenche os requisitos citados. Este capítulo tem o objetivo de descrever com mais detalhes esse modelo e os pontos de intersecção com outros modelos que receberam sustentação científica nas últimas décadas.

## **O MODELO COGNITIVO DE AARON BECK**

### **O princípio básico do modelo cognitivo de Beck**

De acordo com a perspectiva cognitiva proposta por Aaron Beck, o modo como uma pessoa interpreta uma situação específica influencia seus sentimentos, suas motivações e ações. Essas interpretações, por sua vez, são moldadas pelas crenças ativadas pelas situações.<sup>1</sup> O modelo cognitivo fundamenta-se, portanto, na racionalidade teórica de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são, em grande parte, determinados pelo modo como ele estrutura o mundo.<sup>2,3</sup> Nesse sentido, mais importante do que a situação real é a avaliação que o indivíduo faz a respeito dela. Uma mesma situação pode, portanto, desencadear diferentes emoções (tristeza, raiva, ansiedade, etc.) e comportamentos, entre eles o uso de substâncias psicoativas. Por exemplo, diante de uma situação de exposição social, um indivíduo cujo esquema cognitivo é de inadequação pode ativar crenças disfuncionais, como “eu não faço nada direito” (crença central) e, por isso, sentir-se ansioso. Essa mesma situação de exposição social pode ativar, em um outro indivíduo, crenças disfuncionais do tipo “eu não sou uma pessoa de que se possa gostar”, e ele se sentirá, então, triste. Em uma terceira pessoa, ainda, pode ativar crenças como “as pessoas são intolerantes e perigosas”, e ela, portanto, se sentirá amedrontada e com raiva.

Quando um indivíduo com crenças disfuncionais sobre si mesmo entra em contato com substâncias psicoativas, um segundo grupo de crenças mais específicas relacionadas ao uso pode se desenvolver, tais como “só consigo aliviar a ansiedade bebendo um pouco” ou “usando cocaína, eu me torno mais sociável”. Essas crenças mais gerais e os sentimentos ruins que desencadeiam levam, em última instância, ao comportamento de busca e uso da substância. Essas diversas crenças com relação a si, ao mundo e ao outro e aquelas relacionadas ao uso de substâncias interagem entre si e, ao mesmo tempo, formam uma complexa rede de avaliações e sentimentos cuja conclusão final é “eu preciso usar a droga”, de modo que o comportamento de busca e uso se repete. Para entender melhor esse encadeamento de cognições e comportamentos, é necessário abordar os conceitos de crenças centrais, pensamentos automáticos e estratégias compensatórias.

### Esquemas e crenças básicas

Os esquemas são estruturas psíquicas que contêm avaliações firmemente estabelecidas.<sup>4,5</sup> O esquema, se traduzido em palavras, forma criações hipotéticas chamadas de crenças básicas.<sup>4,6</sup> As crenças básicas, quando disfuncionais, caracterizam-se por serem irracionais, supergeneralizadas e rígidas. Ocasionalmente sofrem psíquico e comportamentos mal-adaptados, além de impedirem a realização de metas.<sup>4,6</sup> A Tabela 8.1 mostra alguns exemplos de esquemas cognitivos disfuncionais e suas respectivas crenças básicas.

Segundo Beck e colaboradores,<sup>3</sup> as crenças básicas disfuncionais podem ser classificadas em dois tipos: as crenças de desamparo e as crenças de “não ser querido”. A Tabela 8.2 exemplifica as crenças mais frequentes na clínica e as classifica nessas duas categorias.<sup>3,6</sup> As crenças estão, em geral, relacionadas com sobrevivência, realização pessoal, aceitação, liberdade e autonomia.

>> TABELA 8.1

#### Exemplos de esquemas cognitivos e suas crenças básicas disfuncionais

Esquema disfuncional	Crença básica
Incapacidade (nível primário)	“Sou incapaz fisicamente, intelectualmente, profissionalmente, etc.”
Inadequação (nível primário)	“Sou feio, chato, faço tudo errado, não me visto bem, não sei falar, etc.”
Baixa autoestima (nível primário)	“Não sou uma pessoa que possa ser amada, sou rejeitado pelos outros.”
Vulnerabilidade (nível secundário)	“O mundo real é ameaçador, e eu não tenho recursos para lidar com ele ou enfrentá-lo.”

Fonte: Adaptada de Serra.<sup>4</sup>

>> TABELA 8.2

**Exemplos de crenças centrais disfuncionais segundo as categorias de desamparo e de “não ser querido”**

Crenças centrais de desamparo	Crenças centrais de “não ser querido” (falta de amor)
“Não tenho saída.”	“Não tenho valor.”
“Sou inadequado.”	“Não sou alguém que possa ser amado.”
“Sou fraco e desamparado.”	“Sou indesejado.”
“Sou um fracasso.”	“Não sou atraente.”
“Sou pior que as outras pessoas (não tenho sorte).”	“Sou mau, portanto posso ser abandonado.”
“Sou ineficiente.”	“Eu realmente estou condenado a ficar sozinho.”
“Sou incompetente.”	
“Nunca vou conquistar ninguém.”	
“As pessoas não se importam comigo.”	

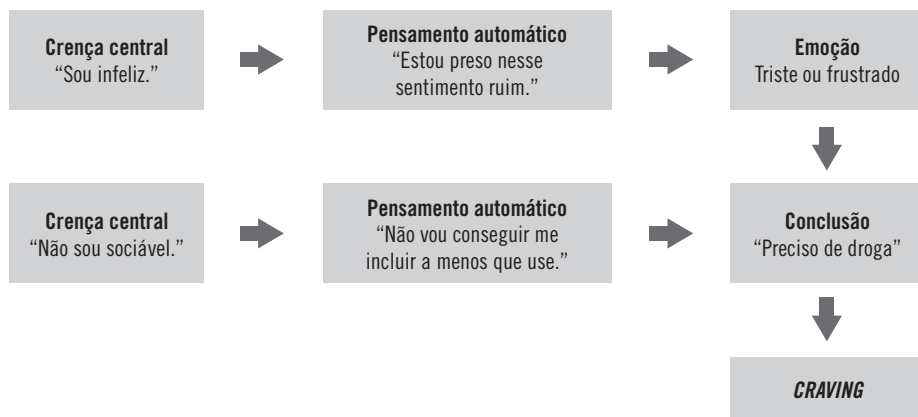
Fonte: Beck.<sup>6</sup>

Segundo Beck e colaboradores,<sup>3</sup> há grupos de crenças interagindo e que estão subjacentes ao uso de substâncias:

- crenças mais genéricas, como: “Eu não sou aceito”; “O mundo é nocivo e perigoso”; “Eu sou/estou desamparado”; “Eu sou/estou triste e solitário”;
- crenças relacionadas ao uso de substâncias, como: “A única maneira de lidar com esse sentimento é por meio do uso”; “A única maneira de lidar com o mundo nocivo e perigoso é usando drogas”;
- crenças de que é “necessário” usar substâncias para aliviar os sentimentos ruins ou o desconforto social. Essas múltiplas crenças interagindo entre si resultam no *craving* e no uso continuado. A Figura 8.1 ilustra essa interação.

### *Pensamentos automáticos*

Crenças básicas são avaliações genéricas que o indivíduo faz sobre si mesmo, sobre o outro e sobre a relação com o mundo que o cerca. Na maioria das vezes, tais crenças não são conhecidas e claras para o indivíduo (são inconscientes), mas, sob determinadas circunstâncias, influenciam a percepção sobre as coisas e são expressadas como pensamentos automáticos, específicos a uma situação.<sup>4,6,7</sup> Os pensamentos automáticos derivam de um “erro” cognitivo<sup>4</sup> e têm íntima relação com as crenças. A Tabela 8.3 exemplifica e explica alguns dos erros cognitivos mais comumente encontrados.<sup>8</sup>



>> **FIGURA 8.1** Interação entre múltiplas crenças.

Fonte: Adaptada de Beck e colaboradores.<sup>1</sup>

>> TABELA 8.3

### Exemplos de erros sistemáticos de pensamentos

Erros cognitivos	Conceitos
Inferência arbitrária	Refere-se ao processo de extrair uma conclusão específica na ausência de evidências que a apoiem ou quando as evidências são contrárias à conclusão.
Abstração seletiva	Consiste em focalizar um detalhe extraído do contexto, ignorar outras características mais salientes da situação e conceituar a experiência toda com base nesse fragmento.
Hipergeneralização	Refere-se ao padrão de extrair uma regra geral ou a conclusão com base em um ou mais incidentes isolados e aplicar o conceito indiscriminadamente a situações relacionadas e não relacionadas.
Magnificação ou minimização	Quando um conjunto de respostas resulta de erros de avaliação quanto à importância ou magnitude de um evento.
Personalização	Refere-se à propensão de relacionar eventos externos a si próprio, quando não há base para estabelecer tal conexão.
Pensamento dicotômico absolutista	Refere-se à tendência de colocar todas as experiências em uma das duas categorias opostas: impecável ou defeituoso; imaculado ou imundo.

Fonte: Beck e colaboradores.<sup>3</sup>

Os pensamentos automáticos são, portanto, uma síntese dos pensamentos mais globais e avaliativos das situações específicas ou das crenças mais gerais sobre si, o outro e o mundo que foram construídos com base nos erros cognitivos já des-



critos. Eles se caracterizam por serem excessivamente rígidos e por configurarem um padrão de respostas cognitivas diante das situações que os ativam.

### *Estratégia compensatória*

A estratégia compensatória é um comportamento que busca o alívio ou a anulação dos pensamentos automáticos e das emoções negativas.<sup>4,6</sup> Imagine-se, por exemplo, um indivíduo músico, diante de uma situação em que se apresentará em público. Ocorre-lhe o seguinte pensamento: “Vou errar”. Lembrando que o pensamento automático é uma constatação inflexível, o indivíduo fica triste, com medo e ansioso. Faz então, uma suposição: “Se beber, conseguirei ficar menos ansioso e poderei me apresentar”. Pede uma bebida alcoólica e a bebe. Esse comportamento de busca e ingestão do álcool é um exemplo de estratégia compensatória.

A seguinte questão poderia ser levantada: por que esse conjunto de cognições ocorreu? O fato de passar por essa situação de exposição pública ativou, no indivíduo, um esquema disfuncional que, em palavras, seria: “Sou inadequado”, ou “Sou incapaz” (crença central). A partir dessa crença, surge o sentimento de tristeza e, tendo em vista a experiência passada do uso de álcool, o pensamento automático associado seria: “Só consigo aliviar esse sentimento usando a droga”; e/ou “Fico mais sociável quando uso alguma substância”. A suposição associada a essas crenças é a de que “se eu usar, consigo me sentir melhor”, e o pensamento automático associado é o de que “preciso usar”; o comportamento de uso, então, é a estratégia encontrada para aliviar ou tentar anular a crença disfuncional básica que desencadeou toda a sequência cognitiva.

É importante ressaltar que essa linearidade entre os eventos didaticamente apresentada aqui é, na realidade, uma série de eventos cognitivos que ocorre ao mesmo tempo e se relaciona para resultar, em última análise, em *craving* e comportamento de busca e uso de substâncias.

Ao longo do processo terapêutico, o terapeuta cognitivo chega a hipóteses semelhantes à que foi descrita.<sup>4</sup> Ele vai testando e reconstruindo suas hipóteses e, assim, se aproximando da estrutura cognitiva do paciente. Essa construção da hipótese cognitiva global é chamada de conceituação cognitiva, que será apresentada a seguir e auxiliará na compreensão de como esse modelo explica a gênese da dependência química.

### **A relação entre crenças, pensamentos automáticos e conceituação cognitiva**

A conceituação cognitiva é uma hipótese sobre pensamentos, suposições, emoções e crenças do paciente, e sua compreensão ajuda o profissional a entender melhor essas relações. Sendo uma hipótese, ela pode, portanto, ser reformulada no decorrer da terapia, conforme novas informações e evidências sejam reunidas.<sup>4,6</sup>

Analizando a Figura 8.2, é possível entender como o terapeuta cognitivo constrói a hipótese da conceituação cognitiva.

As experiências precoces na vida do indivíduo podem influenciar o desenvolvimento de uma crença básica disfuncional.<sup>6,7</sup> Imagine-se o seguinte exemplo: um paciente com diagnóstico de uso nocivo de álcool e episódio depressivo relata, em sua história infantil, que o pai era extremamente crítico, desvalorizava o que o paciente fazia e o comparava com o irmão mais velho. O indivíduo, no plano



>> **FIGURA 8.2** Modelo de construção da conceituação cognitiva e a relação entre crenças e estratégias compensatórias.

Fonte: Beck.<sup>6</sup>

inconsciente, começa a formular, por conta dessa e outras experiências, uma hipótese sobre si mesmo (sua autoeficácia, sua condição de ser querido, etc.), formando, assim, os esquemas.<sup>4</sup> Essa avaliação sobre si mesmo, em outras palavras, compõe a crença básica.<sup>4</sup> Por exemplo, constroem-se algumas crenças, tais como “não sei fazer nada certo”, “meu pai não gosta de mim”, ou “não sou uma pessoa querida”. A partir da crença, o paciente faz algumas suposições,<sup>4</sup> por exemplo: “não sou querido porque não faço nada certo; logo, se me esforçar muito, conseguirei fazer algo bem feito e, se nunca errar, meu pai gostará de mim”. Essas suposições influenciarão, inevitavelmente, seu comportamento.<sup>4</sup> Diante de situações específicas, essas crenças e suposições serão ativadas, e o indivíduo desenvolverá padrões comportamentais denominados estratégias compensatórias,<sup>4</sup> que buscam aliviar a aflição crença básica.<sup>6</sup> Diversas situações de vida podem ativar a mesma crença básica, mas, para cada situação, o comportamento pode variar. Observe-se o exemplo utilizando o paciente apresentado anteriormente, que pode ser exposto a duas situações distintas. São elas:

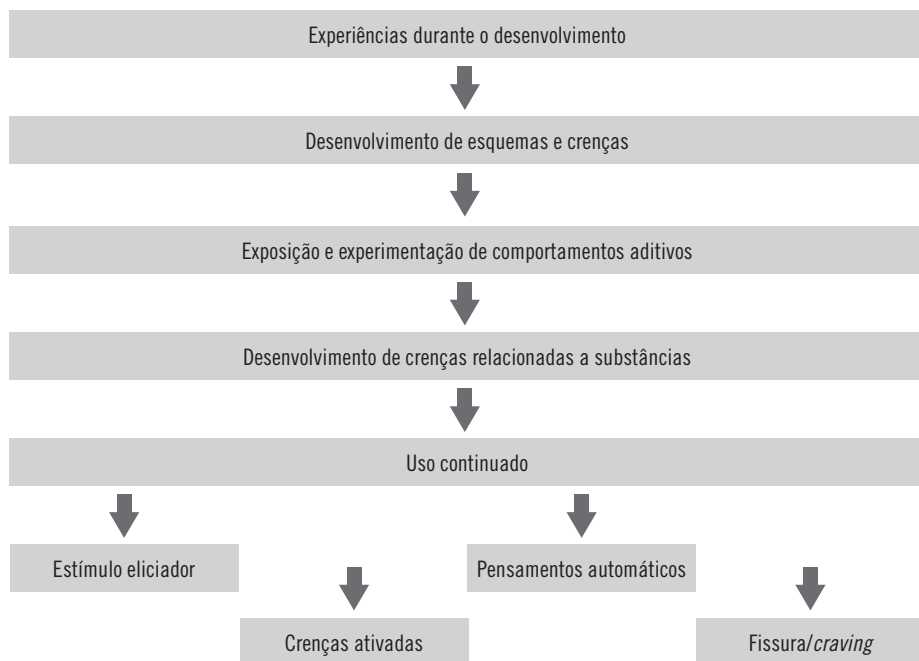
- **Situação 1** – Após a aula, o indivíduo está deitado, sozinho em seu quarto, refletindo sobre seu desempenho acadêmico. Ocorre-lhe, então, um pensamento automático: “Sou o pior aluno”. A esse pensamento, ele atribui um significado: “Sou incapaz”. A emoção que decorre dessa cognição é tristeza, e há uma sensação vívida de fracasso. Então, ele decide parar de estudar. Observe-se que, de forma genérica, a situação ativou um esquema de incapacidade construído ao longo da vida do paciente, por meio de sua história infantil e experiências precoces. O esquema influencia a formulação de pensamentos que sejam compatíveis com o seu conteúdo. Para um conteúdo de incapacidade, o pensamento é “sou o pior”. Este, por sua vez, influencia a emoção, que mantém coerência com o pensamento e o esquema. O paciente, então, fica triste, e seu comportamento é abandonar a escola. Observe-se que o comportamento de “abandonar a escola” é uma estratégia compensatória de fuga para aliviar o esquema de incapacidade.
- **Situação 2** – Ao estudar um texto sobre gramática, o indivíduo acha o conteúdo difícil, percebe que precisa ler o texto outra vez e pensa: “Vou perder a tarde por culpa desse professor que me exigiu estudar gramática” e “Não sou inteligente o suficiente para aprender isso”. As emoções evocadas são irritação e tristeza. Ele fecha o livro e vai beber. Nesse exemplo, a situação ativou esquemas de vulnerabilidade e incapacidade. O comportamento de fechar o livro e beber foi uma estratégia compensatória que auxiliará o sujeito a lidar com os esquemas ativados.

Observando a Figura 8.3, é possível notar que, ao ter contato com a substância, o paciente desenvolve outro grupo de crenças relacionadas à situação “usar droga”. As crenças relacionadas à substância mantêm uma relação coerente com as crenças básicas de caráter mais genérico. Assim, o modelo cognitivo postula que a

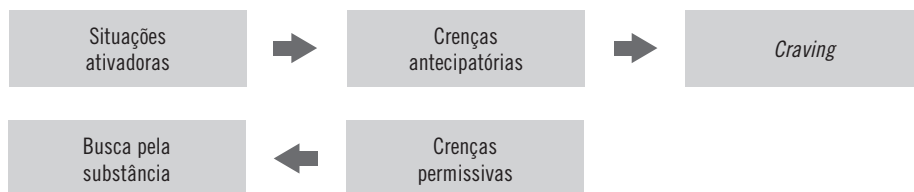
dependência é resultado da interação entre o contato inicial com a droga e as cognições que se formarão por influência das crenças básicas. Não são, portanto, todas as pessoas que, ao terem contato com a droga, desenvolverão dependência.

As crenças relacionadas às substâncias são de duas naturezas: de expectativas positivas (ou antecipatórias) e facilitadoras (ou permissivas).<sup>1,9,10</sup> O paciente, ao avaliar sua situação de estudante como muito árdua, começa a pensar que “merece” descontraí-se no bar durante o período da tarde, que beber “melhora o estresse” e que vai ser “agradável a conversa com os amigos”. Essas crenças são suficientes para eliciar pensamentos automáticos como “vou beber” e desencadear a fissura.<sup>1</sup> Na vigência da fissura, as crenças que surgem são as facilitadoras. Por exemplo, “Não consigo suportar a vontade”; “Só há um modo de melhorar essa vontade: usar!”. Esse conjunto de cognições impulsiona o paciente ao uso, fechando um ciclo cognitivo para o uso continuado da substância. As crenças aparecem na seguinte sequência: primeiro as antecipatórias e depois as permissivas, como mostra a Figura 8.4.

Segundo Beck e colaboradores,<sup>1</sup> as situações ativadoras diferenciam-se do conceito de situação de alto risco<sup>11</sup> porque elas, em si, são neutras, mas ativam crenças disfuncionais relacionadas ao uso. Elas podem ser de natureza externa ou interna. São exemplos de situações externas: o recebimento do pagamento (“di-



>> **FIGURA 8.3** Modelo cognitivo para psicopatologia da dependência e do uso de substâncias psicoativas. Fonte: Beck e Liese.<sup>5</sup>



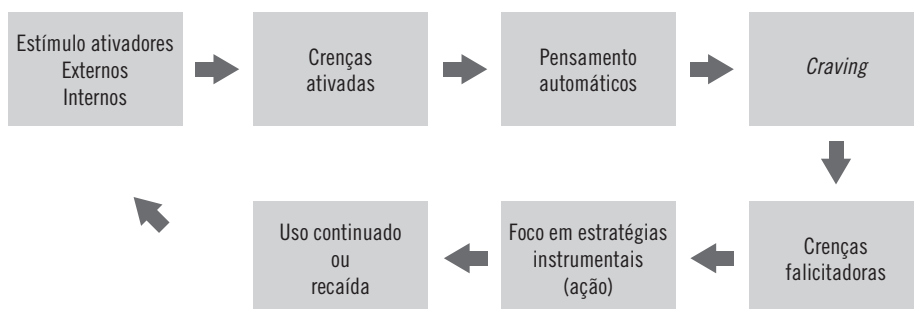
>> **FIGURA 8.4** Sequência de crenças antecipatórias e permissivas.

Fonte: Beck e colaboradores.<sup>1</sup>

neiro na mão”), o contato com amigos usuários ou a proximidade dos pontos de venda. As situações internas podem ser estados emocionais negativos, como depressão, ansiedade ou tédio. A Figura 8.5 ilustra o modelo completo de Beck, desde os estímulos ativadores até o uso continuado.

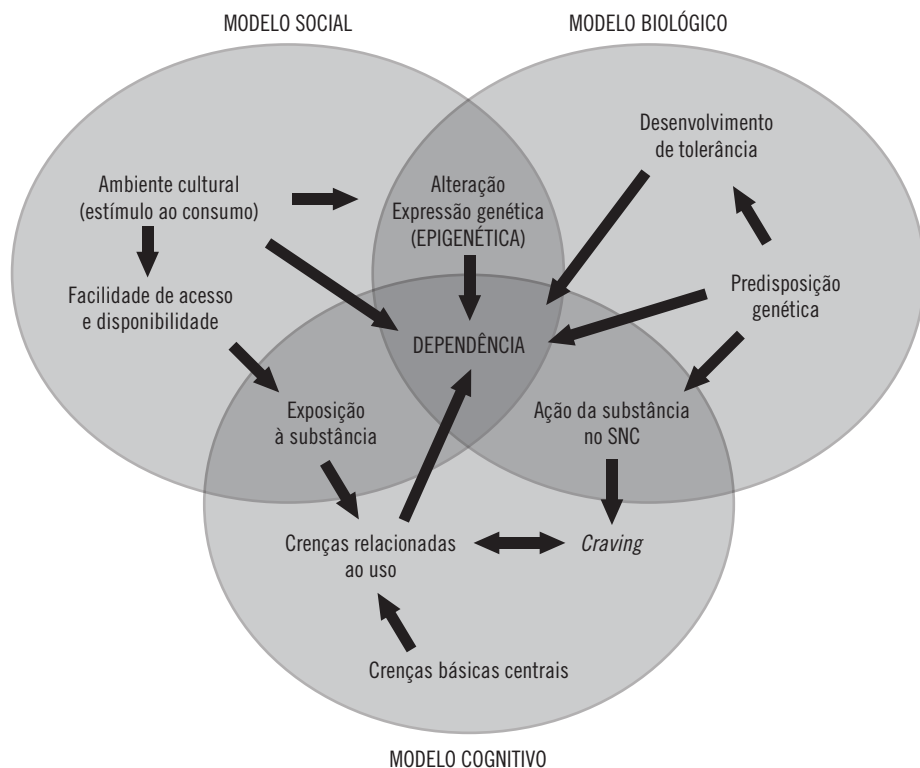
## A INTERSECÇÃO ENTRE OS MODELOS DE BECK E MODELOS BIOLÓGICOS E SOCIAIS

Há fortes evidências de que fatores sociais e biológicos influenciam o uso experimental e a manutenção do uso de substâncias. Essas evidências sustentam alguns modelos biológicos e sociais para a gênese da dependência química. Como se dá a relação entre os modelos biológicos e o modelo cognitivo de Beck? A Figura 8.6 ilustra esses pontos de intersecção. Podemos observar que, pelo modelo social, o ambiente cultural, o fácil acesso, o aumento da disponibilidade e as interações sociais moldam o consumo.<sup>12</sup> O ponto comum entre esses dois modelos é a exposição às substâncias psicoativas. Pelo modelo cognitivo, é necessário que haja essa exposição para que se desenvolvam crenças disfuncionais relacionadas ao uso, e, portanto, à dependência química.



>> **FIGURA 8.5** Modelo completo do uso de substâncias.

Fonte: Beck e colaboradores.<sup>1</sup>



>> **FIGURA 8.6** Interação entre os modelos cognitivo, social e biológico para a gênese da dependência química.  
SNC = sistema nervoso central.

O *craving* é o ponto de encontro entre o modelo cognitivo e os modelos biológicos. Estes postulam que a ação das substâncias psicoativas no sistema de recompensa cerebral, bem como os fatores genéticos e o desenvolvimento de tolerância, levam ao uso continuado e à dependência.<sup>13</sup> Esse sistema cerebral, modulado principalmente pelo neurotransmissor chamado dopamina, está relacionado com o prazer provocado pelo uso, pela memória desse prazer, pela associação entre o prazer e o comportamento de busca e uso e, conseqüentemente, com o *craving*. Como visto, segundo o modelo cognitivo, o *craving* é desencadeado pelas crenças de expectativa positiva, que têm como substrato estrutural o córtex pré-frontal, parte integrante do sistema de recompensa cerebral.

Estudos recentes têm demonstrado que fatores ambientais, incluindo o uso de substâncias, alteram fatores de transcrição gênicos (principalmente o  $\Delta$ FOSB), mostrando, com isso, que a exposição crônica às substâncias de abuso provoca alterações na regulação gênica e, assim, contribui para o fenótipo da dependência química.<sup>14</sup> Essa relação torna o modelo cognitivo capaz de integrar fatores sociais,

ambientais e psicológicos tão destacados atualmente na gênese da dependência química. Esse poder integrador da terapia cognitiva já tinha sido destacado por Beck e Alford.<sup>15</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O problema central de um usuário de substâncias psicoativas é um conjunto de crenças relacionadas ao uso, derivadas e diretamente relacionadas com suas crenças centrais básicas a respeito de si mesmo, do mundo e do outro. As crenças centrais, construídas por meio da história de vida precoce e experiências passadas, tais como “Sou desamparado”, “Sou infeliz”, “Não sou querido” ou “Sou vulnerável”, podem ser ativadas diante da exposição a substâncias psicoativas, desenvolvendo um segundo grupo de crenças relacionadas ao uso – “Só consigo lidar com o desconforto psíquico se usar”, “Usando droga, consigo me incluir”, “Se usar, vou ser querido pelos amigos”. De acordo com o modelo de Beck, o uso de substâncias é uma estratégia compensatória que procura anular as crenças centrais disfuncionais e as emoções ruins que as acompanham.

As crenças relacionadas ao uso são de natureza facilitadora (permissiva) ou de expectativa positiva (antecipatória). Situações ativadoras das crenças disfuncionais desencadeiam essa sequência de crenças e pensamentos automáticos, resultando em *craving* e em comportamento de busca e uso de substâncias. A terapia cognitiva objetiva modificar e reestruturar cada um desses grupos de crenças disfuncionais, diminuindo o *craving* e interrompendo o uso ou prevenindo a recaída.

O modelo cognitivo se correlaciona com o modelo social de compreensão do uso: pelo modelo cognitivo, a exposição às substâncias psicoativas é necessária para o desenvolvimento de crenças relacionadas ao uso; pelo modelo social, é consequência do ambiente cultural facilitador do acesso. Pelo modelo cognitivo, o *craving* é consequência de crenças antecipatórias relacionadas ao uso; pelo modelo biológico, é resultado da ação da substância no sistema de recompensa cerebral. Além disso, pesquisas recentes por meio da epigenética demonstram o quanto o ambiente social interfere na expressão gênica e predispõe ao uso de substâncias e à dependência. O modelo cognitivo de Beck tem, portanto, a capacidade de explicar de maneira satisfatória tanto o desenvolvimento da dependência química quanto sua manutenção, além de integrar aspectos de outros modelos igualmente consistentes.

## REFERÊNCIAS

1. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford; 1993.
2. Blackburn IM. Depressão em pacientes hospitalizados. In: Scott J, William JMG, Beck AT. Terapia cognitiva na prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 1994. p. 1-30.

3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed; 1997.
4. Serra AMM. Apostila do curso de especialização em terapia cognitiva. São Paulo: ITC; 2004. Não publicado.
5. Beck JS, Liese BS. Cognitive therapy. In: Frances RJ, Miller SI, editors. Clinical textbook of addictive disorders. 2nd ed. New York: Guilford; 1993. p. 547-73.
6. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.
7. Wright JH, Thase ME, Clark MD. Cognitive therapy. New York: American Psychiatric Press; 1997. p.1-5.
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed; 1997.
9. Liese BS, Beck AT, Seaton K. The cognitive therapy addictions group. In: Brook DW, Spitz HI. Group psychotherapy of substance abuse. Washington: American Psychiatric Press; 1999.
10. Liese BS, Franz RA. Treating substance use disorders with cognitive therapy: lessons learned and implications for the future. In: Salkowski P. Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford; 1996. p. 470-508.
11. Marlatt GA, Gordon GR. Prevenção da recaída. Porto Alegre: Artmed; 1994.
12. International Narcotics Control Board. Report for 2007: psychotropic substances: statistics for 2006. New York: United Nations; 2008.
13. Messa GP, Valada H Filho. O papel da genética da dependência do álcool. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26 Supl 1:54-8.
14. Robison AJ, Nestler EJ. Transcriptional and epigenetic mechanisms of addiction. Nat Rev Neurosci [Internet]. 2011 [capturado em 18 maio 2012];12:623-37. Disponível em: <http://www.nature.com/nrn/journal/v12/n11/full/nrn3111.html>.
15. Beck AT, Alford BA. O poder integrador da terapia cognitiva. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 22-33.





# TEORIA COMPORTAMENTAL

Roberto Alves Banaco



## Pontos-chave

- >> A teoria comportamental aborda os problemas psiquiátricos em geral e, mais especificamente, a dependência de substâncias, por meio de modelos experimentais de psicopatologia.
- >> Vários modelos experimentais estudam aspectos importantes da dependência química, por exemplo, os modelos respondentes – que explicam os fenômenos da tolerância, da abstinência, da *overdose* e da recaída –, o modelo de indução produzida por esquemas de reforço, que explica o excesso comportamental, e o modelo de fuga, que explica a busca ativa (operante) pela substância para minimizar os sintomas da abstinência ou de estimulação aversiva.

A teoria comportamental apresenta, em seu desenvolvimento, diversas linhas de abordagem para os problemas do homem. Embora todas elas tenham suas raízes no behaviorismo de John Watson, muitas (p. ex., a cognitivo-comportamental) desenvolveram-se em ramos teóricos, conceituais e técnicos que justificam, hoje, uma nomenclatura diferenciada.<sup>1</sup> Outras passaram a designar sua abordagem como analítico-comportamental; suas bases científicas são as encontradas na análise do comportamento, como teoria, e no behaviorismo radical de Skinner, como princípio filosófico. Este capítulo apresentará as explicações a respeito da dependência química a partir da ótica dessa proposta teórica.

A abordagem analítico-comportamental prima pelo estudo dos fenômenos por meio do método experimental, e suas intervenções são derivadas dos achados obtidos por esse método. Os modelos experimentais, por essa razão, estão entre as principais estratégias utilizadas pelos analistas do comportamento para compreender melhor os transtornos psiquiátricos. Nesses modelos, buscam-se relações observadas entre as ações do organismo e mudanças no ambiente onde esse organismo vive.

Um dos tipos de interação estudados pelos modelos experimentais é aquele relacionado às mudanças no ambiente, chamadas de estímulos. O organismo apresenta rápida adaptação a tais mudanças, o que é chamado de respostas. As interações entre estímulos e respostas são chamadas de comportamentos reflexos ou respondentes.

Há outro tipo de interação relacionado a mudanças no ambiente causadas pela ação do organismo e que podem influenciar na probabilidade futura dessa ação. Nessa interação, as consequências da ação do organismo podem torná-la mais provável (i.e., ocorreria o fortalecimento da classe de respostas) ou menos provável (ocorreria, então, o enfraquecimento). A essa interação dá-se o nome de contingência operante.

Existe, ainda, uma terceira interação a ser notada, na qual alguns parâmetros das mudanças do ambiente em uma contingência operante produzem indução excessiva na frequência de outra ação, esta última aparentemente sem função na relação comportamental originalmente estudada. Essa indução excessiva e sem função aparente sobre a contingência é chamada de comportamento adjuntivo.

A partir desses três tipos de interações entre mudanças ambientais e ações do organismo, os analistas do comportamento produzem análogos com o objetivo de reproduzir os fenômenos em estudo laboratorial. Além desse ponto de partida, os analistas do comportamento consideram dois aspectos importantes para a detecção e intervenção de problemas psiquiátricos: se o comportamento “transtornado” é uma resposta anormal do organismo a mudanças normais do ambiente ou se o comportamento problemático é uma resposta normal do organismo a uma situação ambiental que mudou de maneira exacerbada.<sup>2</sup>

Caso seja observada uma resposta anormal do organismo a mudanças normais do ambiente, aventa-se a hipótese de que o organismo seja resultado de alguma variabilidade da espécie que aponte uma sensibilidade física extremada ou diminuída a algum aspecto ambiental. Nesses casos, a explicação da origem do problema pode ser encontrada em outras ciências, como a biologia ou a medicina em suas diversas especialidades. Embora a análise do comportamento tenha meios de lidar com o comportamento problemático oriundo desse tipo de variação, ela não consegue explicar as variabilidades físicas, as quais podem ser descritas pela genética, neurologia, fisiologia, etc. Já os casos nos quais uma resposta é problemática por conta de mudanças extremas na situação ambiental constituem o âmbito principal do estudo da psicopatologia, área que utiliza os modelos experimentais da análise do comportamento. Nesses casos, assume-se que a maior parte dos organismos, se expostos a situações extremas, poderia desenvolver o comportamento psicopatológico.

Assim, por meio da observação e da manipulação de variáveis ambientais, o analista do comportamento procura recriar, em laboratório, um análogo experimental do problema estudado, de forma a produzir relações similares às aquelas observadas no desenvolvimento de relatos de casos clínicos. Obtendo-se o modelo, realiza-se a avaliação em termos de similaridade das respostas estudadas (o quanto o comportamento dos sujeitos experimentais é semelhante ao observado na população clínica), responsividade e seletividade a certas substâncias já conhecidas na atuação sobre o problema (i.e., se as respostas observadas nas situações experimentais deixam de ocorrer sob a ação de substâncias utilizadas com frequência no enfrentamento das psicopatologias), bem como processos comportamentais básicos envolvidos na determinação do problema.<sup>3,4</sup>

Um aspecto relevante a ser considerado é que nem mesmo um modelo experimental está isento de uma concepção por parte da psicopatologia,<sup>4</sup> e é importante apresentar, de maneira breve, qual a visão da análise do comportamento sobre esse tema, visto que tal visão é bastante distinta da concepção médica e psiquiátrica tradicional.<sup>5</sup>

## PSICOPATOLOGIA E CONCEITO DE NORMALIDADE

A partir dos pressupostos e dos modelos descritos, as perguntas norteadoras do trabalho do analista do comportamento são: o comportamento-problema é função de quais variáveis ambientais? Que mudanças ocorrem no ambiente que produzem o comportamento problemático? Quais manipulações podem ser feitas para impedir que esse comportamento-problema se instale?<sup>2</sup>

A análise do comportamento é uma ciência inspirada no conceito darwinista de evolução das espécies. Dessa forma, foi aplicado o raciocínio de variação, seleção e manutenção das espécies no quesito comportamento dos organismos.<sup>6</sup> Sabe-se que, segundo a proposta da seleção natural, ocorrem variações morfológicas ao longo das gerações de indivíduos, cabendo ao ambiente selecionar aqueles que apresentam as morfologias mais aptas para a sobrevivência, descartando indivíduos que não apresentam características bem-adaptadas (evolução das espécies). Esse raciocínio, aplicado ao comportamento, indica que, assim como ocorre na seleção natural, cada indivíduo varia sua forma de se comportar, e o ambiente trata de selecionar e manter as respostas que melhor se adaptam. Nessa perspectiva, o comportamento é mais uma característica biológica a ser considerada, assim como órgãos e tecidos, que variam discretamente entre indivíduos intra e entre gerações.

Essa concepção colocou em discussão o conceito de normalidade na área da psicologia. Considerando que aquilo que um organismo faz é o melhor que ele “sabe” fazer, mesmo os comportamentos “anormais” são encarados como mera variação comportamental. Esse tipo de comportamento seria o melhor que um organismo sabe fazer quando inserido em determinado ambiente. Em outras palavras, acredita-se que as respostas que “dão certo” em um ambiente permanecem no repertório comportamental de um indivíduo, e aquelas que “não dão certo” são enfraquecidas. Por essa razão, considera-se que o comportamento é determinado pela intenção entre a ação do organismo e pela mudança ambiental produzida por essa ação. Ações que podem ser efetivas em um ambiente talvez não o sejam em outro, tornando o comportamento muito plástico, e sua análise bastante complexa. Esse tipo de comportamento pode ser observado apenas sob algumas circunstâncias. A condição para esclarecer as circunstâncias envolvidas no aparecimento do comportamento-problema é denominada “análise funcional”, que nada mais é do que o análogo experimental das condições envolvidas no modelo experimental.<sup>7</sup>

Como consequência dessa forma de focar os problemas, as diversas concepções de normalidade (a concepção de estatística, de obediência a leis e de rever-

sibilidade) encontradas na literatura acabam sendo questionadas.<sup>8-10</sup> Em discussões sobre a anormalidade ou normalidade do comportamento, o analista se utiliza apenas do critério sofrimento do indivíduo ou de pessoas ligadas a ele<sup>5,11</sup> para decidir se uma relação é psicopatológica ou não. É na busca de excessos ou déficits comportamentais<sup>9</sup> – determinados pelas mudanças nas probabilidades dos comportamentos, as quais, por sua vez, são produzidas pelas mudanças ambientais<sup>2,11</sup> – que se encontram os caminhos para a solução dos problemas de comportamento.

A partir dessa perspectiva, os analistas aproximam-se das patologias do comportamento como “combinações quantitativas e qualitativas de processos que são, elas próprias, intrinsecamente ordenadas, absolutamente determinadas e normais em sua origem”.<sup>9</sup>

## UMA VISÃO NATURALISTA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

As descrições darwinistas a respeito da evolução das espécies e concomitantemente do comportamento demonstram que o fenômeno da dependência química é mais natural do que se poderia imaginar.

Segundo Ronald Siegel,<sup>12</sup> além da espécie humana, são observadas na natureza muitas espécies que apresentam dependência a substâncias psicoativas em habitat natural. Essa observação enfatiza o aspecto evolutivo do comportamento, acompanhando a evolução dos organismos (o que resulta em diversas espécies) e também o argumento de que o comportamento dos humanos de intoxicar-se não pode ser considerado desviante (ou anormal), mas um resultado natural da interação organismos/ambientes. O comportamento de intoxicar-se estaria, assim, na base da própria biologia das espécies e na sensibilidade delas aos princípios ativos das substâncias.

Como exemplos de comportamentos de autoadministração de substâncias psicoativas em outras espécies, Siegel cita elefantes que buscam álcool resultante da fermentação de frutas, felinos dependentes da erva alucinógena *Nepeta cataria*, pombos e outros pássaros com visíveis alterações comportamentais resultantes do consumo de sementes de maconha, cavalos e gado que consomem papoulas que os excitam e desorientam e coalas que apresentam efeitos narcóticos por conta do consumo de folhas de eucalipto.<sup>12</sup>

Apesar dessa diversificação, que reforçaria a ideia da especificidade biológica na afinidade pelos princípios ativos, R. Siegel<sup>12</sup> relata a descoberta das substâncias pelo homem por meio da observação dos efeitos do consumo de certas plantas nos animais, e descreve uma impressionante correlação entre as substâncias utilizadas pelo maior número de culturas humanas e aquelas consumidas pelo maior número de espécies animais ( $r = 0,90$ ,  $p < 0,01$ ). Segundo ele, os relatos registrados em documentos do folclore, da religião e da ciência referem-se ao comportamento de autoadministração de substâncias psicoativas com termos como “fissura” (*craving*), “paixão” (*passion*) e “dependência” (*addiction*).

Ronald Siegel<sup>12</sup> aponta variáveis de aprendizagem que poderiam interferir no comportamento de dependência de substâncias. Aquelas utilizadas pelo maior número de culturas e de espécies animais (tabaco, álcool e alucinógenos) apresentam um gosto aversivo, aspecto que não justificaria seu uso. Exposições prévias a princípios ativos da substância levariam a uma habituação facilitada ao gosto, por processos respondentes, como sombreamento ou bloqueio. Um exemplo disso é a habituação à qual o filhote de coala seria submetido ao sugar o leite materno com gosto amargo por conta das folhas de eucalipto ingeridas pela mãe. Em idade jovem, o coala já estaria habituado ao gosto aversivo das folhas narcóticas, facilitando seu consumo.

Além das variáveis de aprendizagem, as variáveis sociais (tamanho e densidade do grupo, competição, pressão predador-presa, etc.) podem determinar o consumo elevado de substâncias que não sejam as preferidas pelas espécies não humanas. Por exemplo, sabe-se que o álcool é um dos agentes mais difíceis de serem autoadministrados em animais de laboratório, pois seu gosto é amargo. No entanto, gatos e macacos mudam sua preferência para soluções alcoólicas em detrimento de outros fluidos não alcoólicos quando submetidos a estresse induzido.<sup>12</sup>

Ronald Siegel<sup>12</sup> aponta para o fato de que humanos, embora tenham uma lista extensa de motivos pelos quais apresentam o comportamento de intoxicar-se, enfrentam consequências muito desagradáveis, distantes daquelas que os motivaram quando adquiriram a predileção pela substância. As próximas seções deste capítulo abordarão alguns dos processos comportamentais que explicam essa incongruência.

## O CONCEITO DE DEPENDÊNCIA: OS PARÂMETROS DA CULTURA

Apesar de toda essa concepção naturalista do consumo de substâncias, sabe-se que a vida social do indivíduo dependente acaba ficando muito prejudicada. Para oferecer suporte no enfrentamento, na intervenção e na prevenção dos problemas oriundos do uso/abuso de substâncias, alguns critérios devem ser considerados.

A cultura classifica a dependência química em pelo menos quatro critérios, que devem ser considerados quando tal problemática é abordada.<sup>13</sup> O primeiro é o critério “legal”, proibição colocada pelos governos e sancionada por leis e punições que vão desde a prisão de quem comercializa determinadas substâncias até a retirada de circulação na sociedade daqueles que as utilizam, o que é feito por meio de internação. Os governos em geral empregam esse critério porque os usuários, quando estão sob o efeito de substâncias, poderiam oferecer risco a si próprios e a outros indivíduos. Em nossa cultura, encontram-se nesse critério as seguintes substâncias: maconha, anfetaminas, alucinógenos, cocaína, heroína, entre outras, inclusive as sintetizadas. O segundo critério considerado é o “clínico”, que indica fortes sintomas de abstinência, dificuldade de remissão e alto número de recaídas. Encontram-se, nesse critério, o tabaco, o álcool, os tranquilizantes e os hipnóticos,

assim como os opióides e os estimulantes. A dependência química dessas substâncias é acentuada, com prejuízos à saúde dos dependentes. O terceiro critério é o “epidemiológico”, ou seja, aquele que aponta as substâncias utilizadas pelo maior número de pessoas. Sob esse critério, encontram-se, no Ocidente, os seguintes agentes: caféina, álcool, tabaco, maconha, tranquilizantes, anfetaminas, alucinógenos, opióides e cocaína. O quarto critério, por fim, classifica as substâncias mais passíveis de autoadministração em condições de laboratório, o que indicaria o potencial de abuso. Nesse critério, encontram-se cocaína, anfetaminas, opióides, barbitúricos, anestésicos dissociativos (cetamina), álcool, nicotina, caféina, benzo-diazepínicos e maconha.

Todos esses critérios são elaborados a partir de condições clínicas de abuso de substâncias com claras perdas e riscos à integridade dos indivíduos que as utilizam. Como visto, muitas substâncias encontram-se em mais de um critério de dependência, tornando-se, claramente, um problema social.

Por meio dos modelos experimentais, a teoria analítico-comportamental busca conhecer os possíveis controles do comportamento no uso de substâncias. Esses modelos ajudam a esclarecer as relações que facilitam ou dificultam o uso/abuso de substâncias. Com fundamento em processos básicos respondentes, operantes e de indução por esquema de reforço, a teoria analítico-comportamental descreve (e explica) por que esses fenômenos ocorrem.

## PROCESSOS RESPONDENTES

A dependência química é considerada quando uma substância, administrada por um certo tempo, é interrompida, ocasionando sintomas de retirada e “fissura”. Estão também intimamente associados à tolerância o decréscimo do efeito da substância no decorrer de repetidas administrações e a necessidade de aumento de quantidade para a obtenção do mesmo efeito antes observado.<sup>14</sup> Esse fenômeno é abordado pelo estudo de um processo comportamental denominado pela literatura como *respondente* ou *pavloviano*. Segundo esse modelo, determinadas respostas do organismo ocorrem em decorrência da exposição a aspectos do ambiente (os estímulos).

Algumas respostas das espécies são específicas a determinados estímulos relevantes do ambiente para sua sobrevivência. Essas respostas adaptam o organismo às variações ambientais, protegendo-os. Assim, por exemplo, se ocorre um aumento súbito na temperatura ambiental, muitos organismos endotérmicos (inclusive os humanos) apresentariam como resposta adaptativa o alargamento dos poros, permitindo, dessa maneira, a excreção do suor, o que ajudaria a manter a temperatura corporal em níveis ideais. Esse processo comportamental denomina-se *reflexo incondicionado*, visto que os organismos seriam preparados biologicamente para apresentar essas respostas na presença de determinados estímulos, sem que nenhuma condição especial de aprendizagem fosse necessária para a ocorrência da relação (Fig. 9.1).



>> **FIGURA 9.1** A relação respondente: um estímulo ambiental (aumento de temperatura) produz uma resposta típica da espécie (sudorese).

Ocorrem também outras aprendizagens úteis para a preservação dos organismos. Assim, indivíduos submetidos a elevados riscos tornam-se sensíveis a estímulos menos danosos para o organismo, mas que precedem fielmente o aparecimento do estímulo pernicioso. Assim, por exemplo, a mera apresentação visual ou olfativa de suco de limão produzirá, em quem já tenha sido exposto a essa substância, uma salivação que, de alguma maneira, “antecipa” o contato da língua com o suco ácido, protegendo-a de possíveis danos. Esse processo é denominado *reflexo condicionado*, pois foi necessária pelo menos uma ocasião de pareamento entre os estímulos (a visão ou o olfato do sumo de limão + o sumo de limão em contato com a boca) para que houvesse o controle da salivação pela visão ou pelo olfato, que inicialmente eram neutros para essa resposta. A sensibilidade a essas aprendizagens também é produto da evolução (Fig. 9.2).<sup>15</sup>

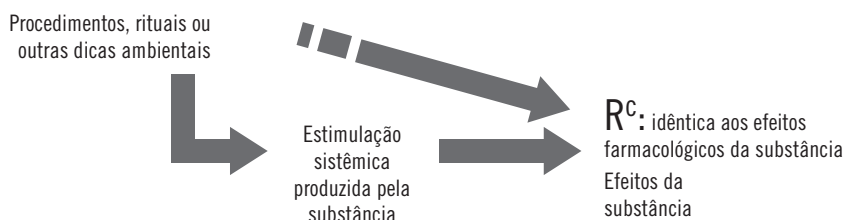


>> **FIGURA 9.2** Esquema de resposta no reflexo condicionado.  
R<sup>c</sup>: reflexo condicionado.

Há evidências de que as substâncias psicoativas apresentam efeitos semelhantes àqueles observados em estímulos incondicionados.<sup>16</sup> Se elas forem consideradas como estímulos ambientais, e seus efeitos, como respostas incondicionadas, o modelo reflexo poderá ser utilizado para explicar e controlar muitos fenômenos que envolvem a problemática da dependência. Esse tipo de análise permite que a substância seja vista como um estímulo incondicionado, que produz rapidamente alterações no organismo (i.e., seus efeitos). Os dados que dão suporte a essa interpretação demonstram que aspectos do ambiente que precedem fielmente a administração da substância passam a adquirir propriedades de estímulo condicionado, ou seja, produzem, quando apresentados, efeitos semelhantes (respostas condicionadas) aos que as substâncias psicoativas têm sobre os organismos (respostas incondicionadas). Por exemplo, há relatos de que estímulos utilizados para

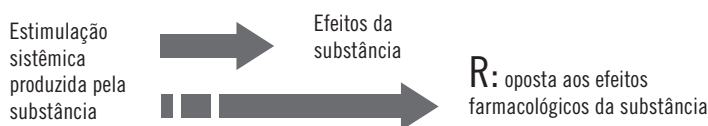
sinalizar injeções de morfina produzem aumento na secreção salivar, efeito natural observado na administração desse opioide.<sup>15</sup>

A ingestão da substância (estímulo) produz uma rápida resposta do organismo. A administração é confiavelmente precedida pelos rituais e procedimentos de ingestão, e diz-se que há aí um pareamento entre o antecedente e o efeito da substância sobre o sistema. Quando essa ligação estiver bem estabelecida, o organismo apresentará, perante o próprio ritual ou procedimento de ingestão, os mesmos efeitos que a droga produz, antes mesmo de entrar em contato com a substância (comportamento respondente condicionado).



>> **FIGURA 9.3** Rituais e procedimentos de ingestão e o reflexo condicionado.

Entretanto, as substâncias apresentam outros efeitos importantes. Algumas produzem efeitos típicos em um primeiro momento, desequilibrando a homeostase do corpo. Assim, por exemplo, quando ocorre aplicação de morfina, além das respostas de analgesia pretendidas, imediatamente são observadas bradicardia e hipertermia. Em seguida, após um certo tempo, o corpo reage aos efeitos do opioide, as dores voltam, e observam-se as respostas de aumento do batimento cardíaco e diminuição da temperatura corporal. Quando ocorre consumo frequente de morfina, os estímulos pareados a sua aplicação passam a controlar as respostas mais tardias: taquicardia, hipotermia e hiperalgesia, antecipando-as em relação à ingestão. Pode-se especular que esse controle seja adaptativo porque “prepararia” o corpo para a exposição à substância, o que é semelhante ao que foi relatado sobre a salivação eliciada pela visão do suco de limão, antes mesmo de este entrar em contato com a boca.<sup>14,15</sup>



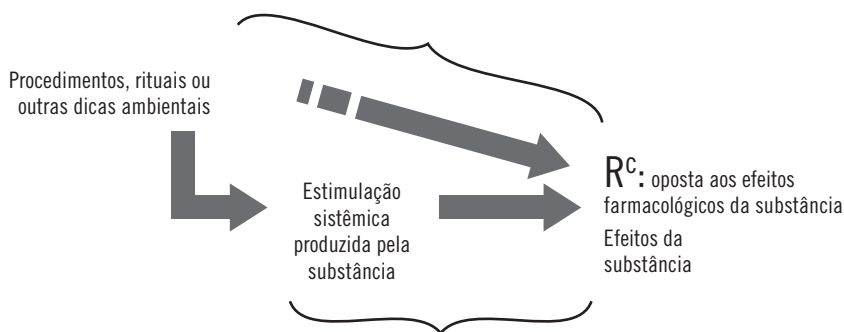
>> **FIGURA 9.4** Estímulo causado pela ingestão da substância, seus efeitos e a busca pela homeostase.



Portanto, são muito importantes os diferentes efeitos eliciados pelos estímulos ambientais que foram pareados com a ingestão de substâncias. São esses efeitos opostos – que, em um primeiro momento, “defenderiam” o organismo dos efeitos da substância ingerida com frequência – que explicariam grande parte dos problemas envolvidos com a dependência.

Muitas substâncias de dependência apresentam efeitos opostos sobre diversas respostas. S. Siegel, baseado em uma série de estudos, relata alguns exemplos além da morfina. A adrenalina produz as seguintes respostas incondicionadas: taquicardia, diminuição da atividade gástrica e hiperglicemia. Em reação a essas mudanças, observa-se, em seguida: bradicardia, aumento da atividade gástrica e hipoglicemia. O mesmo ocorre com a nicotina (resposta imediata: hiperglicemia; posterior: hipoglicemia), a anfetamina (imediata: aumento de consumo de oxigênio; posterior: diminuição no consumo de oxigênio), o opioide nalorfina (imediata: taquicardia; posterior: bradicardia), a metildopa (imediata: diminuição da pressão sanguínea; posterior: aumento da pressão sanguínea), entre outras.<sup>14</sup>

Os estímulos antecedentes à ingestão da droga começam a adquirir controle sobre as respostas do organismo opostas aos efeitos da substância, preparando-o para a ingestão. Quando o organismo ingere a droga, os efeitos são atenuados (tolerância). Se o organismo não a ingerir, sofrerá dos efeitos opostos (abstinência) (Fig. 9.5).



>> **FIGURA 9.5** Efeitos do consumo da substância no organismo e efeitos da não ingestão (abstinência).

O fenômeno mais importante que ocorre nesse momento é que os estímulos ambientais que antecedem a ingestão da substância acabam por adquirir controle sobre as respostas tardias da ingestão. Além disso, como os estímulos ambientais antecedem a administração da substância, seus efeitos condicionados passam a ocorrer antecipadamente aos efeitos de fato, que só ocorrerão após o consumo. Essa característica produzirá um complexo sistema de eliciações que auxiliará a compreender os problemas de tolerância, abstinência, procura ativa pela substância, *overdose* e recaída.

## DEPENDÊNCIA: INTERAÇÃO ENTRE PROCESSOS RESPONDENTES E OPERANTES DE TOLERÂNCIA, ABSTINÊNCIA, PROCURA ATIVA PELA SUBSTÂNCIA, *OVERDOSE* E RECAÍDA

Após a compreensão a respeito dos processos respondentes envolvidos na introdução de certas substâncias nos organismos, é possível complementar o estudo, acrescentando os processos operantes que originam os problemas de dependência. Tais processos podem ser resumidos em processos reforçadores positivos (que produzem, como consequência de uma ação, um evento que tem a propriedade de aumentar a frequência dessa ação) e negativos (que produzem, como consequência de uma ação, a retirada de uma condição aversiva, aumentando também a frequência dessa ação). Essa interpretação explica as ações de busca e ingestão de substâncias (dependência).

O primeiro problema a ser abordado é o da tolerância. Partindo do princípio de que as substâncias têm um efeito, em primeira instância, reforçador – seja pelos efeitos agradáveis (p. ex., a euforia causada pela cocaína) ou pela eliminação de sensações desagradáveis (p. ex., a redução da timidez e da ansiedade resultantes da ingestão de álcool) –, é de se esperar que seu consumo passe a ser frequente. Assim, quando expostos a situações que exigem respostas imediatas a falhas de repertório (como desânimo ou timidez), os indivíduos fazem uso dessas substâncias.

O fato de produzirem também efeitos respondentes compensatórios logo após seu consumo explica o motivo pelo qual o indivíduo necessitaria de quantidades cada vez maiores do agente para observar seus efeitos reforçadores positivos ou negativos. Ao consumir a substância com frequência, os indivíduos ficam gradativa e antecipadamente “preparados” para recebê-la, minimizando os efeitos de sua ingestão. Os estímulos condicionados à ingestão devido ao pareamento demonstram que, em médio prazo, o efeito compensatório que aparece antecipadamente à exposição à substância exige que uma quantidade maior da substância seja consumida para obter-se o mesmo efeito procurado pelo organismo. Esse aumento de quantidade é denominado *tolerância*.

O mesmo mecanismo explica a abstinência e a consequente busca ativa pela substância. Quando o organismo é exposto com frequência à ingestão no mesmo ambiente, os estímulos que o compõem passam a adquirir controle antecipado sobre as respostas que viriam naturalmente em um segundo momento, após a ingestão da droga. Pode-se observar que, quando o organismo for exposto aos estímulos que antecedem a ingestão da droga (mas sem a exposição a ela), reflexamente ele produzirá respostas desconfortáveis (taquicardia, sudorese, hipoglicemia, diminuição de ingestão de oxigênio, entre outras). Como exemplo, pode-se citar uma pessoa dependente de heroína injetável que responda a colheres e isqueiros como estímulos condicionados por terem sido pareados confiavelmente à ingestão do opioide. Ao ser exposto a esses estímulos (colheres ou isqueiros), o indivíduo imediatamente começa a produzir as respostas compensatórias, isto

é, as mesmas respostas que “protegem o organismo” dos efeitos perniciosos da substância quando ela está em ação (e que, em sua ausência, são aversivas): sudorese, tremores, desconforto gástrico, etc. Para que essa condição aversiva seja eliminada, uma única resposta conhecida pelo indivíduo é possível: a ingestão da substância. Essa combinação entre as reações aversivas sentidas é denominada “abstinência”.

A busca pela substância, a fim de eliminar seus efeitos, é conhecida como *fissura* ou *craving*. Para eliminar os efeitos indesejáveis da abstinência, o indivíduo passa a consumir ativamente a substância, mantendo o ciclo ingestão – pareamento – busca ativa, pelo processo de reforço negativo. A ingestão da droga, então, elimina o estado aversivo produzido pela exposição aos estímulos ambientais associados à ingestão.

A fissura seria também o processo responsável pela *overdose*. Considerando-se que o indivíduo tome sempre a mesma dose nas mesmas situações e que já apresente tolerância, ele terá uma quantidade conhecida de ingestão suficiente para alcançar o efeito pretendido. Por exemplo, uma pessoa dependente de cocaína sabe quantos “papéis” pode cheirar para obter a excitação comportamental. Enquanto ela se dirige ao local habitual de consumo (bar, “balada”, etc.), seu corpo vai gradativamente se preparando para a entrada da substância no organismo por meio das respostas antecipatórias, e, então, a fissura aumenta. No entanto, se a cocaína for apresentada ao indivíduo fora do ambiente habitual de consumo (p. ex., no ambiente de trabalho) e que não tenha sido associado ao uso do estimulante, a quantidade comumente consumida terá um efeito muito maior do que o pretendido, provocando *overdose* com sérios riscos. Isso acontece porque os estímulos que compõem o ambiente de trabalho não têm o poder de eliciar, em antecipação, os efeitos compensatórios da substância.

Há, por fim, o processo de recaída. Para explicá-lo, há outro processo importante a ser considerado. Os processos respondentes são passíveis de extinção, ou seja, se os estímulos condicionados forem apresentados muitas vezes sem haver, em seguida, os estímulos incondicionados, eles perdem o controle sobre as respostas condicionadas antes apresentadas. Por exemplo, quando um dependente de heroína é impedido de usá-la, em geral ele é retirado do ambiente no qual a substância está disponível, ficando também impedido de entrar em contato com os estímulos que habitualmente acompanham a ingestão. Porém, alguns estímulos presentes no ambiente de reclusão são semelhantes àqueles do ambiente original, ou lá estavam também. Por exemplo, mesmo em uma clínica de tratamento de dependência química, estímulos como colheres e isqueiros (utilizados para o consumo de heroína injetável) continuam presentes no cotidiano do paciente. Ainda que participem de relações de abstinência ou fissura, nesses ambientes não haverá heroína. Dessa forma, os estímulos antecipatórios (colheres e isqueiros) são apresentados no dia a dia do paciente sem que ocorra o pareamento entre eles e a substância, e, por essa razão, vão perdendo o controle sobre o organismo, o qual passa a se habituar a eles, deixando de responder com abstinência e fissura.

Embora o indivíduo tenha sido submetido a uma desintoxicação e esteja habituado a diversos aspectos do ambiente, quando for recolocado em seu ambiente social de origem, ele entrará em contato com vários outros estímulos, ausentes no ambiente de desintoxicação.<sup>13</sup> Por exemplo, uma garota dependente de heroína, internada para desintoxicação em uma clínica, ficará livre da exposição à substância, mas continuará exposta aos estímulos “colher” e “isqueiro”. As reações condicionadas a esses estímulos diminuirão em intensidade (entrarão em extinção) até que a moça receba alta por não apresentar os sintomas de abstinência e de busca ativa pela heroína naquele ambiente. Ao sair, quando encontrar seu namorado, a garota ficará exposta a um conjunto de estímulos relacionados ao rapaz, desde o “boné surrado” que ele costumava usar quando ambos consumiam a heroína e expressões faciais por ele emitidas na ocasião do consumo da droga até as emoções e os estados corpóreos a ele relacionados e que também estavam associados ao uso da substância. Isso já seria o suficiente para que ocorressem novamente as respostas condicionadas de fissura pela droga (pois os estímulos citados não foram submetidos ao processo de extinção), a subsequente busca ativa para eliminar o estado desagradável da fissura, a busca e a ingestão da heroína e, por fim, a recaída.

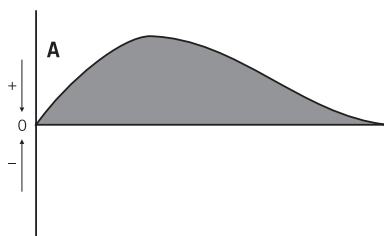
A Figura 9.6 representa os efeitos das substâncias (A) e dos estímulos antecipatórios a sua ingestão, demonstrando os fenômenos de tolerância (B), abstinência, recaída e *overdose* (C e D).

## MODELO COMPORTAMENTAL PARA OS EXCESSOS: O COMPORTAMENTO ADJUNTIVO

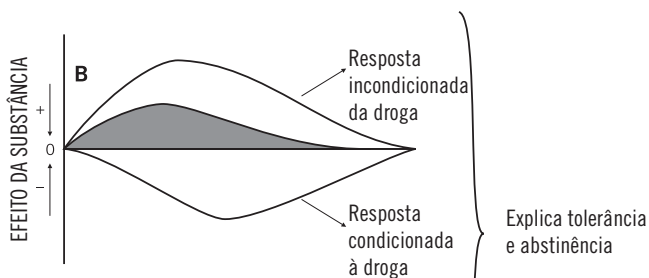
Esse é um modelo que explica excessos comportamentais, seja qual for sua natureza (comportamento excessivo de comer, copular, agredir, usar substâncias, etc.). Ele enfatiza a importância de parâmetros particulares de esquemas de reforço (especialmente os parâmetros combinados de distribuição e magnitude dos reforçadores), determinando o excesso do comportamento-alvo.<sup>2,17</sup>

Considere-se o caso de animais trabalhando para produzir alimento em certa distribuição e magnitude de liberação por oportunidade. Nessas condições, Falk<sup>17</sup> observou que ratas que não eram privadas de água eram capazes de consumir uma enorme quantidade do líquido, se disponível, dependendo da distribuição programada para a liberação do alimento. Em alguns casos, sujeitos experimentais chegaram a consumir água em quantidade equivalente a metade de seu peso corporal quando expostos a esses esquemas de reforço de alimento. A esse fenômeno foi dado o nome de *polidipsia*. Em estudos subsequentes,<sup>18</sup> Falk estudou os efeitos da distribuição, da quantidade e do tipo de alimento liberado. Essa área demonstrou que o comportamento excessivo é determinado pelo esquema de liberação de reforçadores para um certo comportamento (alimento) e da disponibilidade de execução de outro comportamento (no caso, beber água) nos intervalos entre as

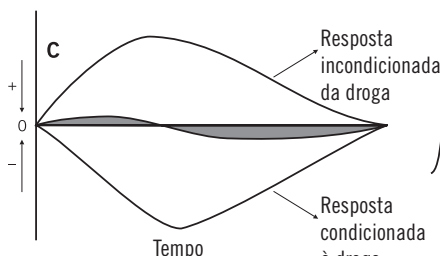
Curva do efeito da substância em função do tempo nas primeiras administrações. O efeito não é modulado por qualquer resposta antecipatória.



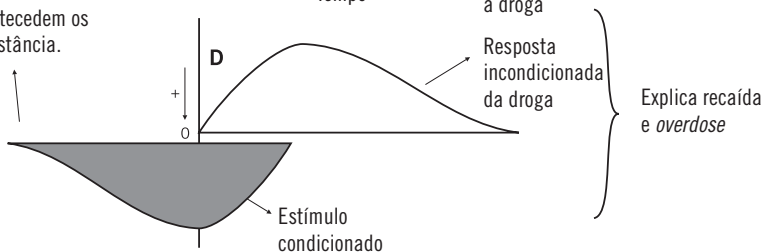
A administração da droga não é seguida somente por seus efeitos: dicas ambientais “preparam” o corpo com efeitos contrários.



Os efeitos das dicas ambientais são bem pronunciados. Os efeitos da substância são mínimos.



Os efeitos das dicas ambientais antecedem os efeitos da substância.



>> **FIGURA 9.6** Curvas dos efeitos da introdução da substância (A, B e C) e dos efeitos dos estímulos que a antecedem fielmente no organismo (D).

Fonte: Adaptada e transformada a partir de Siegel.<sup>14</sup>

liberações dos reforçadores. É preciso notar o comportamento resultante: o beber é excessivo e ocorre mesmo que os animais não estejam privados de água.

O comportamento adjuntivo mostrou-se comum a muitas espécies, inclusive humanos. Ele ocorre também em função da disponibilidade dos estímulos no ambiente: se houver água, *polidipsia* é o resultado. Se houver roda de atividades, o animal corre excessivamente. Se houver uma fêmea receptiva, ocorre cópula, e assim

por diante. Foram observados comportamentos excessivos de correr na roda de atividades, cópula, agressão, pica (ingestão de elementos não comestíveis), autolesão, fumar, lamber jatos de ar, comer salgadinhos, entre outros.<sup>19</sup> Esse modelo foi utilizado também para explicar o uso e o abuso de substâncias, pois há situações em que elas estão presentes e seu consumo não é determinado nem pelo efeito reforçador direto das suas sensações nem pela remoção de condições aversivas; não há condição de fissura presente nem estímulos eliciadores de respostas antecipatórias.

Hartnoll<sup>13</sup> ilustra esse modelo em um relato sobre o comportamento de um grupo de dependentes de heroína, em que poucos dos seus membros referiram sérios sintomas de abstinência quando a disponibilidade do opioide foi interrompida. Os membros desse grupo utilizavam heroína diariamente, mas apenas uma vez ao dia e em pequena quantidade. A rotina diária deles era muito bem estabelecida (considerada nesta análise como o análogo ao esquema de liberação de reforços), pois o dia desses indivíduos começava com chegar à rua em pontos de encontro estabelecidos, trocar informações sobre as condições de disponibilidade da heroína e as atividades da polícia e, em seguida, o “trabalho” de conseguir dinheiro para a compra da substância até a hora do almoço ou o início da tarde. Depois do consumo, esses indivíduos se socializavam no início da noite (o reforçador social). Aparentemente, segundo o autor, não era a dependência física que explicaria, em primeira instância, o constante uso da droga, mas o esquema social de reforço por estímulos associados a ela (a exposição a outros usuários, as conversas com eles sobre a heroína, etc.). Isso explicaria o uso frequente (diário), sem os efeitos de abstinência quando da indisponibilidade do opioide.

## O MODELO DE DISCRIMINAÇÃO E GENERALIZAÇÃO DE USO DE SUBSTÂNCIAS

Pode-se supor que a utilização inicial de substâncias tenha muitas origens – observação dos efeitos nos outros ou nos animais, pressão ou oportunidade social, curiosidade, etc. No entanto, a “escolha” da substância também parece ter explicações comportamentais, que vão desde a sensibilidade até o princípio ativo que produziria a tolerância e a dependência, passando pelo efeito (se relaxante ou excitatório) e chegando ao pertencimento a algum grupo social (como ocorre com substâncias ligadas a rituais místicos ou religiosos). Deve-se atentar para o fato de que a maior parte dos usuários de um tipo de substância se “especializa” nela<sup>13</sup> e costuma procurar substâncias com efeitos similares aos já conhecidos. Hartnoll afirma que encontrou claros exemplos de subgrupos de usuários pesados de substâncias específicas na Londres dos anos 1970 e que vários deles, cuja substância de consumo primário era a anfetamina, nunca haviam usado ou afirmavam não gostar de cocaína. Isso reforçaria a crença de que os indivíduos teriam a “sua” droga, ou seja, aquela de maior predileção.<sup>13</sup>

No entanto, observam-se também, especialmente em casos de abuso pesado e constante, usuários de múltiplas substâncias que produzem efeitos farmacológicos e comportamentais e passam por circuitos neuronais distintos. Esses casos indicam problemas de comportamento em outro nível explicativo; por exemplo, o uso indiscriminado de substâncias pode apontar mais um comportamento desafiante, reforçado por quebrar regras sociais, do que uma condição de dependência farmacológica, de escolha de uma substância de predileção. A busca pelo comportamento infrator seria a motivação básica para esse tipo de escolha generalizada. Além disso, o estado alterado de consciência e de comportamento pode proporcionar ao indivíduo que usa “qualquer” tipo de substância uma série de remoções de estímulos aversivos. Como exemplos, podemos citar a remoção de convívio social em indivíduos com fobia social, o afastamento de trabalhos indesejados ou para os quais as pessoas não têm habilidade, a evitação de contato com variáveis de controle emocionais de certas situações como abandono, desvalia, etc.<sup>20</sup>

Por fim, alguns casos de abuso generalizado de substâncias podem ser explicados por reforço positivo; por exemplo, em seguida a um estado de comportamento ou de consciência alterado, o usuário recebe cuidados e atenção social, auxílio que não receberia caso não atingisse essa alteração.<sup>21</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A teoria analítico-comportamental tem buscado muitas formas de interpretar o fenômeno da dependência de substâncias, sobretudo por entender que os comportamentos são multifuncionais, ou seja, têm muitas razões para acontecer. Para desenvolver seus estudos, essa abordagem optou pelo método experimental que “quebra” um fenômeno complexo em pequenas partes. Por esse método, os controles do comportamento são estudados e descritos pouco a pouco, indutivamente.

Ao utilizar-se de modelos experimentais, pretende-se fazer a descrição das variáveis de controle do fenômeno. O ponto de partida, em geral, ocorre pela similaridade topográfica das respostas (formas parecidas) quando observados diversos casos clínicos. Contudo, quando analisados individualmente, cada um desses casos pode demandar análises funcionais completamente distintas. Os dados relativos aos modelos experimentais sobre dependência de substâncias apresentados neste capítulo revelaram diversas formas de interação entre as respostas de dependência dos organismos e os ambientes em que se encontram, justificando suas origens e manutenção.

O estudo de qualquer patologia do comportamento por meio dos modelos experimentais não pretende que um único processo seja explicativo dos problemas humanos ou que um tenha primazia explicativa sobre outro para dar conta desses problemas. É mais comum que se encontrem muitos processos interagindo e concorrendo para os mesmos efeitos do que um único processo ser suficiente para

a determinação do problema. No caso da dependência de substâncias, isso não é exceção. A teoria analítico-comportamental, apesar de produzir conhecimento por meio da análise (ou “quebra” em pequenas partes) do fenômeno, também se ocupa da síntese comportamental, que é muito mais do que a mera junção das partes. Nos últimos anos, alguns analistas do comportamento têm se ocupado de sínteses comportamentais.<sup>22</sup> Há algumas tentativas de sínteses comportamentais aplicadas a outros problemas psicopatológicos, como a ansiedade.<sup>23</sup> Pelo menos, essas duas formas de abordar a psicopatologia – a análise e a síntese comportamental – continuam sendo desenvolvidas para abarcar a complexidade dos processos envolvidos nos excessos e déficits comportamentais.

Ainda há muito a ser pesquisado e descrito para que a busca de soluções para a questão da dependência química continue. Por meio do método experimental, acredita-se, será possível desenvolver técnicas e estratégias de enfrentamento para o problema. A teoria comportamental, de maneira mais ampla, e a analítico-comportamental, mais especificamente, têm oferecido ferramentas muito úteis para a concepção, o estudo e o controle sobre o fenômeno.

Além dos estudos em laboratório experimental, que devem ser aprofundados, pesquisas aplicadas de análise do comportamento e estudos de casos clínicos poderão acrescentar conhecimento útil para que ciência e tecnologia do comportamento sejam desenvolvidas. Os modelos experimentais de psicopatologia, além de dar o suporte científico para esse desenvolvimento, também podem auxiliar e melhorar a concepção cultural de um problema tão relevante na sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Abreu CN, Guilhardi HJ. Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. São Paulo: Roca; 2004. p. 259-74.
2. Falk JL, Kupfer AS. Adjunctive behavior: application to the analysis and treatment of behavior problems. In: O'Donohue W, editor. Learning and behavior therapy. Boston: Allyn & Bacon; 1998. cap. 16, p. 334-51.
3. Overmier JB. On the nature of animal models of human behavioral dysfunction. In: Overmier JB, Burke PD, editors. Animal models of human pathology: a quarter century on behavioral research, 1967-1992. Washington: APA; 1992. p. vii-xiv.
4. Silva MTA. Modelos comportamentais em neurociências [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
5. Banaco RA, Zamignani DR, Meyer SB. Função do comportamento e do DSM: terapeutas analítico-comportamentais discutem a psicopatologia. In: Tourinho EZ, Luna SV, organizadores. Análise do comportamento: investigações históricas, conceituais e aplicadas. São Paulo: Roca; 2010. vol. 1, p. 175-91.
6. Skinner BF. Selection by consequences. Science. 1981;213:501-4.
7. Andery MAP, Micheletto N, Serio TMP. Análise funcional na análise do comportamento. In: Guilhardi HJ, Madi MBBP, Queiróz PP, Scoz MC, organizadores. Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade. Santo André: Esetec; 2001. vol. 8, cap. 19, p. 148-57.



8. Vilas Boas DLO, Banaco RA, Borges NB. Discussões da análise do comportamento acerca dos transtornos psiquiátricos. In: Borges NB, Cassas FA. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed; 2012. Ccap. 9, p. 95-101.
9. Sidman M. Normal sources of pathological behavior. *Science*. 1960;132:61-8.
10. Banaco RA. Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. In: Kerbauy RR, Wielenska RC, organizadores. *Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade na aplicação*. Santo André: ARBytes; 1999. p. 75-82.
11. Ferster CB. A functional analysis of depression. *Am Psychol*. 1973;28:857-70.
12. Siegel RK. Natural animal addictions: an ethological perspective. In: Keehn JD, editor. *Psychopathology in animals: research and clinical implications*. New York: Academic Press; 1979. chapter 2, p. 29-60.
13. Hartnoll R. The relevance of behavioural models of drug abuse and dependence liabilities to the understanding of drug misuse in humans. In: Willner P, editor. *Behavioural models in psychopharmacology: theoretical, industrial and clinical perspectives*. Cambridge: Cambridge University; 1991. chapter 19, p. 503-19.
14. Siegel S. The role of conditioning in drug tolerance and addiction. In: Keehn JD, editor. *Psychopathology in animals: research and clinical implications*. New York: Academic Press; 1979. chapter 6, p. 143-68.
15. Cunningham CL. Drug conditioning and drug-seeking behavior. In: O'Donohue W, editor. *Learning and behavior therapy*. Boston: Allyn & Bacon; 1998. chapter 26, p. 518-44.
16. Pavlov IP. *Conditioned reflexes*. New York: Dover; 1960.
17. Falk JL. Production of polydipsia in normal rats by an intermittent food schedule. *Science*. 1961;133:195-6.
18. Falk JL. Control of schedule-induced polydipsia: type, size and spacing of meals. *JABA*. 1967;10:199-206.
19. Haydu VB. Comportamento adjuntivo em humanos: uma análise crítica dos estudos de laboratório. In: Banaco RA, organizador. *Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento*. São Paulo: ARBytes; 1997. vol. 1, p. 414-22.
20. Sidman M. *Coerção e suas implicações*. Campinas: Psy; 2003.
21. Zamignani DR, Nico YC. Respostas verbais de mando na terapia e comportamentos sociais análogos: uma tentativa de interpretação de respostas agressivas e autolesivas. In: Zamignani DR, Kovac R, Vermes JS, organizadores. *A clínica de portas abertas: experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambientes extraconsultório*. São Paulo: Paradigma; 2007. cap. 4, p. 101-33.
22. Cavalcante SN. Abordagem biocomportamental: síntese da análise do comportamento? *Psicol Reflex Crit*. 1997;10(2):263-73.
23. Banaco RA, Zamignani DR. An analytical-behavioral panorama on the anxiety disorders. In: Grassi TCC, editor. *Contemporary challenges in the behavioral approach: a Brazilian overview*. Santo André: ESETec; 2004. vol. 1, p. 9-26.



## >> **Parte 3**

Modelos derivados da terapia  
cognitivo-comportamental



Flavia Serebrenic Jungerman



## Pontos-chave

- >> A recaída faz parte do processo de mudança: deve-se encará-la, enfrentá-la e evitá-la.
- >> A prevenção de recaída é uma modalidade de terapia cognitivo-comportamental que se baseia na ideia de que o pensamento afeta o comportamento.
- >> Os alicerces da prevenção de recaída são: conscientização do problema, treinamento de habilidades sociais e mudanças no estilo de vida.
- >> A prevenção de recaída é uma abordagem considerada efetiva no tratamento da dependência química.

Elaborada por Marlatt e Gordon na década de 1980,<sup>1</sup> a prevenção de recaída é o conjunto de técnicas que tem como objetivo principal a manutenção da mudança de hábitos. Essa abordagem é baseada nos pressupostos descritos pela psicologia do aprendizado social, do comportamento aditivo como hábito adquirido, isto é, a pessoa experiencia uma gratificação após um comportamento ou o utiliza para evitar uma situação estressante (p. ex., bebe para ficar à vontade em uma festa), e esse comportamento passa a ser repetido durante ou antes de situações desagradáveis, tornando-se uma habilidade de enfrentamento mal-adaptada. Uma vez aplicado o comportamento aditivo, as consequências negativas podem realmente ser adiadas, e o indivíduo tem a sensação momentânea de solução.

Tendo-se aprendido a ideia do comportamento dependente, a modificação no modo de pensar e agir se torna uma possibilidade. Nesse ponto de vista, nem sempre existe uma causa psicológica subjacente, e o foco do tratamento passa a ser a forma de chegar ao controle, e não o motivo de tê-lo perdido.

Inicialmente desenvolvida com o objetivo de fazer a manutenção comportamental no tratamento da dependência química,<sup>2</sup> a prevenção de recaída hoje em dia abrange todos os comportamentos considerados aditivos (transtornos da alimentação, jogo patológico, etc.), em que o indivíduo busca uma gratificação imediata, relevando possíveis efeitos adversos desse comportamento, como desconforto físico, desaprovação social, problemas financeiros, entre outros.<sup>3</sup>

O objetivo deste capítulo é descrever as bases da técnica da prevenção de recaída, os diferentes modelos, as evidências da efetividade e os novos campos de estudo dentro da abordagem.

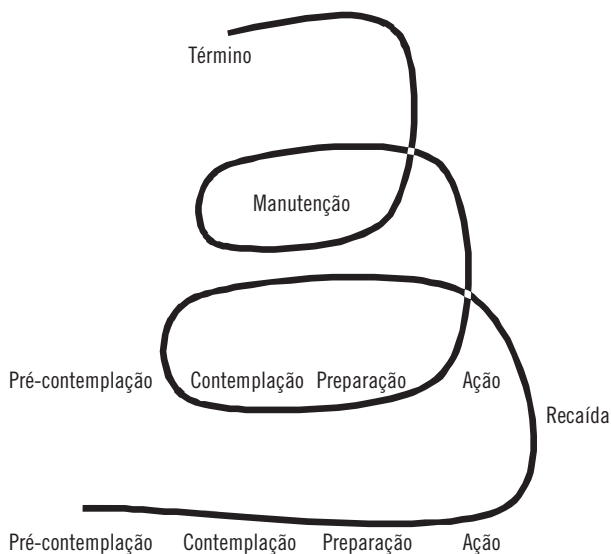
## PROCESSO DE MUDANÇA, LAPSO E RECAÍDA

O conceito de prontidão para a mudança, baseado no modelo de Estágios de Mudança, foi desenvolvido por Prochaska e colaboradores.<sup>4</sup> Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão ou vontade de mudar (como um estado interno mutável de acordo com fatores externos), esse modelo acredita que a mudança se faz por meio de um processo, e, para tal, a pessoa passa por diferentes estágios.

A entrada para o processo de mudança é o estágio de *pré-contemplação*, em que o indivíduo ainda não está considerando a modificação. De modo geral, a pessoa, nesse estágio, nem sequer encara seu comportamento como um problema, podendo ser vista como “resistente” ou “em negação”. Quando algum nível de consciência sobre o problema é desenvolvido, a pessoa entra no estágio seguinte, de *contemplação*. O contemplador considera a mudança, mas, ao mesmo tempo, a rejeita, e é nessa fase que a ambivalência, estando em seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar.

Trabalhada a ambivalência, o indivíduo pode passar para o estágio de *preparação*, em que está pronto para mudar e comprometido com a mudança. Faz parte desse estágio o aumento da responsabilidade pela mudança e a elaboração de um plano específico de ação. O estágio seguinte é o de *ação*, no qual a pessoa usa a terapia como um meio de assegurar-se de seu plano, para ganhar autoeficácia e finalmente criar condições externas para a mudança. O grande teste que comprova a efetividade da mudança seria a estabilidade por anos nesse novo estado; no processo de mudança, isso se chama *manutenção*.<sup>5</sup> Porém, deve-se observar que atingir alguma mudança não significa manter-se em tal estágio, visto que muitas pessoas acabam recaindo e tendo de recomeçar o processo. Esse recomeço nem sempre ocorre pelo estágio inicial. Muitos passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas para chegar ao término, isto é, uma mudança mais duradoura. Daí os autores passaram a ilustrar o processo de mudança como uma espiral, pressupondo um movimento, como mostra a Figura 10.1.

Existe uma diferença entre lapso e recaída: o lapso é um retorno momentâneo ao hábito anterior com uma “encruzilhada”: um caminho retorna definitivamente ao nível anterior do problema (recaída total) e o outro leva à mudança positiva. A recaída é um lapso mais demorado, mas também é considerada transitória, isto é, uma série de eventos que pode ou não ser seguida de um retorno à abstinência. Marlatt e Witkiewitz<sup>6</sup> utilizam a seguinte metáfora para descrever o aprendizado decorrente do processo de recaída: uma pessoa que começa a andar de bicicleta ou



>> **FIGURA 10.1** Modelo em espiral dos estágios de mudança.

Fonte: Prochaska e colaboradores.<sup>4</sup>

esquiar sempre cai mais nas primeiras tentativas. À medida que treina, as quedas e os tropeços diminuem, e a pessoa adquire habilidade naquela atividade.

## FATORES QUE INFLUENCIAM A RECAÍDA

Marlatt e Witkiewitz<sup>6</sup> descrevem dois grandes grupos de fatores que influenciam a recaída: os intrapessoais e os interpessoais. Os fatores intrapessoais são os seguintes:

- *Autoeficácia*: o conceito desenvolvido por Bandura<sup>7</sup> define autoeficácia como confiança e capacidade que o indivíduo sente de ter um determinado comportamento em uma situação específica. Segundo o modelo cognitivo-comportamental, uma boa autoeficácia é fator preditivo de sucesso de tratamento.
- *Expectativas de resultado*: segundo Brown e colaboradores,<sup>8</sup> seriam a antecipação que o indivíduo faz dos efeitos de uma experiência futura. Acredita-se que as expectativas influenciam o resultado do tratamento: a expectativa positiva da substância leva a um resultado ruim de tratamento e vice-versa. A expectativa positiva da substância ou do comportamento dependente (p. ex., “Um cigarro me ajudaria a relaxar.”) gera resultados negativos para o tratamento; em contrapartida, a expectativa negativa (p. ex., “Eu vou ter aquela ressaca se beber!”) implica melhores resultados de tratamento.

- *Fissura*: a expectativa positiva da antecipação do uso de substâncias está diretamente associada à “fissura” aumentada. “Fissura” é o fator mais estudado nesse campo e o menos compreendido.<sup>9</sup> Alguns achados sobre o assunto indicam que ela prediz recaída, mas esta não está diretamente associada ao aumento de “fissura”, a qual aparece como preditor de recaída em indivíduos abstinentes e não tanto em usuários. Larimer e colaboradores<sup>10</sup> distinguiram a “fissura” – desejo subjetivo de consumir a substância – de uma outra urgência mais relacionada a comportamentos impulsivos. Utilizando esse conceito, é possível minimizá-la, colocando em foco as sensações do indivíduo e suas expectativas de resultado em relação ao uso da substância.
- *Motivação*: de acordo com o modelo dos estágios de mudança,<sup>10</sup> a motivação é o fator principal de mudança. Cox e Klinger<sup>11</sup> reforçam essa ideia quando propõem que “o caminho final e comum do uso de álcool é motivacional”, considerando que a motivação é um elemento-chave para trabalhar a mudança de comportamento. Portanto, ela se relaciona ao processo de recaída das seguintes formas: para a mudança positiva de comportamento ou para que o indivíduo se engaje no comportamento-problema, que é o que se denomina ambivalência. A ambivalência, em geral, relaciona-se tanto com a autoeficácia (“Eu quero parar de fumar, mas não sei se consigo.”) quanto com as expectativas de resultado (“Eu vou parar de beber, e não terei mais ressacas.”).
- *Habilidades de enfrentamento*: muitos estudos provaram que as habilidades de enfrentamento são preditoras de sucesso, sobretudo após o tratamento, não importando qual o tipo deste. No modelo cognitivo-comportamental, o maior preditor de recaída é a dificuldade do indivíduo em lidar com situações de alto risco.
- *Estados emocionais*: nas primeiras investigações sobre episódios de recaída, os estados emocionais negativos eram seu mais forte preditor.<sup>2</sup> Muitos estudos mostram a relação entre afeto negativo e recaída de uso de substâncias; entre eles, Baker e colaboradores<sup>12</sup> identificaram os estados emocionais negativos como o primeiro motivo para o uso de substâncias.
- *Relações interpessoais*: o suporte/apoio social funcional ou nível de suporte emocional é altamente preditivo de manutenção da abstinência nos mais diversos tipos de dependência. É importante tanto a qualidade como a quantidade do apoio.

## OS ALICERCES DA PREVENÇÃO DE RECAÍDA

De acordo com a abordagem de prevenção de recaída, a primeira etapa no tratamento é o reconhecimento do comportamento dependente como um problema. A partir daí, então, o indivíduo pode pensar em mudança.

Para a prevenção de recaída, não basta reconhecer o problema, são necessárias mais duas estratégias: o treinamento de habilidades sociais, isto é, saber como lidar de forma efetiva com as situações que se colocam, e as mudanças no estilo de vida. Uma vez abstinente, é importante que o indivíduo reestruture sua rotina, suas atividades e sua rede social. Essas estratégias são foco de trabalho específico da prevenção de recaída e são essenciais para a manutenção da mudança de comportamento.

## Situações de alto risco

Uma situação de alto risco é aquela que impõe uma ameaça ao indivíduo e o impede de se controlar (autoeficácia), aumentando o risco de um lapso ou de uma recaída. Essas situações são o foco principal de trabalho na prevenção de recaída, que tem como objetivo reconhecê-las e evitá-las quando necessário e possível, assim como ensinar o indivíduo a lidar efetivamente com elas de outras formas, que não consumindo a substância.

As situações de alto risco estão classificadas em dois grandes grupos: aquelas que se referem a estados emocionais do indivíduo ou ao ambiente e aquelas que se referem a questões de relacionamento com terceiros. Os determinantes intrapessoais e ambientais são:

- Estados emocionais negativos, como frustração, raiva, depressão, medo, solidão, entre outros.
- Estados físicos e fisiológicos negativos:
  - associados ao uso prévio de substância (p. ex., abstinência);
  - outros: dor, contusão, etc.
- Estados emocionais positivos (alegria, satisfação, etc.)
- Teste de controle pessoal: o indivíduo que está em um processo de mudança e, muitas vezes, abstinente sente vontade de “testar” sua autoeficácia para ver se é realmente capaz de manter o controle e se expõe a uma situação em que se sentiria muito impelido a consumir a substância.
- Cedendo a tentações, à vontade de consumir a substância:
  - na presença de “gatilhos” – o alcoolista vai a uma festa e, estando com muita “fissura”, expõe-se ao gatilho, isto é, ver e estar com pessoas que estão bebendo.
  - na ausência de “gatilhos” – o usuário de cocaína está em casa sozinho, mas com muita vontade de consumir a substância (que, neste caso, é o próprio gatilho), apesar de não ter a droga por perto.

Os determinantes interpessoais são:

- Conflito com companheiro, família ou amigos, que gera:

- frustração ou raiva;
- outros sentimentos (ansiedade, apreensão, etc.).
- Pressão social:
  - direta, na presença de alguém; por exemplo, quando os amigos insistem para que o jovem entre na roda de maconha;
  - indireta (usa pessoas como modelo); por exemplo, quando o jovem cede ao uso de álcool ao pensar no pai, que é seu modelo e tem o hábito de beber.
- Aumento dos estados emocionais positivos: por exemplo, quando as pessoas estão se divertindo em um *show*, mas tomam *ecstasy* para intensificar as sensações.

Marlatt e Gordon<sup>1</sup> acreditam que o determinante da recaída é um preditor de sua magnitude. Portanto, é essencial identificar qual a situação de alto risco para cada indivíduo.

Existem diferentes formas de identificar as situações de alto risco:

- Observar diretamente o comportamento.
- Quantificar a autoeficácia (alguns instrumentos úteis são o questionário de confiança situacional<sup>13</sup> e o de autoeficácia.<sup>14</sup>
- Escrever uma autobiografia: ao escrever sua história, a pessoa vai se dando conta dos eventos ou estados emocionais que mais a deixam suscetível ao uso da substância.
- Descrever as recaídas passadas e as fantasiadas.
- Automonitorar-se: por meio de um diário descritivo de sua rotina, a pessoa identifica um padrão de uso, bem como seus antecedentes e suas consequências.

## Modelo linear de prevenção de recaída

Quando Marlatt e Gordon publicaram a primeira edição de seu livro,<sup>1</sup> a esquematização da recaída foi realizada a partir de um modelo linear de acordo com a Figura 10.2. Nesse modelo, o indivíduo, diante de uma situação de alto risco, tem duas opções: uma delas é ter uma resposta de enfrentamento positiva, isto é, não usar a substância. Esse comportamento resulta em uma experiência de autocontrole (autoeficácia): quanto mais o indivíduo mantiver seus objetivos, maior será sua percepção de autoeficácia<sup>7</sup> e, conseqüentemente, diminuirá a chance de recaída. A segunda opção é o indivíduo ter uma resposta de enfrentamento negativa, isto é, ceder ao desejo de consumir a substância. Nesse caso, a autoeficácia diminui, e surgem os “resultados e expectativas positivos do uso da substância”, ou seja, a pessoa começa a pensar nas vantagens que teria se consumisse a substância (p. ex., sensação de bem-estar e de afastamento dos problemas), e, então, ocorre o lapso ou

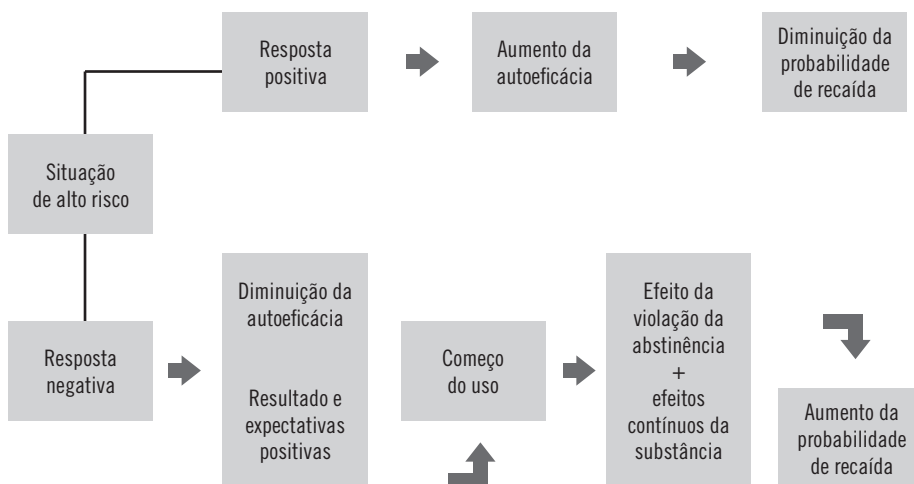


o começo do consumo. O lapso é um uso isolado, diferente da recaída, que é uma retomada dos padrões de uso original, intenso e frequente. No lapso, a pessoa ainda pode recuar e retomar o caminho da resposta positiva, mas o que se observa é que fica mais difícil cessar o uso uma vez retomado, pois o que ocorre a seguir é o chamado *efeito da violação da abstinência* (EVA), exemplificado pelo seguinte pensamento: “Já furei a abstinência mesmo, já dei um pega no baseado, então vou fumar ele inteiro!”. É como uma permissão que a pessoa se dá para continuar consumindo a substância. É uma reação emocional-cognitiva a um lapso inicial: influencia a probabilidade de que o lapso seja seguido por um aumento do uso da substância.

O EVA é um construto dimensional: quanto maior ele for, maior será a probabilidade de recaída ou de agravamento do lapso inicial; e quanto maior a discrepância entre o comportamento atual e o idealizado, maior será a culpa. Há dois elementos cognitivo-afetivos que influenciam o EVA:

- Dissonância cognitiva (conflito e culpa diante da autoimagem: “Eu não devia ter bebido, mas bebi.”);
- Efeito da atribuição pessoal, isto é, associar a recaída a questões intrapessoais (p. ex., incapacidade de enfrentamento).

Quanto mais evidentes forem esses fatores, maior será o “tombo”, ou seja, mais grave será a recaída. Junto com o EVA, surgem os “efeitos contínuos da substância”, isto é, sensações prazerosas que passam a se sobrepor aos prejuízos na mente do indivíduo, o que aumenta as chances de recaída. Esse esquema do EVA mostra o quanto os pensamentos influenciam o comportamento propriamente dito, mais



>> **FIGURA 10.2** Modelo de recaída.

Fonte: Narlatt e Gordon.<sup>1</sup>

uma vez enfatizando a importância do uso de uma abordagem cognitivo-comportamental. Daí a necessidade de o profissional, junto com o paciente, identificar os pensamentos, sentimentos e comportamentos vinculados ao consumo, a fim de encontrar alternativas para evitar o hábito de uso.

## Mudanças no estilo de vida

Depois de identificadas as situações de alto risco e feito o treinamento para lidar com elas ou com outras situações estressoras, é necessária uma mudança no estilo de vida, isto é, mudar rotina, amigos, locais que frequenta e atividades, a fim de evitar a proximidade com o que lembra ou leva o indivíduo à substância. Sabe-se que uma das principais razões da recaída é uma vida desequilibrada,<sup>1</sup> o que se deve, basicamente, a dois motivos:

1. Quando há um desequilíbrio entre os deveres, isto é, as coisas que precisam ser feitas – trabalho, estudos, cuidar da casa e de si mesmo – e o lazer, ou seja, o que se gosta de fazer, não é obrigatório e traz satisfação, como, por exemplo, descansar, passear, ir ao cinema e ficar com a família. Indivíduos que não encontram muitas fontes de prazer na vida diária sucumbem à gratificação imediata do comportamento dependente.<sup>15</sup> Quando a pessoa sente que está dedicando tempo excessivo aos deveres, acaba ficando com uma sensação de autoprivação e uma necessidade correspondente de autoindulgência, isto é, de agradar a si mesma. A probabilidade de recair aumenta à medida que os “deveres” se sobrepõem aos “desejos”; aumentando, portanto, a chance de retorno ao comportamento dependente como uma forma mal-adaptada de restaurar o equilíbrio.
2. Quando há uma fonte de estresse na vida do indivíduo.

Tais fontes podem ser diversas, como grandes eventos de vida, que podem ser positivos (uma promoção no trabalho que leva a pessoa a ficar ansiosa para cumprir o esperado, uma comemoração ou um elogio) ou negativos (doença ou morte de alguém próximo ou uma separação). Também são fontes de estresse pequenos aborrecimentos ou coisas boas, como pequenos fatos corriqueiros, negativos ou positivos, que podem servir de estressores, desequilibrando o ritmo normal do dia a dia. Pode-se citar como exemplos de aborrecimentos a chegada inesperada de uma conta e uma briga no trânsito; como fatos positivos, um elogio recebido no trabalho ou o filho que traz um bom boletim escolar para casa.

A dificuldade de lidar com estressores pode gerar ainda mais estresse. Por isso, a assertividade, entre outras habilidades, deve ser trabalhada ao longo do tratamento e continuamente abordada.

Para que a pessoa explore essa rotina, é importante que sua percepção subjetiva a respeito das tarefas e atividades que lhe dão prazer seja avaliada para que,

a partir desse diagnóstico, a rotina seja reelaborada de forma mais equilibrada. Portanto, em um primeiro momento, deve-se avaliar a rotina atual e depois pensar nas possibilidades de mudança. Nesse segundo momento, é importante auxiliar o indivíduo a explorar alternativas, sem esquecer do princípio da entrevista motivacional, isto é, “deixar na mão” do indivíduo a responsabilidade da escolha.<sup>16</sup>

Muitas vezes, é considerada a troca das dependências negativas (que seriam exatamente o uso de substâncias) por dependências positivas, que poderiam ser um esporte ou a ida frequente a uma comunidade religiosa.

Uma estratégia utilizada para refletir sobre o estilo de vida é elaborar um plano de ação, cujas atividades são pensar em metas, além de considerar opções e possíveis obstáculos. Um exemplo de plano de ação, sugerido por Miller e Rollnick<sup>16</sup> (Fig. 10.3), mostra que é importante, nesse momento, que o terapeuta sirva de conselheiro. Assim como propõem os autores da prevenção de recaída, a função do terapeuta é ajudar o paciente a pensar se as metas estabelecidas por ele são viáveis e condizentes com seu percurso até o momento, por mais que sejam diferentes daquelas que o terapeuta imagina para ele.<sup>1</sup> A ideia é “ficar ao lado do paciente” em um plano que represente o progresso para a recuperação. O plano de ação possibilita ao indivíduo pensar objetivamente aonde quer chegar, considerando essas possibilidades de forma realista, mas também relembra a necessidade de se planejar, isto é, pensar antes de fazer, o que aumenta a probabilidade de sucesso e evita recaídas.

## DECISÕES APARENTEMENTE IRRELEVANTES

As decisões aparentemente irrelevantes (DAIs) são armadilhas mentais que podem causar problemas na manutenção da mudança.<sup>15</sup> Elas foram primeiramente descritas por Marlatt e Gordon,<sup>1</sup> mas são muito conhecidas na área das adicções como *setups*. As DAIs são uma série de decisões do dia a dia, como onde almoçar, qual caminho pegar para ir para casa, se vai ou não visitar um amigo, etc. Essas decisões

As mudanças que quero fazer são: _____	
As principais razões para eu querer fazer tais mudanças são: _____	
Os passos que planejei para mudar são: _____	
A forma como as pessoas podem me ajudar é: _____	
Pessoas	Forma de ajudar
_____	
Saberei que meu plano está funcionando se... _____	
Algumas coisas que podem interferir no meu plano são: _____	

>> **FIGURA 10.3** Formulário para planejamento de mudança.

Fonte: Miller e Rollnick.<sup>16</sup>

podem levar o indivíduo a uma situação fora do seu controle e a tentações difíceis de resistir. Os indivíduos não estão conscientes desse processo, ou estão apenas parcialmente conscientes, e, em geral, dão-se conta dele apenas em retrospectiva, isto é, depois que aconteceu. Os parentes e amigos veem o lapso surgindo, mas a pessoa entra na situação de risco não consciente ou levada pelas circunstâncias. Algumas dessas armadilhas são óbvias, mas outras são sutis e envolvem pequenas decisões corriqueiras. Em geral, esses movimentos são “pequenos o suficiente” para parecerem irrelevantes para a própria pessoa e os outros. Se a racionalização convence a todos, sem levantar nenhum alarde de culpa ou embaraço, o indivíduo estará diante daquela situação impossível de enfrentar, e, em geral, o que se ouve é: “Não é minha culpa que isto esteja acontecendo!”.

Muitas vezes, criar um estresse enorme que resulta na necessidade de recompensa também é um tipo de armadilha, mais um exemplo de como o desequilíbrio da vida cotidiana pode prejudicar e precisa ser trabalhado, assunto que será abordado nos próximos capítulos. Acredita-se, portanto, que as pessoas caiam nessas armadilhas quando sua rotina está muito desequilibrada. Diante de um estilo de vida desequilibrado, tendo apenas trabalho e deveres, a pessoa pode ter reações afetivas (em geral, somáticas) ou cognitivas. Na forma física, o desejo pode se expressar por meio da “fissura”; na forma cognitiva, pode manifestar-se por uma distorção, “dando a permissão” para uma potencial recaída na forma de racionalização, negação ou DAIs.

Essas ideias estão baseadas nos trabalhos de tomada de decisão feitos pelos pacientes; a qualidade e o tipo da primeira decisão no processo de mudança têm muita influência sobre os resultados.<sup>17</sup> Mais especificamente, para compreender o processo de tomada de decisão em um processo de recaída, o trabalho de Jannis e Mann<sup>18</sup> é de extrema importância. Eles propõem o modelo do conflito, isto é, como fatores psicológicos afetam a tomada de decisão e como esta gera o estresse: quanto mais baixos forem os níveis de estresse que envolvem uma tomada de decisão, mais tranquila e calculada ela será, enquanto altos níveis de estresse podem gerar consequências na decisão. Naquelas que envolvem a recaída, há dois fatores que podem aumentar o nível de estresse: as situações estressoras ou de alto risco – que levam o indivíduo ao ponto de ter de se posicionar quanto ao uso ou não da substância – e o conflito entre “devo ou não devo me satisfazer”. Entre os cinco diferentes padrões de tomada de decisão listados por Jannis e Mann, somente três estão mais associados à recaída:

- Hipervigilância: é o padrão mais extremo, quando a pessoa age impulsivamente por se sentir pressionada ou necessitada de um alívio. Há um estreitamento dos processos cognitivos, a pessoa não se permite pensar nas alternativas nem pesar suas decisões, o que torna limitadas as possíveis opções.
- Evitação defensiva: muito comum no campo das dependências, a pessoa culpa algo externo por seu ato: “Se não fosse pelo meu amigo, eu não teria

fumado”. A pessoa racionaliza ou se defende, distorcendo os fatos, isto é, exagera os benefícios do consumo e minimiza os efeitos adversos.

- **Vigilância:** é o padrão mais efetivo de tomada de decisão. A pessoa é capaz de buscar todas as alternativas possíveis e pondera qual delas é mais apropriada para aquela situação.

No caso das DAIs, o processo decisivo é muito importante, e a atitude mais comum é a “evitação defensiva”. O primeiro passo para auxiliar os pacientes a lidar com essas armadilhas é ajudá-los a reconhecê-las e entender o papel delas nesse processo de tomada de decisão. O paciente deve compreender o princípio das DAIs e o fato de que é mais fácil intervir no início dessa cadeia do que nos eventos tardios. Uma vez que essa cadeia aproxima o paciente do lapso, fica muito difícil ou quase impossível frear o consumo. As DAIs devem ser vistas como alertas que servem de sinal para que uma intervenção seja feita. Diante desse sinal, o paciente deve estar muito atento ao processo de decisão, e, em qualquer momento de escolha, deve haver uma avaliação cuidadosa sobre qual caminho tomar. Porém, para tomar todo esse cuidado, é necessário que ele reconheça os pequenos eventos como armadilhas para a recaída.<sup>1</sup> As DAIs mais comuns se referem a:<sup>15</sup>

- exposição engenhosa à substância, geralmente se misturando com pessoas com o mesmo problema.
- definição de metas irreais, sendo que o fracasso é inevitável, e a consolidação do lapso, compreensível.
- testes de habilidade, como ficar sem consumir substâncias em uma situação extremamente arriscada com o seguinte pensamento: “Se consigo ficar sem fumar nessa situação, conseguirei em qualquer outra”.
- consumo de substância em função de outra pessoa: “Se meus amigos não acenderem um baseado, ficarei bem”.
- falta de limites nos fatos corriqueiros, como, por exemplo, ter de passar em frente à pracinha onde os colegas estão fumando para ir para casa.<sup>15</sup>

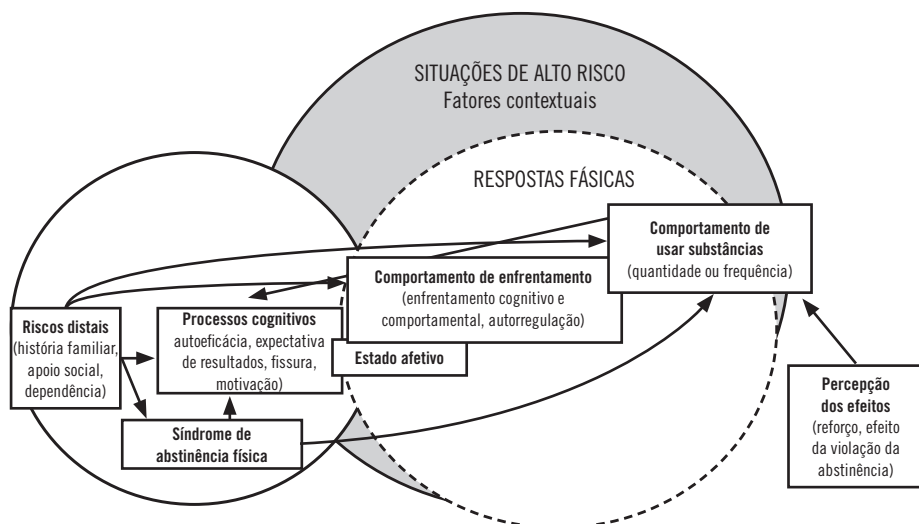
## O MODELO DINÂMICO DE RECAÍDA

Após duas décadas de estudos sobre essa abordagem, foram feitas muitas críticas que apontavam a necessidade de incluir mais complexidade ao construto da recaída,<sup>19</sup> determinantes de recaída adicionais (p. ex., fissura),<sup>20</sup> mais informações sobre o tipo ou *timing* do evento de recaída<sup>21</sup> e um aumento da validade do construto.<sup>22</sup> Obtiveram-se também muitos achados sobre a importância de autoeficácia,<sup>23</sup> afetos positivos e negativos,<sup>24</sup> expectativas de resultados,<sup>25</sup> fissura,<sup>9</sup> sintomatologia da abstinência,<sup>12</sup> habilidades de enfrentamento,<sup>26</sup> motivação<sup>27</sup> e suporte social<sup>28</sup> no processo de recaída. A teoria da prevenção de recaída, que havia partido do modelo

linear, passou a apoiar-se em um modelo mais dinâmico, no qual a interação de diversos fatores resulta na recaída ou na manutenção da mudança do comportamento,<sup>29</sup> como mostra a Figura 10.4.

Em cada situação de risco, o paciente se depara com o desafio de considerar as diversas ameaças e possíveis consequências. A resposta do indivíduo é um sistema auto-organizado no qual entram fatores de risco distais (p. ex., anos de dependência, história familiar, comorbidade, etc.), processos cognitivos (autoeficácia, fissura, motivação, etc.), e habilidades cognitivas e comportamentais. Esse novo modelo sugere muitas relações possíveis entre os fatores distais e proximais. Na Figura 10.4, as linhas pontilhadas representam as influências proximais, enquanto as contínuas representam as distais. Os quadrados supõem uma relação de reciprocidade, isto é, as habilidades de enfrentamento influenciam o consumo de substâncias e vice-versa. Como mostra o grande círculo no fundo, as situações de alto risco têm um papel essencial na relação entre fatores de risco e consumo de substâncias,<sup>6</sup> por isso é importante que tais situações sejam identificadas e avaliadas. Em ambos os esquemas, a autoeficácia é um dos determinantes cruciais da recaída.

O uso isolado de habilidades de enfrentamento efetivas pode não garantir a melhora da autoeficácia e a manutenção da abstinência, mas, combinadas com o suporte social funcional, o afeto positivo generalizado e as expectativas de resultado negativas, as habilidades podem aumentar razoavelmente a probabilidade de manutenção da abstinência.<sup>6</sup>



>> **FIGURA 10.4** Modelo dinâmico de recaída.

Fonte: Witkiewitz e Marlatt.<sup>29</sup>

O modelo dinâmico assume que a recaída pode ocorrer de forma repentina e inesperada, trazendo à tona o comportamento anterior. Essa ideia se aproxima tanto de observações clínicas quanto de modelos que assumem que um comportamento modificado é instável e facilmente afetado pelo contexto.<sup>30</sup> Esse novo modelo dinâmico está estruturado não apenas na teoria cognitivo-comportamental, mas também na teoria do sistema dinâmico não linear (NDST, *nonlinear dynamical systems theory*) e na teoria da catástrofe, que, em termos gerais, é um modelo dinâmico de compreensão de eventos em que pequenas mudanças podem alterar o sistema abruptamente.<sup>31,32</sup>

## EFETIVIDADE DA TÉCNICA DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA E NOVAS FRONTEIRAS

A influência da prevenção de recaída nas abordagens comportamentais dos comportamentos dependentes é evidente. Porém, o fato de tal modalidade de tratamento ser mesclada com outras técnicas torna sua avaliação sistemática bastante limitada.<sup>33</sup>

Carroll<sup>3</sup> conduziu uma revisão com 24 ensaios clínicos randomizados que incluíam estudos com dependentes de cigarro, álcool, maconha e cocaína. A conclusão foi que a prevenção de recaída é mais efetiva que a ausência de tratamento e tão efetiva quanto outras intervenções ativas, como a psicoterapia de apoio e a interpessoal.

Muitos estudos mostraram que as técnicas de prevenção de recaída reduzem a intensidade do episódio de recaída quando comparadas com ausência de tratamento ou outras técnicas ativas.<sup>34-36</sup> Diversos outros estudos mostraram que a prevenção de recaída tem efeitos mais duradouros que outras abordagens, sugerindo que tal modalidade pode oferecer uma melhora continuada ao longo do tempo.<sup>37-41</sup> Esses achados apontam para uma curva de aprendizado na qual a melhora nas capacidades de enfrentamento resulta em um decréscimo da chance de recair e foram confirmados por ambos os modelos de recaída descritos neste capítulo.

Irwin e colaboradores<sup>42</sup> conduziram uma metanálise das técnicas de prevenção de recaída no tratamento de álcool, tabaco, cocaína e uso de múltiplas substâncias. Vinte estudos foram incluídos, representando 9.504 indivíduos. A pesquisa concluiu que a prevenção de recaída é efetiva na redução do uso de substâncias e na melhora da adaptação psicossocial. A prevenção de recaída mostrou-se significativamente efetiva em tratar alcoolistas e usuários de múltiplas substâncias em comparação a tabagistas e usuários de cocaína, embora esse dado mereça ser analisado com cuidado, visto que a amostra continha um número pequeno de usuários de cocaína. A prevenção de recaída também foi efetiva em diferentes modalidades – individual, em grupo e de casal –, sendo mais efetiva no tratamento do alcoolismo. Esse dado poderia ser justificado pelo fato de essa abordagem ter sido criada para atender às demandas de uma população de alcoolistas. Mais pesquisas que estudem

a aplicação da prevenção de recaída no tratamento do uso de outras substâncias poderiam contribuir para corroborar esses achados.

Uma metanálise mais recente<sup>43</sup> incluiu 53 ensaios controlados de terapia cognitivo-comportamental para transtorno por uso de substâncias cujo tratamento tinha por base o modelo de prevenção de recaída. Os resultados estão de acordo com a revisão de Irwin e colaboradores:<sup>42</sup> 58% dos indivíduos usuários de alguma substância se saíram melhor do que os controles. Porém, diferentemente da revisão anterior, aqueles que obtiveram melhores resultados foram os usuários de maconha.

Com relação ao tabaco, duas grandes revisões vêm sendo feitas pelo Centro Cochrane.<sup>44,45</sup> Em um primeiro momento, os resultados eram desfavoráveis para a prevenção de recaída; porém, em uma nova análise,<sup>46</sup> os dados mostraram que intervenções de mútua ajuda baseadas no modelo cognitivo-comportamental da prevenção de recaída geravam maior tempo de abstinência quando comparados com aconselhamento em grupo. Considerando-se que muitos estudos têm demonstrado a efetividade de intervenções breves, o modelo cognitivo-comportamental de recaída ou as técnicas de prevenção de recaída poderiam ser pensados para uma aplicação breve ou mesmo para uma sessão de reforço (*buster session*)<sup>6</sup> em um programa de tratamento mais amplo.

Estudos recentes mostram a aplicação da prevenção de recaída associada a outros tratamentos, como farmacoterapia<sup>47</sup> e meditação profunda.<sup>48</sup> Um novo campo de pesquisa que se abre é a influência genética na resposta ao tratamento e à recaída.<sup>33</sup> A prevenção de recaída, baseada no controle total da mente (MBRP, *mindfulness-based relapse prevention*), é a mais notável aplicação da habilidade ao *setting* clínico.<sup>49,50</sup> Isso acontece porque essa abordagem potencializa os efeitos das práticas cognitivo-comportamentais, mas, ao contrário destas, a MBRP enfatiza uma atenção não julgadora sobre os pensamentos e urgências de uso. A “fissura” é vista como passageira, e a proposta é que essa sensação seja vivenciada como uma onda que cresce, tem seu pico e decresce. A ideia é que se “surfe” na “fissura”.<sup>48</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevenção de recaída vem se mostrando uma abordagem muito útil no manejo de casos de dependência química. Identificar situações de risco, aprender a enfrentá-las e mudar o estilo de vida são atitudes que podem contribuir para a manutenção da mudança de comportamento.

A literatura comprova a efetividade da técnica aplicada a diferentes substâncias; porém, por conta da diversidade de metodologias de pesquisa e modelos chamados de prevenção de recaída, mais estudos que controlem a forma como a técnica é aplicada (número de sessões e seu conteúdo, formação do terapeuta, etc.) podem contribuir para resultados mais consistentes.



## REFERÊNCIAS

1. Marlatt GA, Gordon JR, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford; 1985.
2. Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. In: Davidson PO, Davidson SM, editors. Behavioral medicine: changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel; 1980. p. 410-52.
3. Carroll KM. Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1996;4:46-54.
4. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. *Am Psychologist*. 1992;47(9):1102-14.
5. Jungerman FS, Zanelatto N. Tratamento psicológico do usuário de maconha e seus familiares: um manual para terapeutas. São Paulo: Roca; 2007.
6. Marlatt GA, Witkiewitz K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. In: Marlatt GA, Donovan DM, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. 2nd ed. New York: Guilford; 2005. p. 1-44.
7. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
8. Brown SA, Goldman MS, Christiansen BA. Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults? *J Consult Clin Psychol*. 1985;53:512-9.
9. Lowman C, Hunt WA, Litten RZ, Drummond DC. Research perspectives on alcohol craving: an overview. *Addiction*. 2000;95 Suppl 2:45-54.
10. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention: an overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health*. 1999;23:151-60.
11. Cox WM, Klinger E. A motivational model of alcohol use. *J Abnorm Psychol*. 1988;106:243-50.
12. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Majeskie MR, Fiore MC. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychol Rev*. 2004;111(1):33-51.
13. Annis HM, Graham JM. Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39) user's guide (Toronto, Canada, Addiction Research Foundation); 1988.
14. Knapp P, Bertolote JM. Prevenção de recaída: um manual para pessoas com problemas de uso de álcool e drogas. Porto Alegre: Artmed; 1994.
15. Wanigaratne S, Wallace W, Pullin J, Keaney F, Farmer RDT. Relapse prevention for addictive behaviours: a manual for therapists. Oxford: Blackwell Science; 1995.
16. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford; 1991. chapter 9.
17. Allsop S, Saunders W. Relapse and alcohol problems. In: Gossop M, editor. Relapse and addictive behaviour. London: Tavistock/Routledge; 1989.
18. Jannis I, Mann L. Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: Free Press; 1977.
19. Edwards G. Book review of Relapse Prevention, edited by GA Marlatt and JR Gordon. *Br J Addict*. 1987;82:319-23.
20. Longabaugh R, Rubin A, Stout RL, Zywiak WH, Lowman C. The reliability of Marlatt's taxonomy for classifying relapse. *Addiction*. 1996;91 Suppl:S73-88.
21. Maisto SA, Connors GJ, Zywiak WH. Replication and extension of Marlatt's taxonomy: construct validation analyses on the Marlatt typology of relapse precipitants. *Addiction*. 1996;91 Suppl:S89-97.

22. Stout RL, Longabaugh R, Rubin A. Replication and extension of Marlatt's taxonomy: predictive validity of Marlatt's relapse taxonomy *versus* a more general relapse code. *Addiction*. 1996;91 Suppl:S99-110.
23. Greenfield SF, Hufford MR, Vagge LM, Muenz LR, Costello ME, Weiss RD. The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: a prospective study. *J Stud Alcohol*. 2000;61(2):345-51.
24. Hodgins DC, el-Guebaly N, Armstrong S. Prospective and retrospective reports of mood states prior to relapse to substance use. *J Consult Clin Psychol*. 1995;63:400-7.
25. Jones BT, Corbin W, Fromme K. A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*. 2001;96:57-72.
26. Morgenstern J, Longabaugh R. Cognitive behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*. 2000;95(10):1475-90.
27. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH post treatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*. 1997;58(1):7-29.
28. Beattie M, Longabaugh R. Interpersonal factors and post-treatment drinking and subject wellbeing. *Addiction*. 1997;92(11):1507-21.
29. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems, that was zen, this is tao. *Am Psychol*. 2004;59(4):224-35.
30. Bouton ME. A learning theory perspective on lapse, relapse, and the maintenance of behavior change. *Health Psychol*. 2000;19:57-63.
31. Witkiewitz K, Marlatt GA. *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. London: Academic Press; 2007.
32. Witkiewitz K, Marlatt GA. Modeling the complexity of post-treatment drinking: it's a rocky road to relapse. *Clin Psychol Rev*. 2007;27:724-38.
33. Hendershot CS, Witkiewitz K, George GH, Marlatt GA. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2011;6:17.
34. Davis JR, Glaros AG. Relapse prevention and smoking cessation. *Addict Behav*. 1986;11(2):105-14.
35. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Rode S, Schottenfeld R, Meyer R, et al. Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53(3):217-24.
36. Supnick JA, Colletti G. Relapse coping and problem solving training following treatment for smoking. *Addict Behav*. 1984;9(4):401-4.
37. Carroll KM, Rounsaville BJ, Gawin FH. A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1991;17(3):229-47.
38. Carroll KM, Rounsaville BJ, Nich C, Gordon LT. One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:989-97.
39. Goldstein MG, Niaura R, Follick MJ, Abrahams DB. Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. *Am J Psychiatry*. 1989;146(1):56-60.
40. Hawkins JD, Catalano RF, Gillmore MR, Wells EA. Skills training for drug abusers: generalization, maintenance, and effects on drug use. *J Consult Clin Psychol*. 1989;75:559-63.
41. Rawson RA, McCann M, Flammino F, Shoptaw S, Miotto K, Reiber C, et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for cocaine- and methamphetamine dependent individuals. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:817-24.

42. Irwin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(4):563-70.
43. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009;70:516-27.
44. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD003999.
45. Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of relapse after quitting smoking: a systematic review of trials. *Arch Intern Med.* 2006;166:828-35.
46. Agboola S, McNeill A, Coleman T, Leonardi Bee J. A systematic review of the effectiveness of smoking relapse prevention interventions for abstinent smokers. *Addiction.* 2010;105(8):1362-80.
47. Schmitz JM, Stotts AL, Rhoades HM, Grabowski J. Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addict Behav.* 2001;26(2):167-80.
48. Marlatt GA. Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cogn Behav Pract.* 2002;9:44-9.
49. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cogn Psychother.* 2005;19:211-28.
50. Zgierska A, Rabago D, Chawla N, Kushner K, Koehler R, Marlatt A. Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Subst Abus.* 2009;30:266-94.

# TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DAS HABILIDADES SOCIAIS E DE ENFRENTAMENTO DE SITUAÇÕES DE RISCO

Neide A. Zanelatto



## Pontos-chave

- >> O treinamento em habilidades sociais e de enfrentamento é uma abordagem de um conjunto maior, denominado terapias cognitivo-comportamentais.
- >> A terapia cognitivo-comportamental das habilidades de enfrentamento pode ser usada no tratamento de transtornos psiquiátricos (incluindo a dependência de substâncias) e tem o objetivo de auxiliar o paciente a melhorar suas habilidades cognitivas e comportamentais, buscando a modificação de comportamentos geradores de prejuízo.
- >> As habilidades precisam ser continuamente treinadas e aprendidas, pois o ambiente está em constante mudança, e uma parte significativa dele é social.
- >> A habilidade bem desenvolvida resulta no alcance do objetivo previsto, na manutenção ou melhoria da relação entre as pessoas e também no autorrespeito.
- >> O treinamento das habilidades sociais aumenta a probabilidade de desfechos positivos no tratamento da dependência química.

Historicamente, o conceito de habilidades sociais tem uma relação estreita com o desenvolvimento da assertividade, da competência social e do comportamento adaptativo. Nos últimos tempos, tais habilidades passaram a significar um método de tratamento que objetiva a superação de déficits e dificuldades interpessoais, além de auxiliar na maximização de repertórios de comportamentos sociais.<sup>1</sup> Sob esse enfoque, segundo alguns autores,<sup>2</sup> o treinamento das habilidades sociais e de enfrentamento é um modelo de tratamento que representa uma coleção mais diversificada de técnicas com o objetivo de desenvolver um repertório de habilidades que permitam que o indivíduo lide de modo eficaz com situações que geram estresse. Esse modelo está contido em um outro, de maior amplitude, denominado *terapias cognitivo-comportamentais* (TCCs).

Estudos evidenciam que pessoas com habilidades de enfrentamento frágeis em relação a determinadas situações-estímulo tendem a reagir de forma mal-adap-

tativa. Tais fragilidades, somadas a fatores biológicos e genéticos e também à história de aprendizagem social do indivíduo, podem resultar em vulnerabilidade para o uso de substâncias psicoativas.<sup>3</sup>

O objetivo deste capítulo é apresentar de forma didática os conceitos centrais que dão sustentação a esse modelo, bem como os resultados das intervenções com esse tipo de terapia em pacientes dependentes de álcool e outras substâncias.

## TEORIA DAS HABILIDADES SOCIAIS: CONCEITOS CENTRAIS

A teoria das habilidades sociais pode ser explicada a partir do modelo de aprendizagem social, que sugere que as habilidades são aprendidas por meio de experiências interpessoais vicariantes (i.e., a observação do desempenho de outros), a partir de um processo de assimilação mental de modelos bem-sucedidos. Essas experiências mediadas por processos cognitivos (crenças, percepções e pensamentos) orientarão o desenvolvimento de determinadas habilidades de forma particular e única para cada indivíduo.<sup>4</sup> Outros estudos que tinham como objetivo o desenvolvimento do conceito de autocontrole (construído a partir do desenvolvimento das habilidades de auto-observação, autoavaliação e autorreforço), resultaram no desenvolvimento do modelo teórico do *treinamento instrucional*,<sup>5</sup> que tem como premissa básica o fato de que mudanças relacionadas a determinados comportamentos ocorrem a partir das alterações nas instruções que uma pessoa dá a si mesma, evitando os pensamentos disfuncionais e buscando os mais adaptativos.

A definição de comportamento socialmente habilidoso tem sido alvo de muita controvérsia, visto que aquilo que pode ser socialmente aceito em determinada situação pode não ser em outra. Assim, as definições que sugerem como parâmetro a eficácia no atingimento dos objetivos ou suas consequências parecem ter mais consistência entre diversos autores.<sup>6</sup> Nesse sentido, as consequências devem prever o alcance dos objetivos, a manutenção ou melhora da relação (quando a habilidade incluir relacionamentos interpessoais) e a eficácia na manutenção do autorrespeito.<sup>7</sup> Dessa forma, espera-se que o comportamento socialmente hábil gere sempre mais reforço positivo do que negativo; além disso, é sempre útil avaliar o comportamento emitido e as reações que ele provoca nos outros.

Uma definição completa de comportamento socialmente habilidoso é atribuída a Caballo:<sup>8</sup> o conjunto de ações emitidas por um indivíduo em um contexto interpessoal, no qual ele externa sentimentos, desejos, opiniões e direitos de forma adequada ao contexto em que está inserido, respeitando e aceitando os mesmos comportamentos nas demais pessoas. Os objetivos desse comportamento são resolver problemas imediatos e minimizar a ocorrência de futuros problemas de mesma ordem.<sup>8,9</sup> É importante salientar que a mudança de comportamento não ocorre de um momento para outro, de forma que o treino é de

suma importância para o aprendizado, do mesmo modo que o insucesso inicial na prática desses comportamentos não deve ser visto como um fator desmotivador.

Os principais estilos de respostas relativos às habilidades sociais – capacidade de dizer “não”, pedir favores, fazer pedidos e expressar sentimentos positivos e negativos, bem como iniciar, manter e terminar conversações – foram primeiramente definidos por Lazarus<sup>10</sup> e deram origem a outras habilidades sociais e de enfrentamento de situações consideradas de risco para determinados contextos, as quais são enumeradas como segue:

1. fazer e aceitar elogios;
2. fazer e recusar pedidos;
3. expressar amor, agrado e afeto;
4. iniciar e manter conversações;
5. defender os próprios direitos;
6. expressar opiniões pessoais, inclusive o desacordo;
7. pedir a mudança de comportamento do outro;
8. desculpar-se ou admitir ignorância;
9. fazer e receber críticas;
10. resistir às tentações;
11. dar e receber *feedback*.

O treinamento de habilidades sociais visando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de situações de risco tem sido usado com sucesso em muitos contextos, como, por exemplo, nos tratamentos voltados para indivíduos que apresentam transtornos psiquiátricos diversos (como a dependência de substâncias psicoativas), doenças crônicas e agudas e déficits intelectuais, além de ser usado no tratamento dos familiares desses pacientes.<sup>11-17</sup> Partindo desse pressuposto, fortaleceu-se o conceito de habilidades de vida, que apresenta, como um de seus objetivos, a prevenção do uso de substâncias em jovens, tendo como cenário para a intervenção a própria escola.<sup>18</sup> Promover o ajustamento social positivo, melhorar o desempenho acadêmico, prevenir condutas sexuais de alto risco e ensinar a controlar a ira são outros objetivos desse programa aplicado a adolescentes em idade escolar.<sup>19</sup>

## HABILIDADES SOCIAIS E DE ENFRENTAMENTO E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Em dependentes de álcool, o treinamento de habilidades sociais para o enfrentamento adequado de situações consideradas de risco começou a ser utilizado na década de 1970, como uma abordagem complementar aos tratamentos praticados na época.<sup>20</sup> Hoje, a terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de

enfrentamento é aplicada e adaptada para o alcance de melhores resultados nessa população específica, mantendo duas premissas centrais: o papel central das habilidades no enfrentamento das situações de risco, em que gatilhos específicos podem ocasionar tanto o lapso quanto a recaída, e o desenvolvimento de habilidades voltadas para o desempenho eficaz de cada paciente, não utilizando, portanto, um protocolo único para todos.<sup>21</sup>

Duas abordagens têm sido apontadas pela literatura científica como eficazes no tratamento da dependência de substâncias: o gerenciamento de contingências e o aumento e manutenção da percepção da autoeficácia.<sup>22,23</sup> O desenvolvimento e a prática (treino) das habilidades contribuem para o aumento da autoeficácia, ou seja, permitem que o indivíduo apresente uma resposta de enfrentamento eficaz diante de situações consideradas de alto risco,<sup>11,24</sup> prevenindo tanto a ocorrência de lapsos (uso episódico) quanto a própria recaída (padrão de uso anterior).

Entre indivíduos dependentes de álcool ou outras substâncias, as situações de alto risco para recaída são definidas como estímulos que ameaçam a percepção de controle em relação ao contexto em que estão inseridos e, portanto, como possíveis precipitadoras do início do uso de substâncias após certo tempo de abstinência.<sup>25</sup> As habilidades de enfrentamento podem ser definidas como ferramentas comportamentais ou cognitivas usadas pelo indivíduo com o objetivo de restaurar o equilíbrio diante de situações de risco que incluem adversidades ou de situações nas quais ele se sente em desvantagem ou pouco autoeficaz.<sup>23</sup> O desenvolvimento e o treino dessas habilidades capacitam o indivíduo para apresentar uma resposta mais adaptável diante das situações consideradas de risco. O desenvolvimento de habilidades de enfrentamento não é adquirido com facilidade e, muitas vezes, pode não ocorrer naturalmente; é algo que precisa ser praticado com persistência, e, portanto, há necessidade de envolvimento, treino e reforço positivo.

No Brasil, alguns estudos já mostram a relação entre a presença de habilidades sociais e comportamentos mais funcionais entre dependentes de álcool,<sup>26</sup> de maconha<sup>27</sup> e de nicotina,<sup>28</sup> embora alguns estudos apresentem resultados controversos, ou seja, dependentes e não dependentes de álcool, nesse caso, não apresentam escores diferentes em questionários de habilidades sociais.<sup>29</sup> No entanto, a literatura sobre o assunto, mais extensa em outros países, enfatiza a importância do desenvolvimento de tais habilidades como um elemento auxiliar na diminuição dos fatores predisponentes à recaída<sup>30,31</sup> e também como uma condição importante na prevenção do uso entre aqueles que não experimentaram substâncias.<sup>32,33</sup> O modelo de intervenção, apresentado inicialmente por Monti e colaboradores<sup>3</sup> e, após, revisado e ampliado por Kadden e colaboradores,<sup>34</sup> sugere que o tratamento não deve atender a um modelo “tamanho único”, ou seja:

- O tratamento deve sempre ser planejado para um paciente ou um grupo de pacientes visando o atendimento das demandas específicas do indivíduo ou do grupo.

- A escolha das habilidades a serem desenvolvidas e treinadas, assim como o tempo dedicado a cada uma delas, dependerá das necessidades de cada indivíduo ou grupo.
- O número de sessões deve variar de acordo com a demanda.

No modelo de intervenção apresentado por Monti e colaboradores<sup>3</sup> contempla-se o treino de habilidades interpessoais e intrapessoais, que pode ser aplicado em sessões de atendimento individual ou em grupo. As habilidades intrapessoais incluem o desenvolvimento de estratégias para lidar com os gatilhos, a fissura, o pensamento negativo e a raiva. Faz parte desse grupo o treino de habilidades para tomadas de decisão, resolução de problemas, manejo de situações de emergência, aumento das atividades prazerosas e enfrentamento de decisões aparentemente irrelevantes. No grupo de habilidades interpessoais, o foco está no treino da assertividade (incluindo como dizer “não” ao oferecimento de álcool e outras substâncias) e da comunicação de modo geral. As habilidades no trato com outras pessoas ou com o ambiente social incluem também a forma de falar e ouvir sentimentos, assim como fazer e receber críticas (até em relação ao comportamento de beber); além disso, tal habilidade favorece o desenvolvimento de uma rede de suporte social que facilite e mantenha o processo de mudança de comportamento. Esses autores ainda contemplam, em seu programa de tratamento, sessões destinadas a pacientes com comorbidades, que necessitam, portanto, de treino no manejo de problemas específicos, como a depressão e a ansiedade, e no desenvolvimento de habilidades especiais para lidar com transtornos psicóticos e da personalidade.

A terapia de habilidades sociais e de enfrentamento pode ser conduzida em ambiente ambulatorial, individualmente ou em grupos (em média, 8 a 12 membros), bastando que o(s) sujeito(s) esteja(m) disposto(s) e pronto(s) para participar da intervenção.<sup>19</sup> Essa terapia apresenta algumas vantagens quando conduzida em grupo, como a prática das habilidades com outras pessoas, o número maior de modelos oferecidos pelos demais participantes e a maior chance de “modelagem” (já que os participantes de um mesmo grupo têm características semelhantes). Outro aspecto é que o treino das habilidades em grupo tende a ser mais real do que simulado (como acontece nas sessões individuais), além da vantagem de um custo menor tanto para o indivíduo quanto para a instituição.<sup>6</sup> O tempo de duração das sessões, o conteúdo específico de cada uma, as diretrizes de habilidades, a tarefa de casa e um manual de conduta técnica para o terapeuta serão descritos ao longo deste livro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aumenta o número de estudos no Brasil e em outros países sobre as intervenções baseadas no treino de habilidades, evidenciando que esse modelo apresenta desfechos positivos para a manutenção da abstinência em indivíduos dependentes de



álcool e outras substâncias, servindo, ainda, como ferramenta para a prevenção do uso de substâncias entre jovens. Ainda que os estudos realizados contemplem a exposição de pacientes ou grupos de pacientes a protocolos preestabelecidos de conduta terapêutica, os resultados mostram-se positivos. Como defendem os autores citados, conforme os modelos de tratamento forem construídos para cada paciente em particular, é possível que resultados mais satisfatórios sejam obtidos, com consequências mais duradouras em termos de alcance do objetivo da intervenção.

## REFERÊNCIAS

1. Del Prette ZAP, Del Prette A. Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática. Petrópolis: Vozes; 2005.
2. Dobson KS, Dozois DJA. Historical and philosophical bases of cognitive behavioral therapies. In: Dobson KS, editor. Handbook of cognitive-behavioral therapies. 3rd ed. New York: Guilford; 2010.
3. Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrams DB. Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento. 2. ed. São Paulo: Roca; 2005.
4. Bandura A. Modificação do comportamento. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.
5. Meichenbaum D. Cognitive-behavior modification: an integrative approach. New York: Springer; 1977.
6. Caballo VE. Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Santos; 2008.
7. Linehan MM. Interpersonal effectiveness in assertive situations. In: Blechman EA, editor. Behavior modification with women. New York: Guilford; 1984.
8. Caballo VE. El entrenamiento en habilidades sociales. In: Caballo VE. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI; 1991. p. 403-43.
9. Caballo VE. O treinamento em habilidades Sociais. In: Caballo VE. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. 2. ed. São Paulo: Santos; 2002.
10. Lazarus AA. On assertive behavior: a brief note. Behavior Therapy. 1973;4(5):697-9.
11. Rohsenow DJ, Martin RA, Monti PM. Urge-specific and lifestyle coping strategies of cocaine abusers: relationships to treatment outcomes. Drug Alcohol Depend. 2005;78(2):211-9.
12. Jones DE, Perkins K, Cook JH, Ong AL. Intensive coping skills training to reduce anxiety and depression for forward-deployed troops. Mil Med. 2008;173(3):241-6.
13. Hampel P, Manhal S, Roos T, Desman C. Interpersonal coping among boys with ADHD. J Atten Disord. 2008;11(4):427-36.
14. Hasking PA. Reinforcement sensitivity, coping, and delinquent behaviour in adolescents. J Adolesc. 2007;30(5):739-49.
15. McMillan SC, Small BJ, Weitzer M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. Cancer. 2006;106(1):214-22.
16. Sawicka M. Comparison of the coping styles among schizophrenic patients, dependent patients and patients with dual diagnosis. Psychiatr Pol. 2005;39(6):1199-210.
17. Rychtanik RG, McGillicuddy NB. Coping skills training and 12-step facilitation for women whose partner has alcoholism: effects on depression, the partner's drinking, and partner physical violence. J Consult Clin Psychol. 2005;73(2):249-61.

18. Gorayeb R. O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. *Psic, Saúde & Doenças*. 2002;3(2):213-17.
19. Magrulkar L, Whitman CV, Posner M. Life skills approach to child and adolescent healthy human development. Washington: Pan American Health Organization; 2001.
20. Marlatt GA, Gordon JR, editor. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford; 1985.
21. Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. Current status and future directions. *Alcohol Res Health*. 1999;23(2):78-85.
22. Knapp WP, Soares BGO, Farrel M, Lima MS. Intervenciones psicosociales para los trastornos relacionados con el consumo de cocaína y anfetaminas psicoestimulantes. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [capturado em 10 nov. 2011];2. Disponível em: <http://www.update-software.com/pdf/CD003023.pdf>.
23. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petry NM. Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*. 2008;103(4):638-48.
24. Moos RH. Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*. 2007;88(2-3):109-21.
25. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health*. 1999;23(2):151-60.
26. Cunha SM, Carvalho JCN, Kolling NM, Silva CR, Kristensen CH. Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Rev Bras Ter Cog*. 2007;3(1):31-9.
27. Wagner MF, Oliveira MS. Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicol Estud*. 2009;14(1):101-10.
28. Pinho VD, Oliva AD. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. *Rev Bras Ter Cogn*. 2007;3(2):1-15.
29. Aliane PP, Lourença LM, Ronzani TM. Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicol Estud*. 2006;11(1):83-8.
30. Monti P, Rohsenow DJ. Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Res Health*. 1999;23(2):107-15.
31. Monti P, Rohsenow DJ, Rubonis AV, Niaura RS, Sirota AD, Colby SM, et al. Cue-exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(6):1011-9.
32. Barkin SL, Smith KS, DuRant RH. Social skills and attitudes associated with substance use behaviors among young adolescents. *J Adolesc Health*. 2002;30(6):448-54.
33. López Larrosa S, Rodríguez-Arias Palomo JL. Factores de riesgo y de protección el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*. 2010;22(4):568-73.
34. Kadden R, Carroll K, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, et al., editors. Cognitive-behavioral coping skills therapy manual. Vol. 3, Project MATCH Monograph Series. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003.



## >> **Parte 4**

Abordagens complementares à  
terapia cognitivo-comportamental



# MINDFULNESS E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA PREVENÇÃO DE RECAÍDA

Neide A. Zanelatto



## Pontos-chave

- >> Evidências preliminares parecem confirmar a eficácia das abordagens baseadas em *mindfulness* no tratamento da dependência química.
- >> Parece haver uma redução no uso de substâncias e na presença de sintomas psiquiátricos em pacientes que tiveram técnicas de *mindfulness* associadas ao tratamento convencional.
- >> A experiência na prática de *mindfulness* propicia o aumento da consciência do espaço do indivíduo, criando a oportunidade de responder de forma habilidosa a situações-estímulo em vez de reagir de forma automática e habitual.
- >> A aceitação consciente e isenta de julgamento da fissura e dos pensamentos que a desencadeiam, mais do que o receio de que estes surjam e criem desconforto, pode auxiliar o paciente a lidar com essa experiência de forma mais positiva.

Estudos recentes relacionados à prática da prevenção de recaída no tratamento de dependentes químicos evidenciam que a associação de outras técnicas ao modelo desenvolvido na década de 1980 (ver Cap. 10, Prevenção de recaída) auxilia no alcance de um tratamento mais eficaz.<sup>1</sup> Estudos<sup>2</sup> revelam que tratamentos baseados em *mindfulness* são tão eficazes quanto terapia cognitivo-comportamental (TCC), manejo de contingências, entrevista motivacional ou 12 passos e, além disso, têm a vantagem de um custo menor. Os autores desses estudos concluem que é importante utilizar todas as técnicas disponíveis para a prevenção de recaída, haja vista tanto a necessidade de aceitação e tolerância da fissura quanto a construção de um repertório de enfrentamento.<sup>3</sup> A terapia de prevenção de recaída baseada em *mindfulness* tem o objetivo de oferecer um espaço de reflexão, a fim de que os pacientes desenvolvam habilidades para se concentrar no momento presente e praticar observação silenciosa, aceitando a ansiedade associada à fissura, ao estresse e aos sentimentos negativos. Ao longo do tempo, essas práticas garantem aos indivíduos

um “espaço” no qual se torna viável e possível o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas e, conseqüentemente, efetivas.

O objetivo deste capítulo é apresentar os conceitos centrais da prática de *mindfulness* e como essa técnica pode associar-se ao modelo cognitivo-comportamental da prevenção de recaída, auxiliando o paciente na manutenção da mudança do comportamento de uso de substâncias psicoativas para o de não uso.

## **MINDFULNESS: CONCEITOS CENTRAIS**

O conceito de *mindfulness*, da forma como hoje é concebido, tem sua origem em duas tradições distintas: a pesquisa experimental conduzida por Langer<sup>4</sup> – que tem como ponto central o conceito de *mindlessness* (“piloto automático”) – e o emprego da prática de meditação budista adotada por Jon Kabat Zin no ambiente clínico, inicialmente para colaborar no manejo da dor crônica.<sup>5</sup>

Segundo Langer, há fontes de *mindlessness* que conduzem o comportamento do indivíduo para um caminho no qual não existe flexibilidade cognitiva, e o mundo é visto a partir de uma perspectiva única. Esse comportamento ditado pelo “piloto automático” está baseado nos seguintes aspectos: a pessoa funciona de maneira confortável, mas não tem uma noção clara do que faz; falta a ela exame crítico em novas situações, uso de regras rígidas que evidenciam quais recursos devem ser preservados e quais objetivos devem ser conquistados e, por fim, adota conceitos tidos socialmente como corretos e não questionados.<sup>5</sup>

*Mindfulness* (a antiga prática budista), por sua vez, é definida como a posição oposta ao “piloto automático”, visto que busca o alcance de uma consciência sincera, de momento a momento, não julgadora.<sup>6</sup> Tem como aspecto-chave a consciência das emoções a partir da observação e atenção às experiências, descrevendo-as e nomeando-as. Essa prática permite ao indivíduo que a domina o envolvimento em atividades sem se distrair, aceitando e não reagindo à experiência vivida, posto que não há julgamento. Seu poder reside, assim, na prática efetiva e em suas aplicações em todos os aspectos da vida. Os objetivos da prática da terapia *mindfulness* são os seguintes:<sup>6,7</sup>

- Alterar o relacionamento que o indivíduo tem com sua experiência interna, cultivando uma consciência aberta.
- Diminuir a evitação experiencial, aumentando a escolha, a flexibilidade e a possibilidade de ficar atento às experiências internas.
- Aumentar a frequência de comportamentos em esferas valorizadas, possibilitando o envolvimento em relacionamentos, atividades acadêmicas ou profissionais e de lazer, com melhoria geral da qualidade de vida.

Criada inicialmente para o manejo da dor crônica, essa modalidade de terapia é, hoje, muito utilizada no tratamento de outras comorbidades associadas a doenças crônicas e no tratamento de transtornos emocionais e comportamentais.<sup>8</sup>

A TCC baseada em *mindfulness* mostra resultados positivos em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada,<sup>9</sup> depressão,<sup>10</sup> transtorno da personalidade *borderline* com tentativas recorrentes de suicídio,<sup>11</sup> transtornos psicóticos<sup>12</sup> e também naqueles com dependência química.<sup>13,14</sup> A prática de *mindfulness*, quando experimentada pelo paciente de forma agradável, pode ser praticada em contextos mais perturbadores, com o objetivo de treinar a experimentação da técnica de modo que, ao final da terapia, ela esteja incorporada à vida do paciente e seja de uso generalizado para todos os contextos de sua vida.<sup>7</sup>

Bishop e colaboradores<sup>8</sup> ressaltam a importância de dois componentes principais para a prática da atenção plena (*mindfulness*), hoje considerada uma habilidade passível de aprendizagem: adotar, na experiência, uma atitude particular de curiosidade e aceitação ao que surge na consciência, e exercer a autorregulação da atenção, que tem como objetivo o aumento da capacidade de reconhecer os eventos mentais presentes no momento. O foco da atenção é, então, regulado, observando-se as mudanças no pensamento, nos sentimentos e nas sensações, momento a momento, o que propicia uma sensação de presença e atenção à experiência. Os passos necessários para o alcance desse objetivo são:

1. Sustentar a atenção por um período de tempo prolongado, mantendo um foco específico, como, por exemplo, a respiração.
2. Ao mudar o foco, detectar os estímulos que surgem na consciência, quaisquer que sejam – um pensamento, um sentimento ou uma sensação física.
3. Retornar ao foco.

## MINDFULNESS E PREVENÇÃO DE RECAÍDA

Quando falamos em dependência química, independentemente do tipo de substância, fica evidente uma alta taxa de incidência de recaída, sobretudo nos primeiros três meses,<sup>15</sup> sendo que os nove meses seguintes também são considerados parte de um período de risco para a recaída daquele indivíduo que busca manter um comportamento de não uso de determinada substância.<sup>16</sup> Há evidências, em quatro anos de seguimento em estudos conduzidos, de que cerca de 90% dos alcoolistas experimentam ao menos uma recaída.<sup>17</sup> Apesar das várias abordagens terapêuticas oferecidas, as recaídas continuam a acontecer; por isso, quanto maior o suporte ou a autoeficácia do indivíduo na manutenção do novo comportamento, maior a chance da manutenção da mudança. A prática de *mindfulness*, associada ao modelo já conhecido da prevenção de recaída, fornece ao indivíduo mais uma ferramenta para alcançar a abstinência.

Estudos recentes têm evidenciado que a associação dos modelos *mindfulness*/prevenção de recaída pode trazer benefícios. Em um estudo que incluía 168 participantes comparando tratamento convencional com tratamento de prevenção da recaída associada à prática de *mindfulness*, com seguimento de até quatro meses,

Bowen e colaboradores<sup>18</sup> evidenciaram que essa modalidade de intervenção fez os participantes apresentarem uma diminuição no uso de substâncias e no desejo de usá-las, bem como uma maior consciência do problema e da situação quando comparados com indivíduos que receberam uma intervenção tradicional.<sup>18</sup> Tais resultados foram confirmados em um seguimento de dois meses; no entanto, no seguimento de quatro meses, ambos os grupos tinham o mesmo comportamento de uso. Estudos conduzidos a partir dessa mesma amostra ressaltam que a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* parece influenciar as respostas cognitivas e comportamentais relacionadas a sintomas depressivos, diminuindo tanto o uso da substância quanto a fissura (*craving*), uma vez que estados afetivos negativos são uma situação considerada de alto risco para a recaída.<sup>19</sup>

A fissura, cujo conceito é o mais estudado e talvez o menos compreendido no campo das dependências, também tem sido contemplada sob a ótica da prática *mindfulness*. Indivíduos dependentes de nicotina que queriam parar de fumar, mas não estavam inseridos em nenhum programa, foram submetidos, por um estudo recente, a um ensaio clínico randomizado em que se comparou uma intervenção breve baseada em *mindfulness* com um grupo-controle; o estudo revelou que, embora a fissura não tenha aparecido de forma diferenciada nos dois grupos, aquele que recebeu instruções baseadas na terapia de atenção plena diminuiu o número de cigarros fumados. Isso pode indicar que a prática da atenção plena, embora não diminua a fissura, pode alterar as respostas dela decorrentes.<sup>20</sup>

A prática da terapia *mindfulness* tem se mostrado eficaz também no que tange à questão de quanto o pensamento relativo ao uso, quando evitado e não aceito, coloca o indivíduo em maior risco de recaída. Um estudo recente evidencia que quanto maior a aceitação do pensamento – e não sua simples evitação – menor a chance de recaída.<sup>21</sup> O manejo do estresse, visto como elemento importante para a prevenção de recaída, foi alvo de pesquisas com práticas de meditação *mindfulness*, indicando que os pacientes a elas submetidos lidavam melhor com o estresse do que aqueles submetidos à TCC.<sup>22</sup>

A meditação Vipassana (meditação budista baseada em *mindfulness*) tem sido sugerida a pacientes que não querem ou não conseguem aderir a tratamentos convencionais para a dependência química. Um estudo conduzido com uma população carcerária fez a seguinte constatação: após a saída da prisão, os indivíduos que foram submetidos a uma intervenção com meditação tiveram redução no uso de álcool, maconha, cocaína e *crack*, além de menores problemas relacionados ao consumo de álcool e sintomas psiquiátricos associados quando comparados a indivíduos que receberam o tratamento convencional.<sup>23</sup>

### ***Mindfulness* aplicada à prevenção de recaída na prática clínica**

O programa apresentado a seguir foi elaborado por Bowen, Chawla e Marlatt<sup>24</sup> e exibiu resultados positivos quando aplicado em pacientes que terminaram a fase

inicial de tratamento e encontram-se em tratamento ambulatorial e motivados em sua continuidade.<sup>24</sup> Trata-se de um programa composto por oito sessões estruturadas, e seus objetivos são aumentar a consciência do indivíduo em relação aos gatilhos que desencadeiam a recaída e também auxiliá-lo a identificar seus pensamentos e padrões de comportamento, buscando bases mais funcionais a partir da observação de sua própria experiência.

Entre as sessões, são solicitadas tarefas de casa, para que o indivíduo revise os conceitos treinados durante a sessão e tenha a oportunidade de aplicá-los e generalizá-los para outros contextos as práticas aprendidas. Integrar as práticas às situações do dia a dia dos pacientes é um importante objetivo do tratamento. Os terapeutas têm de receber treinamento para conduzir essas sessões específicas de prevenção de recaída, devendo ter conhecimento sobre o abuso e a dependência de substâncias e a habilidade para lidar com grupos. Os autores apontam como fundamental a prática pessoal da meditação *mindfulness* por parte dos terapeutas com a finalidade de alcançar melhores resultados no grupo.<sup>24</sup>

As sessões estruturadas têm a duração aproximada de duas horas, mas modificações nesse protocolo são permitidas. Bons resultados têm sido apresentados com um dia de prática de meditação entre as sessões (conduzidas dentro do programa pelos mesmos terapeutas). O número de participantes por sessão pode variar entre 6 e 12 indivíduos, e, embora não tenham sido notadas diferenças significativas entre grupos com um único gênero e grupos mistos, deve-se ter um cuidado especial na composição dos grupos. Dependendo das características apresentadas pelos indivíduos assistidos, grupos mistos são desaconselhados. Quanto ao formato dos grupos, o ideal é que sejam fechados, com os pacientes iniciando na primeira sessão e seguindo juntos até o final. Caso um paciente perca uma das sessões, ela poderá ser repostada em outro grupo ou em atendimento individual.

O modelo apresentado utiliza ferramentas como diários de automonitoramento, CDs com exercícios facilitadores da meditação (que os participantes deverão ouvir entre as sessões) e vídeos apropriados aos temas específico (meditação) e central (prevenção de recaída).

### *Primeira sessão: piloto automático e recaída*

#### OBJETIVOS

Introdução ao conceito de piloto automático, mostrando o quanto as pessoas são inconscientes dos eventos internos e externos.

Apresentação dos conceitos e das práticas da meditação *mindfulness*, mostrando como aumentam o estado de consciência do indivíduo, e também o exercício de *body scan* (ao som da voz do terapeuta, que conduz a atividade, o foco de atenção se desloca pouco a pouco, partindo dos pés, passando pelas pernas, dorso e braços até chegar à cabeça, com o objetivo de “sentir” cada órgão). Esse exercício



busca mostrar ao indivíduo como as pessoas respondem aos estímulos de desconforto e como é possível lidar com eles de forma não destrutiva. O foco de atenção deve estar sempre no presente, o que é enfatizado por esse exercício todo o tempo. A prática auxilia a lidar com o desconforto emocional, encorajando gentilmente a aceitação das experiências internas.

## AGENDA

- Introdução do tema: saber dos participantes qual seu nível de motivação e quais suas expectativas em relação ao tratamento.
- Regras do grupo (ética e sigilo).
- O que é *mindfulness*: conceito.
- Treino e exercício: aumentando a consciência, seguido de discussão com os participantes sobre suas experiências (pensamentos, sensações, sentimentos e necessidades) e os temas suscitados por elas.
- Prática de *body scan meditation*: primeira prática formal de meditação (duração: 25 a 30 minutos).
- Tarefa de casa: aplicar a técnica de concentração de atenção em qualquer atividade de rotina realizada durante a semana (p. ex., escovar os dentes ou lavar as mãos). Utiliza-se um diário de automonitoramento para o registro das atividades em que se praticou *mindfulness* e por quanto tempo.

## *Segunda sessão: consciência e gatilhos para a recaída*

O terapeuta, para incentivar a prática da consciência, pode pedir a cada participante que diga em uma ou duas palavras o que está sentindo naquele momento.

## OBJETIVOS

Identificar os pensamentos e a forma como eles afetam as emoções e o comportamento do indivíduo.

## AGENDA

- Acolhimento.
- Prática de *body scan*.
- Verificação da tarefa de casa e dos desafios enfrentados: é importante que o terapeuta, nesse momento, atue como facilitador da adesão ao tratamento, pois alguns participantes podem evidenciar desconforto na prática dos exercícios ou mesmo não realizar a tarefa. Os desafios básicos diante da prática da meditação são:<sup>25</sup>

- Apego: querer mais (ou algo diferente) do que estar presente naquele momento
- Aversão: raiva ou medo
- Inquietação: agitação
- Preguiça ou torpor: sonolência
- Dúvida: armadilha de pensamento (“não adianta”, “isso não vai funcionar”, “deve haver um jeito mais fácil”)
- Fissura e desejo: definição a partir das experiências dos participantes.
- Exercício “caminhando nas estradas”: o objetivo é permitir aos participantes observarem a primeira resposta mental aos estímulos ambíguos, identificando a cascata de pensamentos, emoções, sensações físicas e desejo que se seguem.
- Exercício de manejo da fissura: “surfando a fissura” e discussão sobre os gatilhos que a desencadeiam.
- Meditação da montanha: por meio da visualização de uma montanha, busca-se a construção de qualidades internas como estabilidade, força e dignidade.
- Tarefa de casa: diário de automonitoramento da fissura.

### *Terceira sessão: mindfulness no dia a dia*

#### OBJETIVOS

Fornecer pistas para o aumento da consciência no dia a dia, auxiliando na possibilidade de melhores escolhas nesses contextos.

#### AGENDA

- Acolhimento.
- Meditação dos sentidos: meditação breve com o mesmo objetivo da *body scan*, trazendo sempre a atenção ao que está ocorrendo no momento. Explora-se o mesmo processo por meio dos diferentes sentidos (p. ex., ver, ouvir, sentir ou tocar).
- Revisão da tarefa de casa: espera-se que, após duas semanas de treino em meditação, os pacientes estejam mais atentos às respostas reativas e as evitando. No entanto, a possibilidade de resistência ainda é grande.
- Meditando na posição sentada (foco na respiração): após a experiência com a técnica, saber quais pensamentos vêm à mente no momento em que o indivíduo faz o exercício pode ser um tema para a discussão.
- Vídeo sobre meditação, sua aplicabilidade e seus resultados, seguido de discussão.
- Técnica SOBER: utilizada para o treino de aumento da consciência no momento, em contraposição ao “piloto automático”.

- S (*stop*): pare onde quer que você esteja;
- O (*observe*): o que está acontecendo em seu corpo e em sua mente;
- B (*breath*): focalize a respiração como uma “âncora” para manter o foco no presente;
- E (*expand*): expanda a consciência para o seu corpo inteiro e para o ambiente ao seu redor;
- R (*respond*): responda com foco na atenção *versus* “piloto automático”.
- Tarefa de casa: treino da técnica SOBER em diário de automonitoramento (2 ou 3 vezes na semana) e treino diário da meditação na posição sentada (6 ou 7 dias).

### *Quarta sessão: mindfulness em situações de alto risco*

#### OBJETIVOS

Aumentar o nível de consciência nas situações de alto risco, reconhecendo as tentações para procura e uso de álcool e outras substâncias. Praticar a convivência com sensações de desconforto ou estados emocionais negativos sem evitação ou fuga. Desenvolver estratégias para não dar respostas automáticas quando se sentir pressionado pela vontade de usar álcool ou outras substâncias. Introduzir a prática de meditar caminhando como outra forma de trazer ao nível consciente as mais variadas sensações físicas, aumentando a atenção no dia a dia.

#### AGENDA

- Acolhimento.
- Revisão da tarefa de casa.
- Meditação na posição sentada – som, respiração, sensação e pensamento: é comum, nesse momento do treinamento, que os pacientes já consigam responder de forma diferente a suas experiências com a meditação.
- Riscos individuais e comuns (ao grupo) para a recaída: deve-se solicitar aos participantes que indiquem quais são os gatilhos mais comuns que os conduzem a uma situação de risco. Podem ser utilizadas as situações anotadas no automonitoramento, e colocá-las em um quadro pode auxiliar os participantes a tornarem-se mais conscientes delas.
- Treino da prática SOBER em uma situação de desafio à mudança (o terapeuta deve dar exemplos de situações de alto risco para que os partici-

pantes percebam essas situações, avaliem seus pensamentos e não reajam simplesmente, agindo de forma a não vivenciar um estado de consciência total da situação).

- Prática da meditação caminhando: variação da técnica, porém, dessa vez, o participante focará a atenção no movimento de pés, pernas e músculos. Pode ser feita de maneira formal (em um lugar apropriado para tal) ou informal (praticando em lugares públicos, no dia a dia).
- Tarefa de casa: prática da meditação na posição sentada e também caminhando, bem como treino do exercício SOBER.

### *Quinta sessão: equilíbrio entre aceitação e mudança*

#### OBJETIVOS

Apresentar e auxiliar no desenvolvimento de uma relação diferente diante de experiências desafiadoras. Discutir o papel da aceitação no processo de mudança. Introduzir o “movimento consciente” como uma outra forma de praticar consciência e aceitação.

#### AGENDA

- Acolhimento.
- Meditação na posição sentada, seguida de reflexão.
- Revisão prática das habilidades durante a semana: o terapeuta deve ficar atento, pois os participantes tendem a repetir suas dificuldades e resistências como nas sessões anteriores. Torná-los conscientes desse fato pode ser um caminho para lidar com tais dificuldades. Aceitá-las como parte do processo também pode ajudar.
- Prática da técnica SOBER em situações de risco: deve-se verificar se os participantes têm praticado essa técnica em momentos nos quais o estresse aparece ou uma situação de risco se configura. Nessa sessão, a técnica é praticada em pares: os participantes conversam sobre situações do cotidiano em que é grande o risco para recaída; no momento em que o terapeuta percebe que as pessoas estão envolvidas na conversa, ele toca um sino, pede que parem e as conduz à reflexão com a prática da técnica. Em função do componente da relação interpessoal acrescido nesse momento, tensão, ansiedade e respostas automáticas podem surgir, permitindo que o indivíduo perceba como surgem essas sensações e como pode lidar com elas.

- Discussão sobre a importância da aceitação: é importante diferenciar aceitação e passividade, conformismo. Deve-se aceitar as limitações, aquilo que não pode ser mudado, de modo a manejar melhor tais condições.
- Movimento consciente: forma alternativa de meditação com foco na atenção para o corpo enquanto ele se move. O autocuidado pode ser evidenciado quando o participante respeita suas limitações ao mover-se. Cada participante terá seu limite respeitado. São treinadas algumas posições (4 ou 5), dependendo da habilidade do terapeuta. Após o treino, há discussão sobre os pensamentos e sentimentos que emergiram da experiência.
- Tarefa de casa: se possível, todas as habilidades aprendidas devem ser treinadas todos os dias da semana e em situações que seriam consideradas de risco para a recaída.

### *Sexta sessão: pensamentos não são fatos*

#### OBJETIVOS

Treinar a experimentação de pensamentos como meros pensamentos, ainda que só o fato de senti-los sugira que são verdadeiros. Enfatizar a importância de não cair nas “armadilhas do pensamento” e não ter a ilusão de que podem ser controlados. Discutir o ciclo da recaída e o papel dos pensamentos na perpetuação desse ciclo.

#### AGENDA

- Acolhimento.
- Meditação na posição sentada: nesse momento, o foco está justamente no aumento da consciência sobre os pensamentos que surgem durante a meditação, observando-se seu conteúdo e sua natureza. Como sons ou sensações, os pensamentos podem ser observados enquanto ocorrem, mantendo-se em contato com eles no presente. O uso de metáforas é uma ferramenta facilitadora dessa prática.
- Revisão da tarefa de casa: verificar se a meditação em movimento, como alternativa para a prática de *mindfulness*, foi agregada aos outros exercícios.
- Pensamentos e recaída.
- Ciclo da recaída: a partir dos pensamentos eliciadores de gatilhos para a recaída fornecidos pelos participantes, investigar como poderiam ser manejados de forma a não se tornarem armadilhas, principalmente reconhecendo que são apenas pensamentos e podem não refletir a realidade. Trabalhar os conceitos de lapso e recaída e como esses comportamentos dependem dos pensamentos que os antecedem.
- Treino da técnica SOBER.

- Preparação para o fim das sessões e o treino no cotidiano (tarefa de casa): encorajamento para a prática como continuidade do treinamento (tratamento). Conduta importante em terapia estruturada com um número fechado de sessões.

### *Sétima sessão: equilíbrio entre autocuidado e estilo de vida*

#### OBJETIVOS

Discutir a importância de um estilo de vida equilibrado e o autocuidado como estratégia para reduzir a vulnerabilidade para o lapso ou a recaída. Evidenciar a importância da prática de *mindfulness*, visando a manutenção desse equilíbrio. Preparar para o manejo de futuras situações de alto risco, utilizando cartões de enfrentamento.

#### AGENDA

- Acolhimento: é importante verificar, sempre no início de cada sessão, como os participantes se sentem com as técnicas aprendidas e quão viáveis elas são para eles em termos de aplicabilidade no cotidiano.
- Meditação na posição sentada – Meditação da Bondade Amorosa: a prática desse tipo de meditação cultiva tanto um coração amoroso quanto uma mente serena e calma. Essa técnica utiliza frases específicas para que o indivíduo envie amor e bondade para si, seus entes queridos, pessoas que não têm um significado especial em sua vida, pessoas que têm um significado negativo, enfim, para todos os seres e em todos os lugares.
- Revisão da prática diária (tarefa de casa).
- Apresentação dos diários de automonitoramento: essa atividade informa como os participantes do grupo estão passando seus dias, o quanto de atenção está sendo dedicada para cada atividade diária e como essas atividades estão afetando suas vidas.
- Onde começa a recaída? Essa parte da sessão objetiva evidenciar o quanto o estilo de vida adotado pelo indivíduo torna-o mais ou menos vulnerável para a recaída.
- Treino da técnica SOBER.
- Confecção de cartões de enfrentamento: os cartões contêm uma lista personalizada de motivos para manter a abstinência, estratégias mais eficazes para lidar com situações de risco, telefones de emergência e os passos da técnica SOBER.
- Tarefa de casa: os membros do grupo devem ser encorajados a criar uma rotina própria para a meditação, escolhendo a forma mais adequada a cada um e mantendo o treino durante toda a semana.

## *Oitava sessão: construção de uma rede de suporte e manutenção da prática de meditação*

### *Objetivos*

Discutir sobre a importância de uma rede de suporte como forma de reduzir o risco da recaída, mantendo a recuperação. Buscar formas de superar as barreiras para pedir ajuda, quando necessário. Refletir sobre o que foi agregado durante o treinamento e por que manter a prática aprendida. Desenvolver um plano pessoal para manter a meditação como ferramenta a ser usada no dia a dia.

### AGENDA

- Acolhimento.
- Exercício de *body scan*: nesse momento da sessão, os participantes, após a prática, são convidados a relatar como se sentem, comparando seu desempenho no início do treinamento e no momento atual (em relação à prática desse exercício específico).
- Revisão da tarefa de casa.
- A importância de uma rede de suporte: evidência do quanto uma rede de suporte social adequada ao novo estilo de vida (sobriedade) pode auxiliar na manutenção do comportamento voltado à abstinência.
- Reflexões sobre o treinamento: podem ser solicitadas por escrito, sem que os participantes se identifiquem, depois de discutidas brevemente em grupo.
- Intenções e objetivos futuros: saber quais são os sentimentos dos participantes em relação à prática futura dos exercícios aprendidos no treinamento.
- Meditação para encerramento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja vista como parte do processo de tratamento e como uma oportunidade para que o indivíduo perceba qual o caminho tomado que culminou no lapso, a recaída é um obstáculo a ser transposto e motivo de grande preocupação para os profissionais atuantes na área. Além disso, serve como um elemento favorável à aprendizagem de novas estratégias de enfrentamento.

A prevenção de recaída, um modelo teórico importante no tratamento da dependência química, tem agora uma abordagem coadjuvante: a terapia baseada em *mindfulness*, cujo objetivo é auxiliar na manutenção do processo de mudança. A prática desse modelo terapêutico procura auxiliar o paciente, por meio de exercícios de consciência plena, a identificar e evitar as armadilhas do pensamento que

indicam os caminhos para a recaída. O treino na aceitação dos pensamentos e sentimentos, sem julgamento, permite que o paciente veja como o caminho da recaída vai sendo construído, pois, no momento, não se considera se ele está pensando o que deve ou não, se poderia ou não pensar daquele jeito, se é um fracasso por ter aquele tipo de pensamento, etc. Quando o foco é esse, o percurso que antecede a recaída deixa de ter caminhos alternativos e se solidifica em uma estrada única, com um único destino. Pacientes que identificam claramente os caminhos da recaída têm uma chance maior de lidar com situações de risco parecidas no futuro, evitando optar pela mesma estrada.

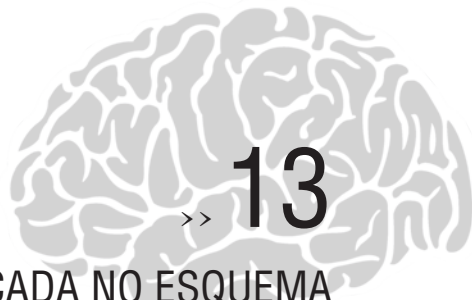
O treinamento do facilitador da terapia *mindfulness* é importantíssimo, e são altamente indicadas a vivência da prática e a especialização no manejo das técnicas.

## REFERÊNCIAS

1. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker D. Mindfulness relapsed prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cogn Psychother.* 2005;19(3):211-28.
2. Zgierska A, Rabago D, Zuelsdorff M, Coe C, Miller M, Fleming M. Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *J Addict Med.* 2008;2(3):165-73.
3. Vieten C, Astin JA, Buscemi R, Galloway GP. Development of an acceptance-based coping intervention for alcohol dependence relapse prevention. *Subst Abus.* 2010;31(2):108-16.
4. Langer EJ. *Mindfulness.* Cambridge: Da Capo; 1989.
5. Vandenberghe L, Assunção AB. Concepções de mindfulness em Langer e Kabat Zin: um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos Clínicos.* 2009;2(2):124-35.
6. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life.* New York: Hyperion; 1994.
7. Roemer L, Orsillo SM. A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação. Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2004;11(3):230-41.
9. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther.* 2007;38(1):72-85.
10. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:31-40.
11. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavioral therapy versus therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;63:757-66.
12. Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: pilot results. *Behav Res Ther.* 2006;44(3):415-37.
13. Linehan M, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:971-4.
14. Linehan M, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment



- of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2002;67(1):13-26.
15. Hunt WA, Barnett LW, Branch LG. Relapse rates in addiction programs. *J Clin Psychol.* 1971;27:455-6.
  16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV. Porto Alegre: Artmed; 1995.
  17. Polich JM, Armor DJ, Braiker HB. Stability and change in drinking patterns. In: Polich JM, Armor DJ, Braiker HB. *The course of alcoholism: four years after treatment.* New York: John Wiley & Sons; 1981. chapter 7, p. 136-68.
  18. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abus.* 2009;30(4):205-305.
  19. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(3):362-74.
  20. Bowen S, Marlatt GA. Surfing the urge: brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychol Addict Behav.* 2009;23(4):666-71.
  21. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Marlatt GA. The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and substance use. *Addict Behav.* 2007;32(10):2324-8.
  22. Brewer JA, Sinha R, Chen JA, Michalsen RN, Babuscio TA, Nich C, et al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Subst Abus.* 2009;30(4):306-17.
  23. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Chawla N, Simpson TL, Ostafin BD, et al. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychol Addict Behav.* 2006;20(3):343-7.
  24. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide.* New York: Guilford; 2011.
  25. Brach T. *How to meditate: a guide to formal sitting practice* [Internet]. [S.l.: s.n.]; 2012 [capturado 19 maio 2012]. Disponível em: [http://www.tarabrach.com/howto\\_meditate.html](http://www.tarabrach.com/howto_meditate.html).



## TERAPIA FOCADA NO ESQUEMA

Zenon Lotufo Jr.  
Lawrence P. Riso  
Francisco Lotufo Neto



### Pontos-chave

- >> O conceito de esquema desempenha um papel importante no contexto das terapias cognitivas, uma vez que esquemas mal-adaptativos podem influenciar fortemente cognições, afetos e comportamentos.
- >> Esquemas culturais podem ser mal-adaptativos e de difícil detecção, por serem generalizados e amplamente aceitos.
- >> A terapia focada no esquema para transtornos da personalidade recebeu atenção especial e sistematização por parte de Jeffrey Young e colaboradores.
- >> Sob o título de *Terapia do esquema com duplo foco (Dual-focus schema therapy)*, Samuel A. Ball propôs um programa de tratamento para dependência química que associa a terapia do esquema com os princípios da prevenção de recaída, descrita, originalmente, por Marlatt e Gordon.
- >> Outra aplicação da teoria cognitiva do esquema na terapia da dependência, apoiada por manual, foi descrita por Avants e Margolin, os quais se valeram de ideias da psicologia budista para desenvolver a terapia do esquema do *self* espiritual (spiritual self-schema therapy-3-S).

## CONCEITO DE ESQUEMA NO CONTEXTO DAS TERAPIAS COGNITIVAS

No contexto das terapias cognitivas, o conceito de esquema foi utilizado e elaborado a partir de Beck e Freeman,<sup>1</sup> estando, hoje, associado ao nome de Jeffrey Young,<sup>2,3</sup> que fez dele o centro de sua proposta terapêutica. Os primeiros definem um esquema como “estruturas cognitivas que organizam a experiência e o comportamento”,<sup>1</sup> usando o termo de forma intercambiável com “regras” e “crenças básicas”, embora esclareçam que, mais estritamente, estas se refiram ao conteúdo dos esquemas, sendo responsáveis por determinar o conteúdo do pensamento, do afeto e do comportamento. Pensamentos automáticos seriam produtos do esquema.

Para Young e colaboradores, “um esquema é um padrão imposto à realidade ou à experiência para ajudar os indivíduos a explicá-la, para mediar a percepção e para guiar suas respostas”.<sup>3</sup> Um esquema pode ser saudável ou disfuncional. Uma

vez que, do ponto de vista clínico, os esquemas prejudiciais ou mal-adaptativos são particularmente importantes, é nestes que ele se concentra, definindo-os como “um tema ou padrão amplo, difuso, formado por memórias, emoções e sensações corporais relacionado a si próprio ou aos relacionamentos com outras pessoas, desenvolvido durante a infância ou a adolescência, elaborado ao longo da vida do indivíduo e disfuncional em nível significativo”.<sup>3</sup> Essa definição evidencia que os esquemas se estruturam, em geral, durante estágios iniciais da vida, e, por isso, Young e colaboradores os intitulam *esquemas mal-adaptativos precoces* (*early maladaptive schemas*), advertindo que é a eles que está se referindo em seus textos quando utiliza o termo *esquemas*.<sup>3</sup> Convém observar que, de acordo com essa definição, os comportamentos desadaptativos resultam dos esquemas: são respostas a eles, mas não parte integrante deles.

Exemplos de esquemas identificados por Young e colaboradores incluem *abandono* (a instabilidade ou impossibilidade de confiar nas pessoas disponíveis para apoio e vínculo), *defeito* (crer ser possuidor de alguma deficiência, ser ruim ou mau, e que, se isso for descoberto, provocará rejeição ou impossibilidade de ser amado) e *fracasso* (a crença de que se está fadado ao fracasso, e que os colegas o acham inadequado). Em contraste ao conceito de transtorno da personalidade, o conceito de esquemas deriva da psicologia cognitiva, das teorias do desenvolvimento cognitivo e do vínculo, e não da tradição da nomenclatura psiquiátrica operacional e da psicopatologia descritiva. Além disso, os esquemas são dimensionais e não categóricos e mais cognitivo-afetivos do que comportamentais. Ao contrário dos transtornos da personalidade, a teoria do esquema coloca uma forte ênfase nas diferentes possibilidades de variação nos níveis de ativação do esquema.

## OBSTÁCULOS À PERCEPÇÃO DOS ESQUEMAS

Em grande medida, a força de um esquema e a consequente resistência à mudança reside no fato de que não é fácil para o indivíduo se dar conta de que:

1. em geral, o modo como percebe a si mesmo, os demais e o mundo é distorcido por suas crenças;
2. aquilo que realmente lhe acontece é, até certo ponto, causado pelas expectativas decorrentes de tais crenças.

Demonstrar ao paciente como isso ocorre pode ser elemento importante no processo terapêutico, ajudando-o a compreender o quanto ideias falsas podem influenciar o curso de sua vida. Nesse sentido, vale a pena ter em mente os seguintes pontos:

- As crenças ou os esquemas que mais influenciam o destino de um indivíduo são adquiridos em momentos da infância, em que é obviamente impossível exercer algum tipo de atividade crítica. Eles são introjetados de vários

modos em decorrência das atitudes dos cuidadores da criança, sobretudo pela forma como a tratam e em decorrência da modelagem.

- De maneira especial, mas não exclusivamente, nos relacionamentos interpessoais, os esquemas funcionam como profecias autorrealizadoras.

A função de grande parte do nosso conhecimento é permitir previsões sobre nosso próprio comportamento, sobre o de outros e sobre o ambiente físico em que vivemos. Evidentemente, essa capacidade de previsão desempenhou e ainda desempenha papel importante na adaptação e na sobrevivência do indivíduo e da espécie. No entanto, assim como outras capacidades humanas, essa previsão pode se tornar bastante disfuncional quando mudam as circunstâncias em que tiveram utilidade. Assim, as expectativas de um indivíduo sobre como será tratado pelos outros levam-no a adotar atitudes e comportamentos (p. ex., retraídos demais, desconfiados ou agressivos) que, sem que ele perceba, tendem a induzir as outras pessoas a tratarem-no como ele esperava, resultado que reforçará suas crenças disfuncionais. Coisa semelhante pode acontecer com a utilização de seus recursos pessoais: a crença falsa de que é pouco inteligente, possivelmente gerada por fatores que não se relacionam com a posse ou não de capacidade intelectual, tenderá a produzir desestímulo, desmotivação e até inibições quanto a se empenhar em aprender e/ou realizar determinadas tarefas. Resultados negativos confirmarão, então, o que era esperado, fortalecendo a crença na incapacidade.<sup>4</sup>

Por isso, é comum que, ao ser questionado sobre em que se baseia para afirmar algo depreciativo sobre suas próprias habilidades ou sobre as atitudes de outros para com ele, o indivíduo responda que se trata de evidência indiscutível produzida por incontáveis experiências.

## ESQUEMAS CULTURAIS

Crenças compartilhadas pela maioria das pessoas que fazem parte de determinada cultura podem afetar de forma negativa seus integrantes, sem que eles percebam que tais crenças podem ser prejudiciais e falsas, (um problema que pode atingir também muitos terapeutas). A seguir, serão exemplificados dois desses esquemas característicos da cultura ocidental: a paixão romântica e a imagem da divindade.

Do conjunto de crenças que filmes, romances e telenovelas difundem, de forma patente ou implícita, podem ser destacadas as seguintes:

- A paixão romântica é algo que acontece a uma pessoa sem que ela tenha controle sobre isso.
- Uma vez encontrada a pessoa certa ou “alma gêmea”, tudo o mais se acertará na vida.
- Se desaparecer a paixão romântica, não haverá mais nenhuma razão para manter um relacionamento afetivo.

Para Denis de Rougemont, filósofo suíço, os aspectos negativos dessa forma de sentimento podem ser resumidos como: o sentimento se alimenta da distância e das dificuldades, a proximidade e a convivência diária são incompatíveis com ele; é narcisístico, uma vez que as sensações intensas que desperta interessam mais ao indivíduo do que a pessoa real do(a) amado(a), ou seja, importa mais estar apaixonado do que amar.<sup>5\*</sup> É interessante notar que a preferência de um indivíduo por histórias que divulgam essas formas romantizadas e idealizadas de amor tem sido associada a maiores dificuldades em estabelecer relações afetivas estáveis e satisfatórias.<sup>9</sup>

Outro esquema cultural que costuma ser disfuncional se refere à imagem de Deus. Pesquisadores em psicologia da religião distinguem o conceito de Deus, constituído por ideias aprendidas em livros e organizações religiosas, da imagem de Deus, conjunto de crenças associadas a emoções – sobretudo medo – e que resulta, por um lado, do tipo de relacionamento que se teve com os pais e, por outro, de elementos presentes na cultura. Essa imagem afeta pessoas religiosas, mas também pode influenciar indivíduos agnósticos ou ateus na medida em que integra o ambiente cultural em que eles vivem.<sup>\*\*</sup>

São inúmeros os fatores que inibem a abordagem do tema, seja em situações de consultório, seja em estudos teóricos. Provavelmente, um desses fatores tenha a ver com o fato de que um grande número de pesquisas relaciona de forma positiva a religiosidade com a saúde mental.<sup>\*\*\*</sup> Essa relação positiva é encontrada mesmo quando se focalizam formas conservadoras de religião, ou seja, aquelas que estão associadas com mais frequência à imagem de um Deus severo e punitivo, fazendo parecer desnecessário encarar a imagem de Deus como esquema mal-adaptativo. No entanto, as consequências desse esquema podem se manifestar não por patologias descritas nos manuais de diagnóstico, mas em algo mais sutil, que poderíamos chamar de *empobrecimento da personalidade*: a mente do indivíduo abdica da autonomia, torna-se impermeável a novas ideias e receptiva a preconceitos, seus princípios morais se tornam rígidos e, muitas vezes, destituídos de compaixão.<sup>\*\*\*\*</sup>

## ORIGEM DOS ESQUEMAS

Além de uma possível predisposição genética, Young teoriza que os esquemas se originam de tentativas de adaptação à frustração de cinco necessidades básicas e universais da criança:<sup>3</sup>

\* Outros estudos críticos sobre a paixão romântica podem ser lidos em From,<sup>6</sup> May<sup>7</sup> e Ben-Ze'ev e Goussinsky.<sup>8</sup>

\*\* Estudos acadêmicos sobre o tema tiveram origem com o livro *O nascimento do Deus vivo* de Ana Maria Rizutto,<sup>10</sup> psicóloga argentina radicada nos Estados Unidos. Abordagens mais recentes podem ser encontradas em Moriarty e Hoffman;<sup>11</sup> Hoffman;<sup>12</sup> Cheston e colaboradores.<sup>13</sup> Zenon Lotufo Jr. discute as consequências psicológicas e espirituais da imagem de Deus.<sup>14</sup>

\*\*\* Ver, por exemplo, Koenig;<sup>15</sup> Lotufo Neto e colaboradores;<sup>16</sup> Ellens.<sup>17</sup>

\*\*\*\* Essa tese é defendida por Lotufo Jr. e Lotufo Neto.<sup>18</sup>

1. Vínculos seguros com outros indivíduos (inclui segurança, estabilidade, cuidado e aceitação).
2. Autonomia, competência e sentido de identidade.
3. Liberdade de expressão, necessidades e emoções validadas.
4. Espontaneidade e lazer.
5. Limites realistas e autocontrole.

Uma vez que a criança não dispõe de recursos para superar de forma construtiva essas frustrações, as estratégias que utiliza, embora possam ser de alguma ajuda no momento, revelam-se, com o correr do tempo, disfuncionais ou mal-adaptativas. As intervenções terapêuticas, então, constituem meios dirigidos com o objetivo de possibilitar aos pacientes formas adaptativas de satisfazer suas necessidades emocionais fundamentais.

## DOMÍNIOS DE ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOCES

Considerando-se o tipo de necessidade frustrada e o modo como o respectivo esquema mal-adaptativo precoce sabota a satisfação dessas necessidades, Young postula a existência de 18 esquemas agrupados, para finalidades heurísticas, em cinco categorias ou “domínios de esquemas”:

- **Domínio I – Desconexão e rejeição.** Os esquemas desse domínio envolvem frustração das necessidades de segurança, estabilidade, cuidados, empatia, aceitação e respeito.
- **Domínio II – Autonomia e desempenho prejudicados.** Reúne esquemas relacionados a necessidades de autonomia e competência.
- **Domínio III – Limites prejudicados.** Relaciona-se com esquemas ligados a deficiências em limites internos, responsabilidade para com outros ou dificuldades com objetivos de longo prazo.
- **Domínio IV – Direcionamento para o outro.** Abrange esquemas que têm em comum o foco excessivo nos desejos, nos sentimentos e nas reações dos outros, em detrimento às próprias necessidades.
- **Domínio V – Supervigilância e inibição.** Reúne esquemas que levam à supressão de sentimentos e impulsos espontâneos e ao apego rígido a regras internalizadas.

## ESTILOS E RESPOSTAS DE ENFRENTAMENTO MAL-ADAPTATIVAS

Conforme o que foi dito, segundo Young, é preciso distinguir o esquema em si e as estratégias ou os estilos utilizados para enfrentá-lo, estilos que podem ser classificados em três grupos: *hipercompensação*, *evitação* e *resignação*.

O estilo de enfrentamento *evitativo*, ou de *esquiva*, envolve um modo de organizar a vida de forma que o esquema nunca seja ativado; o indivíduo cria uma espécie de zona de conforto mental dentro da qual se sente protegido de tudo o que se refere ao esquema e aos sentimentos disfóricos que ele produz. Evidentemente, o resultado é que a vida do sujeito vai ficando limitada em diversos aspectos importantes. Convém acrescentar que, além de se refugiar mentalmente dentro dessa “bolha” protetora, o indivíduo pode recorrer a estratégias que evitam os sentimentos do esquema por meio de atividades que desviam a atenção, como beber em excesso, usar substâncias, fazer sexo promíscuo, etc.

O estilo *hipercompensador* implica tentativas de enfrentamento do esquema buscando uma direção oposta à que ele comanda, tendo como resultado, geralmente, um comportamento excessivo, insensível e improdutivo, na medida em que parte dos recursos empenhados na luta por se mostrar autoconfiante, superior, forte ou competente é retirada de áreas fundamentais para o bem-estar emocional. É comum, portanto, que, embora obtendo êxito em seus objetivos hipercompensadores, os indivíduos sintam-se intimamente isolados e infelizes.

No estilo de *resignação*, o indivíduo entrega-se passivamente a suas crenças disfuncionais e aos sentimentos que elas provocam, chegando, com frequência, a procurar situações que se assemelham àquelas de que foi vítima na infância, de forma que vivencia as mesmas emoções disfóricas que o fizeram sofrer. Alguns autores consideram essa estratégia de difícil compreensão,<sup>19</sup> no entanto Lotufo Jr. e Lotufo Neto sugerem que ela se trata de uma tentativa inconsciente de lançar culpa sobre aqueles de quem a pessoa se considera vítima.<sup>20,21</sup>

## MODOS

O conceito de modos foi introduzido na terapia do esquema para designar o estado emocional predominante, os esquemas e as reações de enfrentamento que estão ativas no indivíduo em um determinado momento. Diferentemente dos esquemas, os modos são estados transitórios.

## Estratégias terapêuticas

Terapeutas do esquema utilizam uma variedade de técnicas, como a imaginação dirigida, o diálogo consigo mesmo trocando de cadeiras e o registro de diário, práticas muito empregadas nas terapias cognitivo-comportamentais (TCCs). Ganharão destaque aqui, pela importância que lhes é atribuída por Young e outros autores dessa mesma linha, dois instrumentos: a *reparentalização limitada* e a *confrontação*

*empática*.<sup>\*</sup> Reparentalização limitada compreende o desenvolvimento de um tal relacionamento entre paciente e terapeuta, fazendo com que este desempenhe um papel significativo na satisfação das necessidades básicas daquele, cuja frustração, de acordo com a teoria do esquema, está na origem dos problemas do indivíduo. Trata-se, evidentemente, de uma atuação “limitada”, pois o terapeuta sempre deve saber até que ponto pode ir sem prejudicar o paciente. Já na confrontação empática, outro pilar da terapia do esquema, o terapeuta confronta os comportamentos e cognições mal-adaptativos do paciente de forma não julgadora, em atitude moralmente neutra. Nesse contexto, considera-se útil a formulação de perguntas que convidam o paciente a avaliar, em conjunto com o terapeuta, a propriedade ou não de suas manifestações mal-adaptativas.

Young e colaboradores<sup>22</sup> consideram importante também a educação do paciente no que se refere aos conceitos da terapia do esquema; a obra *Reinventing your life*, de autoria de Jeffrey Young e Janet Klosko,<sup>22</sup> ainda não publicada no Brasil, é, com frequência, indicada aos pacientes para esse fim.

A seguir, ao abordar o uso da terapia do esquema com duplo foco no tratamento da dependência química, serão dados mais detalhes de algumas das estratégias utilizadas no contexto da terapia do esquema.

## O uso de inventários

A avaliação mais completa possível dos problemas do paciente e de seus objetivos na terapia é o passo inicial do processo. Evidentemente, as entrevistas iniciais são muito importantes no estabelecimento de vínculos que, no contexto da terapia do esquema, devem evoluir de forma moderada, do simples contato profissional-cliente para uma relação pessoa-pessoa, o que influirá no êxito da reparentalização limitada.

Em um segundo momento, são utilizados inventários destinados à identificação dos esquemas do paciente, que são instrumentos indispensáveis para a condução do processo terapêutico. Provavelmente, o questionário mais utilizado entre os profissionais, no contexto da terapia do esquema, seja o *Questionário de esquemas de Young* (forma longa, 2ª edição), que figura no apêndice do livro *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade – uma abordagem focada no esquema*, de Jeffrey

---

<sup>\*</sup> O termo *reparenting* tem sido traduzido por *reparação parental*. Aqui, contudo, prefere-se usar *reparentalização*, tendo em vista que a palavra, embora não conste nos dicionários da língua, já circula há algum tempo em ambientes e textos psicológicos. Além do mais, a ideia contida na expressão *reparentalizar* é mais radical do que a envolvida em *reparação parental*, aproximando-se mais da ideia original.



Young.\* Na mesma obra, também no apêndice, consta um guia do cliente para a terapia focada no esquema, que traz uma breve explicação sobre a terapia dos esquemas e descreve, em poucas palavras, cada um deles. Outra opção é o Questionário de crenças pessoais, de Aaron T. Beck e Judith S. Beck,<sup>23\*\*</sup> reproduzido a seguir (Quadro 13.1), seguido de uma tabela relacionando sintomas de transtornos da personalidade com esquemas mal-adaptativos precoces e problemas interpessoais (Tab. 13.1).

## TERAPIA DO ESQUEMA PARA ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

De todos os diagnósticos psiquiátricos, os problemas com uso de substâncias são os associados com maior frequência a transtornos da personalidade.<sup>25-27</sup> Os mais comuns são o antissocial, o *borderline*, o de esQUIVA e o paranoide. Pacientes que apresentam a comorbidade uso de substâncias/transtornos da personalidade têm sintomas de dependência mais graves, respondem pior ao tratamento e apresentam taxas maiores de recaída.<sup>28-32</sup> Além disso, têm problemas em outras áreas, o que inclui maior risco de tentativas de suicídio, maior chance de cometerem abuso físico, mais desemprego, problemas com a justiça e maior risco de contaminação por HIV.<sup>33,34</sup>

Por tais razões, é muito importante considerar a existência desses transtornos associados na prática da terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento da dependência química. Indivíduos com transtornos da personalidade apresentam fortes crenças e comportamentos disfuncionais, dificuldades emocionais e problemas interpessoais que não são diretamente abordados na maioria dos tratamentos específicos para abuso de substâncias. Duas são as dificuldades na abordagem dos transtornos da personalidade comórbidos. A primeira está relacionada a problemas na sua classificação. Há 10 transtornos da personalidade diferentes no DSM-IV, com considerável sobreposição entre eles, o que torna difícil o desenvolvimento de tratamentos baseados em evidência para cada um deles. A segunda dificuldade é que isso pode afastar o objetivo principal, que é reduzir a dependência dos pacientes de álcool ou outras substâncias.

## TERAPIA DO ESQUEMA COM DUPLO FOCO

Samuel Ball<sup>36</sup> propõe um programa de tratamento com foco duplo para os transtornos da personalidade e para os problemas com álcool ou outras substâncias.

---

\* Publicado em 3ª edição pela Artmed em 2003.

\*\* Esse questionário consta também de Leahy,<sup>24</sup> de onde reproduzimos aqui, com permissão.

# >> QUADRO 13.1

## Questionário de crenças pessoais

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Por favor, leia as afirmações abaixo e avalie *quanto acredita em cada uma delas*. Tente estimar como você se sente sobre cada afirmação *a maior parte do tempo*.



Exemplo	Quanto você acredita nisso?				
	4	3	2	1	0
	Total-mente	Muito	Moderadamente	Um pouco	Nem um pouco
1. O mundo é um lugar perigoso. (Por favor, faça um círculo)					
1. Sou socialmente inapto e indesejável em situações sociais ou de trabalho.	4	3	2	1	0
2. As outras pessoas são potencialmente críticas, indiferentes, humilhantes ou rejeitadoras.	4	3	2	1	0
3. Não consigo tolerar sentimentos desagradáveis.	4	3	2	1	0
4. Se as pessoas se aproximarem de mim, irão descobrir meu eu “verdadeiro” e me rejeitarão.	4	3	2	1	0
5. Ser exposto como inferior ou inadequado será intolerável.	4	3	2	1	0
6. Eu deveria evitar situações desagradáveis a todo custo.	4	3	2	1	0
7. Se eu sentir ou pensar algo desagradável, deveria tentar apagá-lo ou me distrair (p. ex., pensar em outra coisa, tomar um drinque, me drogar ou assistir à televisão).	4	3	2	1	0
8. Eu deveria evitar situações nas quais atraia atenção ou ser tão discreto quanto possível.	4	3	2	1	0
9. Sentimentos desagradáveis irão intensificar-se e ficar fora de controle.	4	3	2	1	0
10. Se outros me criticam, eles devem estar certos.	4	3	2	1	0

(continua)

>> QUADRO 13.1

**Questionário de crenças pessoais** (*continuação*)

	Total- mente	Muito	Moder- damente	Um pouco	Nem um pouco
11. É melhor não fazer nada do que tentar algo que possa não dar certo.	4	3	2	1	0
12. Se não penso sobre um problema, não tenho de fazer nada a respeito.	4	3	2	1	0
13. Quaisquer sinais de tensão em um relacionamento indicam que ele vai mal; portanto, eu poderia tentar rompê-lo.	4	3	2	1	0
14. Se eu ignorar um problema, ele desaparecerá.	4	3	2	1	0
15. Sou carente e fraco.	4	3	2	1	0
16. Preciso de alguém por perto o tempo todo para me ajudar a fazer o que preciso ou no caso de algo ruim acontecer.	4	3	2	1	0
17. A pessoa que cuida de mim pode ser estimulante, incentivadora e confidente – se quiser ser.	4	3	2	1	0
18. Fico indefeso quando sou deixado por conta própria.	4	3	2	1	0
19. Sou basicamente solitário – a menos que possa me vincular a uma pessoa mais forte.	4	3	2	1	0
20. A pior coisa possível seria ser abandonado.	4	3	2	1	0
21. Se não sou amado, serei sempre infeliz.	4	3	2	1	0
22. Não devo fazer nada que ofenda quem me apoia ou me ajuda.	4	3	2	1	0
23. Devo ser subserviente para manter sua boa vontade.	4	3	2	1	0
24. Devo preservar o acesso a ele ou ela o tempo todo.	4	3	2	1	0
25. Devo cultivar um relacionamento tão íntimo quanto possível.	4	3	2	1	0
26. Não consigo tomar decisões por conta própria.	4	3	2	1	0
27. Não consigo lidar com as coisas da mesma forma que os outros.	4	3	2	1	0
28. Preciso que outros me ajudem a tomar decisões ou me digam o que fazer.	4	3	2	1	0
29. Sou autossuficiente, mas preciso de outras pessoas que me ajudem a alcançar meus objetivos.	4	3	2	1	0

(*continua*)

## &gt;&gt; QUADRO 13.1

**Questionário de crenças pessoais** (*continuação*)

	Total- mente	Muito	Moder- adamente	Um pouco	Nem um pouco
30. A única maneira pela qual posso preservar meu autorrespeito é me afirmando indiretamente; por exemplo, não seguindo exatamente as instruções.	4	3	2	1	0
31. Gosto de estar vinculado a pessoas, mas não me disponho a pagar o preço de ser dominado.	4	3	2	1	0
32. Figuras de autoridade tendem a ser invasivas, exigentes, intrometidas e controladoras.	4	3	2	1	0
33. Tenho de resistir à dominação das autoridades, mas, ao mesmo tempo, manter sua aprovação e aceitação.	4	3	2	1	0
34. Ser controlado ou dominado pelos outros é intolerável.	4	3	2	1	0
35. Tenho de fazer as coisas do meu jeito.	4	3	2	1	0
36. Estabelecer prazos, cumprir exigências e me conformar representam ataques diretos a meu orgulho e autossuficiência.	4	3	2	1	0
37. Se seguir as regras da maneira que as pessoas esperam, isso irá inibir minha liberdade de ação.	4	3	2	1	0
38. É melhor não expressar minha raiva diretamente, mas mostrar minha insatisfação não me conformando.	4	3	2	1	0
39. Sei o que é melhor para mim, e os outros não devem me dizer o que fazer.	4	3	2	1	0
40. As regras são arbitrárias e me sufocam.	4	3	2	1	0
41. As outras pessoas são com frequência demasiadamente exigentes.	4	3	2	1	0
42. Se considero as pessoas muito mandonas, tenho o direito de desconsiderar suas exigências.	4	3	2	1	0
43. Sou totalmente responsável por mim e pelos outros.	4	3	2	1	0
44. Tenho de depender de mim para que as coisas sejam feitas.	4	3	2	1	0
45. Os outros tendem a ser muito casuais, frequentemente irresponsáveis, autoindulgentes ou incompetentes.	4	3	2	1	0

*(continua)*

## &gt;&gt; QUADRO 13.1

**Questionário de crenças pessoais** (*continuação*)

	Total- mente	Muito	Moder- damente	Um pouco	Nem um pouco
46. É importante ser perfeito em tudo que faço.	4	3	2	1	0
47. Preciso de ordem, sistemas e regras para realizar um trabalho adequado.	4	3	2	1	0
48. Se não tiver sistemas, tudo vai desmoronar.	4	3	2	1	0
49. Qualquer imperfeição ou falha no desempenho pode levar a uma catástrofe.	4	3	2	1	0
50. É necessário se ater aos padrões mais elevados o tempo todo, ou as coisas vão desmoronar.	4	3	2	1	0
51. Preciso ter o controle completo de minhas emoções.	4	3	2	1	0
52. As pessoas deveriam fazer as coisas a minha maneira.	4	3	2	1	0
53. Se eu não tiver um desempenho no nível mais elevado, vou fracassar.	4	3	2	1	0
54. Desvios, defeitos ou erros são intoleráveis.	4	3	2	1	0
55. Os detalhes são extremamente importantes.	4	3	2	1	0
56. Meu jeito de fazer as coisas é geralmente o melhor.	4	3	2	1	0
57. Tenho que cuidar de mim mesmo.	4	3	2	1	0
58. A melhor maneira de conseguir as coisas é por meio da força ou astúcia.	4	3	2	1	0
59. Vivemos em uma selva, e o mais forte é quem sobrevive.	4	3	2	1	0
60. As pessoas vão me pegar se não pegá-las primeiro.	4	3	2	1	0
61. Não é importante cumprir promessas ou honrar dívidas.	4	3	2	1	0
62. É certo mentir e trapacear, desde que você não seja pego.	4	3	2	1	0
63. Fui tratado injustamente e tenho o direito a minha justa parcela por quaisquer meios que consiga.	4	3	2	1	0
64. Os outros são fracos e merecem ser excluídos.	4	3	2	1	0
65. Se eu não pressionar outras pessoas, serei pressionado.	4	3	2	1	0
66. Eu devo fazer qualquer coisa para me safar.	4	3	2	1	0

(continua)

## &gt;&gt; QUADRO 13.1

**Questionário de crenças pessoais** (*continuação*)

	Total- mente	Muito	Moder- damente	Um pouco	Nem um pouco
67. O que os outros pensam de mim realmente não importa.	4	3	2	1	0
68. Se quero alguma coisa, devo fazer tudo para consegui-la.	4	3	2	1	0
69. Consigo me safar, então não preciso me preocupar com as consequências negativas.	4	3	2	1	0
70. Se as pessoas não conseguem cuidar de si mesmas, isso é problema delas.	4	3	2	1	0
71. Sou uma pessoa muito especial.	4	3	2	1	0
72. Como sou tão superior, tenho o direito a tratamento e privilégios especiais.	4	3	2	1	0
73. Não tenho de me ater às regras que se aplicam aos outros.	4	3	2	1	0
74. É muito importante ter reconhecimento, receber elogios e ser admirado.	4	3	2	1	0
75. Se os outros não respeitam meu <i>status</i> , devem ser punidos.	4	3	2	1	0
76. Os outros deveriam satisfazer minhas necessidades.	4	3	2	1	0
77. Os outros deveriam reconhecer o quanto sou especial.	4	3	2	1	0
78. É intolerável se não me dão o devido respeito ou se não tenho o que me é de direito.	4	3	2	1	0
79. Os outros não merecem a admiração ou a riqueza que possuem.	4	3	2	1	0
80. As pessoas não têm o direito de me criticar.	4	3	2	1	0
81. As necessidades de ninguém deveriam interferir nas minhas.	4	3	2	1	0
82. Já que sou tão talentoso, as pessoas deveriam dar um jeito de promover minha carreira.	4	3	2	1	0
83. Só pessoas tão brilhantes quanto eu me compreendem.	4	3	2	1	0
84. Tenho todas as razões para esperar coisas grandiosas.	4	3	2	1	0
85. Sou uma pessoa interessante e excitante.	4	3	2	1	0

*(continua)*

## &gt;&gt; QUADRO 13.1

**Questionário de crenças pessoais** (*continuação*)

	Total- mente	Muito	Moder- damente	Um pouco	Nem um pouco
86. Para ser feliz preciso que outras pessoas prestem atenção em mim.	4	3	2	1	0
87. A menos que entretenha ou impressione as pessoas, não sou nada.	4	3	2	1	0
88. Se não conseguir manter os outros envolvidos comigo, eles não vão gostar de mim.	4	3	2	1	0
89. A maneira de conseguir o que quero é impressionando ou divertindo as pessoas.	4	3	2	1	0
90. Se as pessoas não reagem de forma muito positiva em relação a mim, elas não prestam.	4	3	2	1	0
91. É terrível ser ignorado.	4	3	2	1	0
92. Devo ser o centro das atenções.	4	3	2	1	0
93. Não preciso me incomodar em pensar nas coisas — posso seguir conforme meu “pressentimento”.	4	3	2	1	0
94. Se mantiver as pessoas entretidas, elas não vão perceber minha fraqueza.	4	3	2	1	0
95. Não consigo tolerar o tédio.	4	3	2	1	0
96. Se tenho vontade de fazer algo, devo ir em frente e fazê-lo.	4	3	2	1	0
97. As pessoas vão prestar atenção em mim somente se eu agir de maneiras extremas.	4	3	2	1	0
98. Sentimentos e intuição são muito mais importantes que pensamento e planejamento racionais.	4	3	2	1	0
99. Não importa o que as outras pessoas pensam de mim.	4	3	2	1	0
100. É importante para mim ser livre e não depender dos outros.	4	3	2	1	0
101. Gosto mais de fazer as coisas sozinho do que com outras pessoas.	4	3	2	1	0
102. Em muitas situações fico melhor sozinho.	4	3	2	1	0
103. Não sou influenciado pelos outros naquilo que decido fazer.	4	3	2	1	0
104. Relacionamentos íntimos não são importantes para mim.	4	3	2	1	0
105. Estabeleço meus próprios padrões e objetivos.	4	3	2	1	0

*(continua)*

>> QUADRO 13.1

**Questionário de crenças pessoais** (*continuação*)

	Total- mente	Muito	Modera- damente	Um pouco	Nem um pouco
106. Minha privacidade é muito mais importante do que a proximidade com outras pessoas.	4	3	2	1	0
107. O que outras pessoas pensam não me importa.	4	3	2	1	0
108. Posso dar conta das coisas sozinho, sem a ajuda de ninguém.	4	3	2	1	0
109. É melhor estar sozinho do que ficar preso às outras pessoas.	4	3	2	1	0
110. Não devo confiar nos outros.	4	3	2	1	0
111. Posso usar os outros para meus propósitos desde que não fique envolvido com eles.	4	3	2	1	0
112. Os relacionamentos são confusos e interferem na liberdade.	4	3	2	1	0
113. Não posso confiar nos outros.	4	3	2	1	0
114. Os outros têm razões ocultas.	4	3	2	1	0
115. Os outros tentarão me usar ou manipular se eu não tomar cuidado.	4	3	2	1	0
116. Preciso estar alerta o tempo todo.	4	3	2	1	0
117. Não é seguro confiar nos outros.	4	3	2	1	0
118. Se as pessoas agirem amigavelmente, podem estar tentando me usar ou me explorar.	4	3	2	1	0
119. As pessoas se aproveitarão de mim se eu lhes der a chance.	4	3	2	1	0
120. Na maioria das vezes, os outros são hostis.	4	3	2	1	0
121. As pessoas tentarão deliberadamente me diminuir.	4	3	2	1	0
122. Com frequência as pessoas deliberadamente procuram me aborrecer.	4	3	2	1	0
123. Terei sérios problemas se deixar escapar impunemente quem me maltrata.	4	3	2	1	0
124. Se os outros descobrirem coisas a meu respeito, vão usá-las contra mim.	4	3	2	1	0
125. As pessoas geralmente dizem uma coisa, mas pensam outra.	4	3	2	1	0
126. A pessoa de quem sou próximo pode ser desleal ou infiel.	4	3	2	1	0

(*continua*)



## &gt;&gt; QUADRO 13.1

**Questionário de crenças pessoais** (*continuação*)

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data da aplicação: \_\_\_\_\_  
Avaliado por: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Escala do QCP		Escore bruto		Escore-Z		Escore-Z dos grupos de comparação	
						Pacientes com transtorno da personalidade correspondente	Pacientes sem transtorno da personalidade
Esquivo	Soma dos itens 1-14	= ____	(Escore bruto – 18,8)/10,9	= ____	0,62		-0,69
Dependente	Soma dos itens 15-28	= ____	(Escore bruto – 18,0)/11,8	= ____	0,83		-0,49
Passivo-agressivo	Soma dos itens 29-42	= ____	(Escore bruto – 19,3)/10,5	= ____	Sem dados		-0,38
Obsessivo-compulsivo	Soma dos itens 43-56	= ____	(Escore bruto – 22,7)/11,5	= ____	0,31		-0,51
Antissocial	Soma dos itens 57-70	= ____	(Escore bruto – 9,3)/6,8	= ____	0,31		-0,18
Narcisista	Soma dos itens 71-84	= ____	(Escore bruto – 10,0)/7,6	= ____	1,10		-0,38
Histriônico	Soma dos itens 85-98	= ____	(Escore bruto – 14,0)/9,3	= ____	Sem dados		-0,29
Esquizoide	Soma dos itens 99-112	= ____	(Escore bruto – 16,3)/8,6	= ____	Sem dados		-0,14
Paranoide	Soma dos itens 113-126	= ____	(Escore bruto – 14,6)/11,3	= ____	0,51		-0,55
Limítrofe ou <i>borderline</i>	Soma dos itens 4, 9, 13, 15, 16, 18, 27, 60, 97, 113, 116, 119, 125 e 126	= ____	(Escore bruto – 15,8)/10,5	= ____	0,77		-0,65

*Obs:* Os escores-Z são baseados em uma amostra de 756 pacientes ambulatoriais psiquiátricos com diagnósticos mistos.  
Fonte: Beck e Beck.<sup>23</sup>

Trata-se de uma forma de TCC integrada, projetada para melhorar o tratamento de pacientes envolvidos com abuso de substâncias e transtornos da personalidade. Ela representa uma integração da terapia do esquema, desenvolvida por Jeffrey Young

&gt;&gt; TABELA 13.1

**Sintomas de transtornos da personalidade correlacionados com esquemas mal-adaptativos precoces e problemas interpessoais**

<b>Transtorno da personalidade</b>	<b>Dependente</b>	<b>Esquemas mal-adaptativos precoces</b>
Paranoide	Obsessivo-compulsivo	Desconfiança-abuso
Esquizoide	Problemas interpessoais	Desconfiança-abuso Isolamento social
Esquizotípica	Dominador Vingativo	Desconfiança-abuso Isolamento social
Antissocial	Socialmente evitativo	Desconfiança-abuso
<i>Borderline</i>	Dominador	Vulnerabilidade a danos Inibição emocional
Histriônica	Dominador Vingativo Frio Explorável (mais baixo)	Abandono Desconfiança-abuso
Narcisista Evitativa	Socialmente evitativo	Desconfiança-abuso Isolamento social
Subjugação	Superassertividade	Dependência-incompetência
Abandono Dependência-incompetência Subjugação	Explorável	Padrões inflexíveis
Autossacrifício (mais baixo)	Explorável Excessivamente cuidador	Explorável (mais baixo)

Fonte: Ball.<sup>35</sup>

e colaboradores,<sup>3,37</sup> com os princípios da prevenção de recaída, originalmente descrita por Marlatt e Gordon<sup>38</sup> e, depois, modificada por Carroll.<sup>39</sup>

Um corpo crescente de evidências<sup>40,41</sup> apoia a noção de que os esquemas podem ser latentes ou ativos. Uma vez ativado por um estado de humor negativo, uma lembrança dolorosa ou um evento estressante, o esquema pode dominar a consciência e influenciar profundamente o humor, as cognições e os comportamentos.

A terapia do esquema com duplo foco (TEDF) incorpora a teoria do esquema de Young e colaboradores<sup>3,37</sup> para entender e tratar o abuso de substâncias.

Segundo a teoria, pessoas com problemas de uso de substâncias e transtornos da personalidade apresentam algum esquema precoce inadequado que está na origem de ambos os problemas. A ativação desses esquemas disfuncionais precoces conduz a estratégias para evitar ou compensar o esquema, provocando o abuso de substâncias.<sup>36,42</sup> Outros componentes da TEDF são a tradicional prevenção de recaída e o desenvolvimento de técnicas para lidar com os sintomas, que incluem a construção de competências para a resolução de conflitos, o trato com o afeto negativo e com os impulsos para usar álcool ou outras substâncias. As estratégias para prevenção de recaída são integradas com a abordagem dos esquemas ao longo do tratamento. O automonitoramento, a resolução de problemas e o lidar com as emoções e os conflitos interpessoais são utilizados para tratar tanto a dependência quanto os esquemas inadequados. A análise funcional é usada para entender melhor o uso de substâncias e os eventos que acionam os esquemas disfuncionais. Apesar de a TEDF buscar a integração por meio do foco duplo, os terapeutas podem mudar a abordagem e tratar um sintoma específico ou focar apenas a prevenção de recaída, se isso for considerado clinicamente necessário.

A TEDF acontece em duas etapas. Na primeira (dois primeiros meses), o trabalho de prevenção de recaída é integrado com a avaliação e com a psicoeducação sobre os esquemas e estilos de enfrentamento. Durante essa fase, a abstinência ou a redução do uso de substâncias é iniciada, e desenvolve-se uma conceituação dos problemas. É importante estabelecer uma forte aliança terapêutica – o duplo foco na dependência e no funcionamento da personalidade dos pacientes foi elaborado para esse fim. Os esquemas mal-adaptativos formados na infância podem ser avaliados por meio de entrevista clínica ou do *Questionário de esquemas de Young* (há um questionário mais curto e de leitura mais fácil, com 75 itens, denominado *Early maladaptive schema questionnaire – research version*, desenvolvido por Ball<sup>35</sup> para reduzir o esforço exigido ou para aqueles com menor nível de escolaridade ou algum comprometimento intelectual). Ambas as versões apresentam boas propriedades psicométricas em termos da estrutura fatorial e confiabilidade (ver Ball<sup>35</sup>). Outras medidas clínicas que podem ser úteis durante essa fase incluem o *Young-Rygh avoidance inventory* (YRA-1)<sup>37</sup> e o *Young compensation inventory* (YCI-1);<sup>43</sup> esses instrumentos avaliam as tentativas de esquiva (retraimento social, autonomia excessiva, busca de alívio com atividades que produzem dependência) ou compensação de um esquema precoce inadequado (agressão, dominância e busca por *status*).

Na segunda etapa (do terceiro mês ao sexto), o terapeuta conclui a avaliação, desenvolve uma conceituação detalhada dos problemas e seleciona estratégias específicas de mudança para alterar o esquema e os comportamentos compensatórios de esquiva ou compensação. Essas estratégias de mudança podem ser:

- cognitivas (p. ex., examinar a validade dos esquemas e a análise das vantagens/desvantagens dos comportamentos de enfrentamento);

- experienciais (p. ex., praticar exercícios orientados de imaginação, mudar a atribuição de significado dada a comportamentos antigos dos pais que podem ter contribuído para o esquema, técnicas dramáticas);
- comportamentais (p. ex., superar esquivas, desenvolver a construção de competências e a atribuição gradual de tarefas) ou relativas à relação terapêutica (p. ex., abordar esquemas e ativá-los nas sessões para desenvolver recursos para enfrentar os problemas).

## Exemplo de caso

André era um homem com 38 anos de idade, casado e pai de dois filhos pequenos. A avaliação feita na primeira etapa do tratamento revelou a presença de esquemas mal-adaptativos, que causavam problemas importantes, e tentativas inadequadas para lidar com eles. Os pais de André tinham problemas graves com álcool e dependência de substâncias. Seu pai era um homem irritadiço e instável; sua mãe, retraída, ineficiente e pouco confiável. André enfrentou críticas implacáveis de seu pai e não podia contar com a mãe para apoio e segurança. Ambos negligenciaram suas necessidades físicas e emocionais. Ele apresentava miopia grave e não diagnosticada durante os primeiros anos de escola. Passou anos se perguntando por que ia tão mal nos estudos, embora se esforçasse muito. Mais tarde, quando finalmente foi a um oftalmologista, percebeu que suas dificuldades estavam relacionadas à incapacidade de enxergar o quadro-negro. Quando começou a vê-lo, passou a ir bem na escola, embora os anos de fracasso já tivessem produzido consequências. André passou por uma separação traumática aos 10 anos, quando seus pais o levaram para a casa de sua avó para uma visita. Quando o menino não estava olhando, o casal entrou no carro e foi embora, deixando-o para trás. Seus pais já haviam combinado, sem o seu conhecimento, que ele deveria ser cuidado pela avó.

As avaliações durante o primeiro estágio de terapia revelaram que André desenvolvera dois esquemas mal-adaptativos precoces: um esquema primário de “vulnerabilidade a prejuízos” e um secundário de “incompetência”, bem como uma série de estratégias inadequadas para lidar com eles. Por exemplo, seu trabalho era pouco gratificante, e ele permaneceu no emprego por mais de 10 anos. Era tedioso e cansativo, mas pelo menos André sentia segurança. Pensar em conseguir um emprego diferente já era o suficiente para ativar seus esquemas de vulnerabilidade e incompetência, deixando-o extremamente ansioso. No trabalho, André ficava muito tempo tentando datilografar perfeitamente os relatórios para compensar sua crença de ser incompetente e passível de demissão. Tinha uma vida empobrecida e insatisfatória, sem passatempos ou período de férias. Tinha pavor de gastar dinheiro, pois achava que precisava poupar para uma catástrofe futura. Também apresentava dificuldade para se expressar com a esposa e os filhos, o que resultou em relacionamentos ruins. Além disso, ficava isolado, evitava relações sociais e

nunca interagiu com colegas de trabalho ou durante o transporte. Iniciar qualquer contato com outras pessoas criava ansiedade em demasia, pois temia ser rejeitado e não ser capaz de lidar com isso. Os problemas de André com o álcool começaram logo depois do casamento. Críticas por parte da esposa ativavam seu esquema de incompetência, e ele descobriu que isso era aliviado com o álcool. Também bebia regularmente à noite, em casa, para lidar com a ansiedade acerca do trabalho. Ele acreditava que o álcool era necessário para ajudá-lo a dormir e, nos fins de semana, bebia com frequência para distrair-se dos sentimentos de tédio e vazio.

André foi tratado com TEDF, combinando estratégias de prevenção de recaída e terapia focada no esquema. No início do tratamento, relutou em tentar a abstinência total de álcool, com medo de não ser capaz de fazê-lo. O terapeuta e André chegaram a um acordo no qual ele deveria inicialmente reduzir o consumo e seguir regras específicas para beber. Foi capaz de controlar a bebida, e, em seguida, passou para a abstinência.

No início do tratamento, o terapeuta trabalhou com André para reunir provas que contradissem seus esquemas de vulnerabilidade e incompetência e apoiassem um esquema mais funcional. André beneficiou-se um pouco com essa abordagem, mas também teve algumas dificuldades. Disse que, embora logicamente enxergasse as distorções em seus esquemas, muitas vezes ainda os “sentia” como verdadeiros. Por isso, o terapeuta passou a usar técnicas mais emotivas, como a imaginação orientada. Técnicas emotivas permitem que o profissional tente alterar o esquema quando este é ativado na sessão. Por exemplo, o terapeuta pediu para André fechar os olhos e descrever uma experiência particularmente dolorosa durante a infância, quando seu pai o repreendeu e o chamou de “estúpido” repetidas vezes. Durante o exercício de imaginação orientada, o terapeuta fez o paciente “entrar” na imagem como um adulto e dizer ao menino (ou seja, a si próprio como criança) que seu pai não era um bom avaliador por ser inseguro e hostil devido a seu problema com álcool. Em outros momentos, o terapeuta utilizava a relação terapêutica para gerar emoções a fim de alterar os esquemas. Por exemplo, confrontar o cliente por seu perfeccionismo excessivo nas tarefas de casa, as quais foram solicitadas na terapia. Isso provocou uma discussão produtiva, na qual o cliente revelou sentir-se “estúpido” e temeroso de que o terapeuta reagisse de forma negativa aos seus esforços. Essa reação era semelhante ao seu comportamento perfeccionista no trabalho, ocasionado pelo medo de ser demitido. Durante todo o tratamento, a análise funcional também foi usada para examinar seus impulsos para beber, incluindo lidar com as preocupações sobre o trabalho quando voltava para casa.

Seis meses depois do término da terapia, em reunião de seguimento, André havia iniciado uma série de conquistas em sua vida: mudou de emprego, sentia-se mais satisfeito e produtivo e começou a frequentar, junto com a esposa, reuniões de casais, observando que a vida familiar estava melhor. Não teve mais episódios de beber intenso e referiu lembrar, sempre que estava em situações difíceis, do que lhe fora dito na terapia.

## **AValiação Empírica da Terapia do Esquema com Duplo Foco**

Um estudo inicial simples de TEDF, sem controle, tratou 10 pacientes dependentes de opioides em um protocolo de 24 semanas. Tendências nos dados sugeriram que pacientes apresentaram diminuição no consumo de substâncias e em uma variedade de sintomas psiquiátricos, além de melhora do humor.<sup>44</sup> Oito desses pacientes relataram que a TEDF foi o tratamento mais útil que já haviam recebido. Em um ensaio clínico subsequente, 30 pacientes dependentes de opiáceos foram distribuídos aleatoriamente para tratamento com TEDF ou com a técnica dos 12 passos enfocando a dependência como uma doença primária.<sup>44</sup> Ambos os tratamentos foram associados a reduções semelhantes no uso de substâncias e de outros sintomas psiquiátricos. A TEDF, no entanto, foi associada a uma diminuição mais rápida no uso da substância e a uma forte aliança terapêutica entre terapeuta e paciente. Em outro estudo,<sup>45</sup> indivíduos moradores de rua com múltiplas dependências foram distribuídos aleatoriamente entre um grupo tratado com TEDF ou um grupo de tratamento-padrão para abuso de substâncias. Apesar das limitações do projeto e da definição dos objetivos primários como permanência no tratamento e frequência nas sessões, os resultados indicaram que a TEDF superou o grupo-controle em ambos os objetivos. Em resumo, há um crescente apoio à eficácia e à efetividade da TEDF, sobretudo para pacientes dependentes com transtornos da personalidade comórbidos. A TEDF é um modelo flexível que pode ser usado em uma variedade de locais e situações clínicas, além de poder ser integrada a outras abordagens, incluindo a entrevista motivacional, as terapias psicodinâmicas e a farmacoterapia. Devido ao foco da TEDF sobre a reestruturação de padrões disfuncionais de personalidade, esse modelo tem um potencial considerável para melhorar o desempenho social e os sintomas de dependência, promover uma forte aliança terapêutica, facilitar a manutenção da mudança e melhorar resultados a longo prazo, talvez com mais eficácia do que outros tratamentos que não abordam a personalidade.

## **TERAPIA DE ESQUEMA DO *SELF* ESPIRITUAL (*SPIRITUAL SELF-SCHEMA THERAPY [3-S]*)**

Considera-se oportuno mencionar uma linha terapêutica, baseada na teoria do esquema, que tem obtido resultados promissores no tratamento de dependência química e de clientes sob risco de aids. Trata-se de uma terapia de oito semanas, apoiada em manual, que utiliza ensinamentos budistas para ajudar os clientes na substituição de padrões mentais habituais pouco saudáveis (o esquema do *self* de dependência), por padrões saudáveis que levem à libertação do sofrimento (o esquema do *self* espiritual). De acordo com os proponentes do método, S. K. Avants e A. Margolin,<sup>46</sup> os pacientes podem ter adquirido esquemas referentes a si mesmos que os levam a se ver como pessoas dominadas por desejos incontroláveis e esqui-

vas. Cabe, então, fazê-los ver que isso é uma ilusão que os impede de reconhecer seu verdadeiro *self* espiritual. Grande parte da terapia de esquema do *self* espiritual (*spiritual self-schema therapy* [3-5]) consiste em encorajar o desenvolvimento de qualidades espirituais e oferecer treinamento em técnicas de base espiritual que permitam ao indivíduo fazer a mudança do *self* dependente de substâncias para o verdadeiro *self*. Entre essas técnicas figuram:<sup>47</sup>

- autoafirmações espirituais e oração;
- meditação *mindfulness* para ajudar o indivíduo a identificar a ativação do *self* dependente e do *self* espiritual;
- aumento da percepção dos pensamentos que sabotam o progresso espiritual;
- transformação dos desejos imperiosos por meio da observação de sua impermanência;
- apresentação do cliente aos cinco “amigos” do *self* espiritual (fé, energia, consciência, concentração, sabedoria) e aos cinco “inimigos” (pensamentos de dependência, fala de dependência, emoções de dependência, comportamentos de dependência e autoidentidade de dependência);
- busca de recursos da comunidade que possam apoiar a jornada espiritual do cliente.

Avaliações preliminares do método apresentam resultados promissores que, na opinião de Kenneth Pargament, professor de psicologia na Bowling Green State University, ilustram como os recursos espirituais podem ser usados para facilitar poderosas transformações dos clientes. Esse mesmo autor observa também que, embora essa terapia esteja baseada na filosofia budista, os valores que a fundamentam (p. ex., sabedoria, compaixão, moralidade) são consistentes com os de outras tradições religiosas.<sup>17</sup> Explicações mais detalhadas sobre o método 3-S e material para aplicá-lo podem ser obtidos no *site* <http://info.med.yale.edu/psych/3s/training.html>.

## Terapia de aceitação e compromisso<sup>48</sup>

Essa terapia é uma intervenção psicológica com base empírica e busca desenvolver a aceitação do sofrimento e ensinar estratégias de meditação para promover compromisso e mudanças comportamentais desenvolvendo flexibilidade psicológica. É baseada em uma orientação filosófica denominada *contextualismo funcional* e na teoria de estruturas relacionais (teoria sobre linguagem e cognições baseada na análise do comportamento). Essa técnica ensina a pessoa a não tentar controlar seus pensamentos e sentimentos, apenas observá-los e aceitá-los. Além disso, procura ajudar o indivíduo a identificar claramente seus valores e agir para conseguir

atingi-los, dando sentido e vitalidade a sua vida. A terapia de aceitação e compromisso encara certos processos psicológicos humanos como prejudiciais, causando esquiva, fusão cognitiva e rigidez psicológica, mantendo o sofrimento e impedindo uma solução. Essa forma de trabalho ajuda a modificar esquemas, agindo neles de forma indireta. Ela tem sido empregada com sucesso no tratamento do uso de álcool e outras substâncias, mas há apenas estudos com poucos casos e resultados preliminares de ensaios clínicos.<sup>49,50</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi discutido neste capítulo, é possível perceber que o conceito de esquemas no contexto das TCCs oferece muitas possibilidades de compreensão, avaliação e tratamento de um amplo espectro de condições psicopatológicas, inclusive algumas que costumam resistir a outras formas de terapia. Deve-se observar que o foco na personalidade do indivíduo como um todo, não em um determinado sintoma, e a ênfase na relação terapeuta-paciente como “ingrediente ativo” do tratamento, dá à terapia focada no esquema um rosto marcadamente humano e oferece a possibilidade de que esse paciente seja não só “curado”, mas cresça e alcance maior satisfação nas áreas que mais dão sentido a sua vida.

## REFERÊNCIAS

1. Beck AT, Freeman A, organizadores. Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade. Porto Alegre: Artmed; 1993.
2. Young JE. Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
3. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed; 2008.
4. Blanck PD, editor. Interpersonal expectations: theory, research and applications. Cambridge: Cambridge University; 1993.
5. Rougemont DA. Crise do casamento moderno. In: Anshen RN, organizador. A família: sua função e destino. Lisboa: Meridiano; 1971.
6. Fromm E. A arte de amar. Belo Horizonte: Itatiaia; 1960.
7. May R. Eros e repressão: amor e vontade. Petrópolis: Vozes; 1973.
8. Ben-Ze'ev A, Goussinsky R. In the name of love: romantic ideology and its victims. New York: Oxford University; 2008.
9. Holmes BM. In search of my “one and only”: romance-oriented media and beliefs in romantic relationship destiny [Internet]. Edinburgh: Heriot-Watt University; [2007] [capturado em 19 maio 2012]. Disponível em: <http://www.attachmentresearch.org/pdfs/Holmes,%20B.M.%20%282007%29%20EJC,%20Vol%203-4.pdf>.
10. Rizutto A-M. O nascimento do Deus vivo. São Leopoldo: Sinodal; 2006.



11. Moriarty GL, Hoffman L, editors. God image handbook for spiritual counseling and psychotherapy. Binghamton: Hawthorn; 2007.
12. Hoffman L. Cultural constructs of the God image and God concept: implications for culture, psychology, and religion [Internet]. Costa Mesa: Vanguard University of Southern California; 2003 [capturado em 19 maio 2012]. Disponível em: [http://www.louis-hoffman-virtualclassroom.com/Publications\\_Page/Cultural%20Constructions%20of%20the%20God%20Image%20and%20God%20Concept.pdf](http://www.louis-hoffman-virtualclassroom.com/Publications_Page/Cultural%20Constructions%20of%20the%20God%20Image%20and%20God%20Concept.pdf).
13. Cheston SE, Piedmont RL, Eanes B, Lavin LP. Changes in clients image of God over the course of outpatient therapy. *Couns Values*. 2003;47:96-108.
14. Lotufo Z Jr. Kind God, cruel God: how images of God shape belief, attitude, and outlook. Santa Barbara: Praeger; 2012.
15. Koenig HG. Medicine, religion, and health: where science and spirituality meet. West Conshohocken: Templeton Foundation; 2008.
16. Lotufo F Neto, Lotufo Z Jr, Martins JC. Influências da religião sobre a saúde mental. Santo André: ESEtec; 2009.
17. Ellens JH, editor. The healing power of spirituality: how faith helps humans thrive. Santa Barbara: Praeger; 2010. 3 vol.
18. Lotufo Z Jr, Lotufo F Neto. Healthy religiosity that generates illness. In: Ellens JH, editor. The healing power of spirituality: how faith helps humans thrive. Santa Barbara: Praeger; 2010. p. 287-302.
19. Rafaeli E, Bernstein DP, Young JE. Schema therapy: distinctive features. New York: Routledge; 2011.
20. Lotufo Z Jr, Lotufo F Neto. Uma teoria teleológica das emoções. *Rev Psiquiatr Clin*. 2001;28(6):340-6.
21. Lotufo Z Jr, Lotufo F Neto. Heauton timouroumenos: on the evil that we cause to ourselves. In: Ellens JH, editor. Explaining evil: history, global views, and events. Santa Barbara: Praeger; 2011. p. 113-40.
22. Young J, Klosko J. Reinventing your life: how to break free from negative patterns. New York: Dutton; 1993.
23. Beck AT, Beck JS. The personality beliefs questionnaire. Bala Cynwid: Beck Institute for Cognitive Therapy Research; 1991.
24. Leahy RL. Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2006.
25. Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156(5):733-8.
26. Verheul R, van den Bosch LMC, Ball SA. Substance abuse. In: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, editors. Textbook of personality disorders. Washington: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 463-76.
27. Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: relation to substance abuse. *J Nerv Ment Dis*. 1998;186:87-95.
28. Kofoed L, Kania J, Walsh T, Atkinson R. Outpatient treatment of patients with substance abuse and co-existing psychiatric disorders. *Am J Psychiatry*. 1986;143:867-72.
29. Kosten TA, Kosten TR, Rounsaville BJ. Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *J Subst Abuse Treat*. 1989;6(3):163-8.

30. Kruegelbach N, McCormick RA, Schultz SC, Grueneich R. Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *J Pers Disord.* 1993;7:214-22.
31. Nace EP, Davis CW. Treatment outcome in substance abusing patients with a personality disorder. *Am J Addict.* 1993;2:26-33.
32. Thomas VH, Melchert TP, Banken JA. Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *J Stud Alcohol.* 1999;60:271-7.
33. Links PS. Developing effective services for patients with personality disorders. *C J Psychiatry.* 1998;43:251-9.
34. Target M. Outcome research on the psychosocial treatment of personality disorders. *Bull Menninger Clin.* 1998;62:215-30.
35. Ball SA. Cognitive-behavioral and schema-based models for the treatment of substance use disorders. In: Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE, editors. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist practitioner guide.* Washington: American Psychological Association; 2007.
36. Ball SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addict Behav.* 1998;23(6):883-91.
37. Young JE, Rygh J. Young-Rygh Avoidance Inventory. Unpublished instrument; 1994.
38. Marlatt GA, Gordon JR. *Relapse prevention.* New York: Guilford; 1985.
39. Carroll KM. *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction.* Rockville: NIDA; 1998. NIH Publication 98-4308.
40. Riso LP, du Toit PL, Stein DJ, Young JE, editors. *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist-practitioner guide.* Washington: American Psychological Association; 2007.
41. Sher CD, Ingram RE, Segal ZV. Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diathesis in unipolar depression. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(4):487-510.
42. Ball SA, Young JE. Dual focus schema therapy for personality disorders and substance dependence: case study results. *Cogn Behav Pract.* 2000;7:270-81.
43. Young JE. Young Compensation Inventory. Unpublished instrument; 1995.
44. Ball SA, Cecero JJ. Addicted patients with personality disorders: traits, schemas, and presenting problems. *J Pers Disord.* 2001;15(1):72-83.
45. Ball SA, Cobb-Richardson P, Connolly AJ, Bujosa CT, O'Neill TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Compr Psychiatry.* 2005;46(5):371-9.
46. Avants SK, Margolin A. Development of spiritual self-schema therapy for the treatment of addictive and HIV risk behavior: a convergence of cognitive and Buddhist psychology. *J Psychother Integr.* 2004;14(3):253-89.
47. Pargament KI. *Spiritual integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred.* New York: Guilford; 2007.
48. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change.* New York: Guilford; 1999.
49. Hayes SC, Bissett R, Roget N, Padilla M, Kohlenberg BS, Fisher G, et al. The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing

- attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*. 2004;35(4):821-35.
50. Twohig MP, Shoenberger D, Hayes SC. A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *J Appl Behav Anal*. 2007;40(4):619-32.

## LEITURAS RECOMENDADAS

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emory G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.
- Young JE, Brown G. *Schema questionnaire*. 2nd ed. Unpublished instrument; 1990.



## TERAPIA COGNITIVA PROCESSUAL NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Irismar Reis de Oliveira



### Pontos-chave

- >> A terapia cognitiva processual (TCP) baseia-se no modelo cognitivo de Beck, porém, tem conceituação e técnicas próprias, tornando-se uma abordagem distinta quanto à modificação das crenças nucleares, sobretudo daquelas referentes ao *self*.
- >> A denominação *terapia cognitiva processual* foi escolhida porque uma de suas principais técnicas apresenta-se como metáfora da lei, na qual o terapeuta engaja o paciente na simulação de um processo judicial; além disso, foi inspirada no romance *O processo*, de Franz Kafka.
- >> As crenças intermediárias manifestam-se como regras e pressupostos subjacentes, expressos habitualmente de forma condicional; quando disfuncionais, resultam em comportamentos inadequados, como o consumo de substâncias.
- >> O *role-play* consensual é uma técnica utilizada na TCP para tomadas de decisão, ao tornar explícita a ambivalência presente no conflito entre os aspectos racionais e emocionais do indivíduo, facilitando-lhe uma visão mais unitária de si mesmo.
- >> A técnica denominada *processo* reestrutura crenças negativas, sobretudo aquelas relativas à visão de si mesmo, desativando a crença disfuncional negativa e ativando uma positiva.

A terapia cognitiva (TC), desenvolvida por Aaron Beck<sup>1</sup> na década de 1960, na Universidade da Pensilvânia, e incluída em um grupo mais amplo de abordagens conhecidas como terapias cognitivo-comportamentais (TCCs), é uma abordagem ativa que tem por objetivo ajudar os pacientes a reconhecerem os pensamentos disfuncionais surgidos em diferentes situações, bem como as crenças negativas que lhes dão origem, gerando desconforto e sofrimento. Uma das principais metas do modelo cognitivo desenvolvido por Beck é ajudar os indivíduos na modificação de crenças nucleares disfuncionais, definidas como percepções globais, rígidas e generalizadas sobre si mesmos e sobre os outros; os pacientes consideram essas crenças tão verdadeiras que não as questionam.<sup>2</sup> As crenças nucleares, situadas em um nível mais “profundo” de cognição, estão intimamente conectadas às crenças intermediárias, desenvolvidas ao longo da vida para que as pessoas deem sentido a suas experiências. As crenças intermediárias manifestam-se como regras e pressupos-

tos subjacentes, expressos habitualmente de forma condicional. Tais pressupostos, quando disfuncionais, resultam em comportamentos inadequados. Por exemplo, o pressuposto “Se uso droga, sinto-me mais espontâneo para lidar com as situações da vida” e sua contrapartida “Se não uso droga, fico tão perturbado que não consigo lidar com as situações mais simples” determinam e reforçam comportamentos disfuncionais,<sup>3</sup> como o uso de substâncias.

A TCP, desenvolvida no Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Universidade Federal da Bahia,<sup>4-6</sup> baseia-se no modelo cognitivo de Beck,<sup>1</sup> enfatiza três níveis de cognição e é implementada em três fases.<sup>3</sup> Embora tenha os mesmos fundamentos da TCC, a TCP tem conceituação e técnicas próprias, o que a torna uma abordagem distinta quanto à modificação das crenças nucleares, sobretudo daquelas referentes ao *self*.<sup>7,8</sup> A TCP oferece também técnicas para otimizar os experimentos comportamentais, fundamentais na modificação das crenças intermediárias.<sup>5</sup> Este capítulo descreve como essa terapia lida com crenças intermediárias e nucleares, fundamentais no tratamento da dependência química.

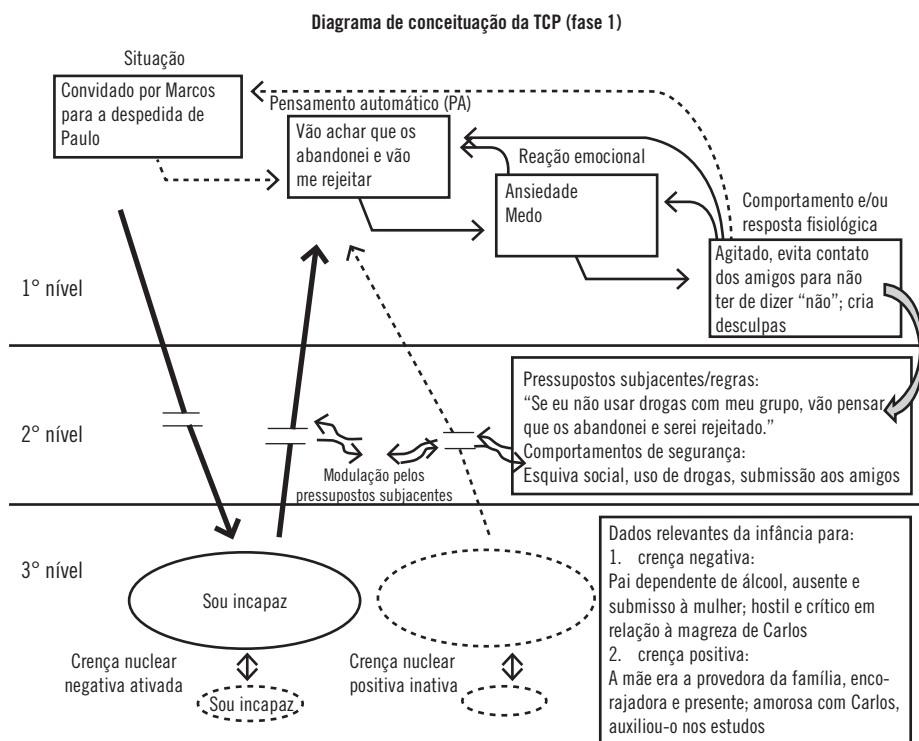
A denominação *terapia cognitiva processual* foi escolhida porque uma de suas principais técnicas, o registro de pensamentos com base no processo (RPBP), também conhecida como *processo* – estratégia estruturada desenvolvida para modificar as crenças nucleares –,<sup>5</sup> apresenta-se como metáfora da lei, na qual o terapeuta engaja o paciente na simulação de um processo judicial. A inspiração para seu desenvolvimento surgiu do romance *O processo*, de Franz Kafka,<sup>9</sup> no qual o personagem Joseph K., por razões jamais reveladas, é preso e executado sem saber de que crime é acusado.<sup>7</sup> A base racional para a proposta da TCP é sua utilidade em fazer os pacientes tornarem-se conscientes das crenças negativas sobre si mesmos (autoacusações) e, diferentemente do processo de Joseph K., engajarem-se em um processo construtivo para desenvolver crenças mais positivas e funcionais. Na dependência química, foco deste capítulo, será descrita em detalhes uma técnica denominada *role-play* consensual (RPC),<sup>3</sup> utilizada pela TCP para lidar com a ambivalência e estimular o paciente a engajar-se nas ações desejadas – no caso da dependência química, aquelas que o levam a abster-se das substâncias. O RPC prepara o indivíduo para a técnica *processo*, utilizada para reestruturar as crenças nucleares disfuncionais.<sup>5</sup> Ambas as técnicas (RPC e *processo*) serão ilustradas por diálogos extraídos de atendimentos a um dependente químico.

## CONCEITUAÇÃO DO CASO

Carlos, 29 anos, usuário de álcool e cocaína, está há um ano desempregado e tem muitos pensamentos automáticos derivados das crenças nucleares “Sou incapaz” e “Sou rejeitado”, cronicamente ativadas (Fig. 14.1). É provável que acontecimentos relevantes de sua infância tenham contribuído para o desenvolvimento dessas e de outras crenças. Carlos nutre grande desprezo pelo pai, segundo ele, um homem fraco e inútil, totalmente submisso à mulher. Além de dependente de álcool, seu

pai sempre foi sustentado financeiramente pela esposa, funcionária pública que se viu obrigada a casar-se ainda muito jovem por estar grávida de Carlos. Na infância, Carlos já demonstrava sentimentos de hostilidade pelo pai, diante das frequentes agressões verbais que aconteciam quando este se encontrava embriagado. Desde cedo, Carlos percebeu-se inseguro e tímido, uma visão negativa nutrida e reforçada pelas frequentes críticas que o pai fazia em relação a sua magreza acentuada. Já sua mãe é descrita como encorajadora e presente, tendo dado a Carlos apoio e estímulo suficientes, os quais provavelmente contribuíram para que ele conseguisse terminar o ensino médio e começar a faculdade de jornalismo, abandonada após seu envolvimento com drogas. De modo resumido, vê-se aqui o substrato para o desenvolvimento das crenças positivas e negativas de Carlos, sendo que as últimas passaram a predominar quando começou a faculdade de jornalismo. Seus pensamentos automáticos, decorrentes da ativação dessas crenças, geram ansiedade intensa, a qual é aliviada apenas pelo uso de drogas.

No nível cognitivo intermediário, os pressupostos subjacentes e os consequentes comportamentos de segurança – representados pela esquiva em relação ao

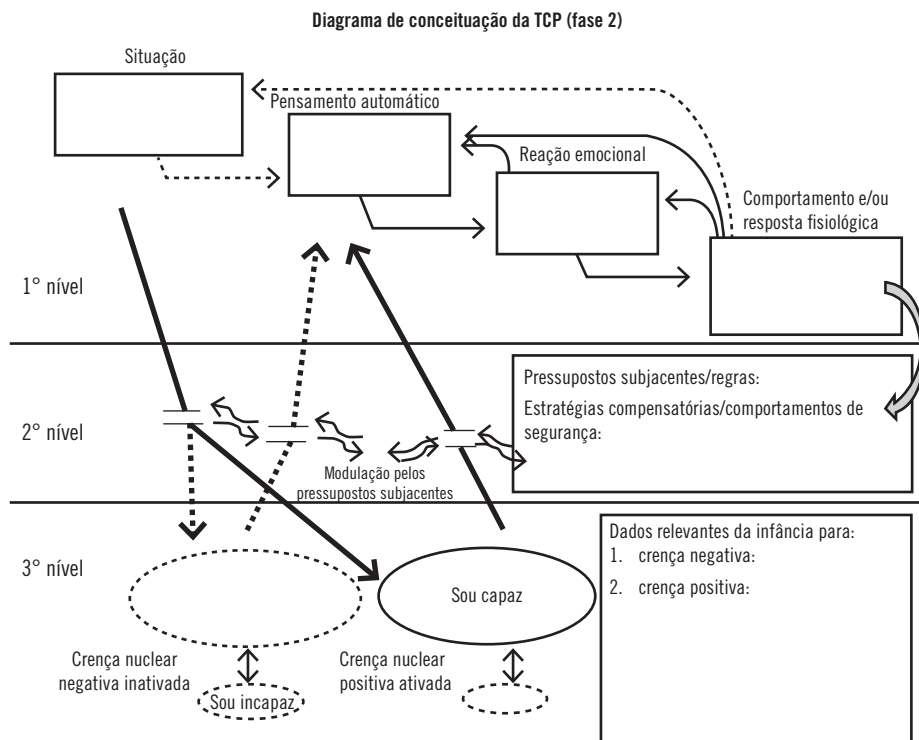


Copyright Irismar Reis de Oliveira

>> **FIGURA 14.1** Diagrama de conceituação de Carlos antes e no início do tratamento (fase 1).

trabalho e às situações sociais – são fatores que contribuíram para a necessidade do uso de álcool e, posteriormente, de cocaína, uma vez que Carlos passou a se sentir mais disposto, destemido e aceito pelo grupo quando começou a sair e consumir drogas. Os pressupostos subjacentes visam, portanto, ainda que de forma malsucedida, evitar que Carlos se veja como incapaz e rejeitado. Infelizmente, os comportamentos de segurança derivados de pressupostos como “Se deixar meu grupo, serei rejeitado” trazem alívio momentâneo, mas acabam por produzir aquilo que se quer evitar, isto é, a ativação das crenças negativas (p. ex., “Sou incapaz”) e o consequente mal-estar (angústia, medo e tédio) quando Carlos tenta se desvincular do grupo. Na TCP, o terapeuta usa o RPC para encorajar decisões que conduzam ao questionamento dos pressupostos, com adoção de comportamentos mais adaptados.

No terceiro e mais profundo nível cognitivo, percebe-se como as crenças nucleares negativas de Carlos são facilmente ativadas. Durante a sessão na qual o processo é utilizado (demonstrada a seguir), a seta descendente leva à identificação da crença “Sou incapaz”, que o terapeuta aproveita para ajudar o paciente a reestruturar, ativando a crença positiva “Sou capaz” (Fig. 14.2).



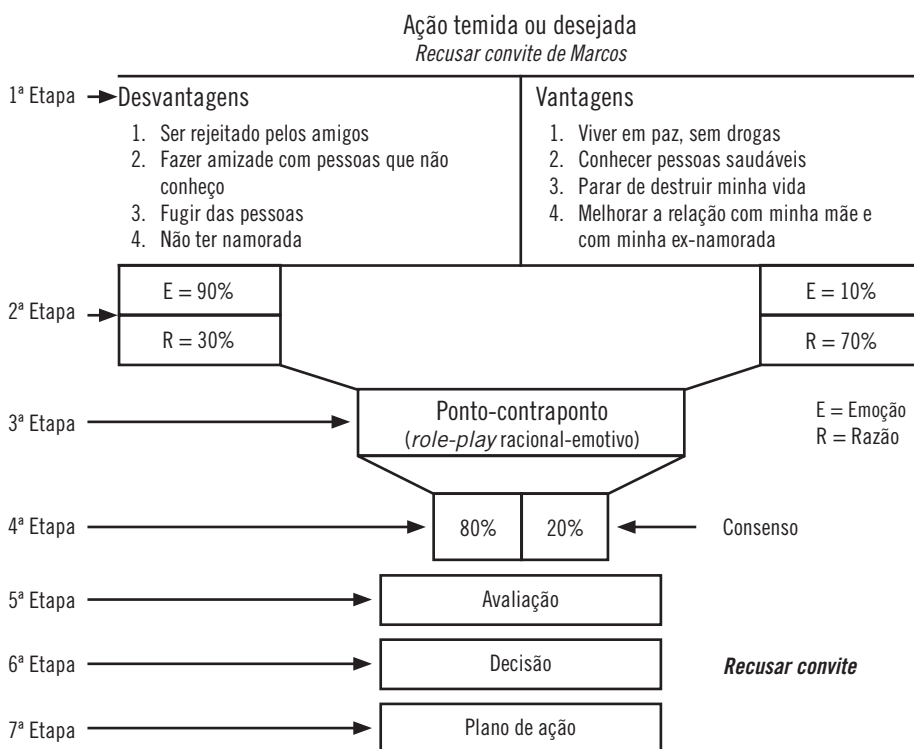
>> **FIGURA 14.2** Diagrama de conceituação após o início e durante o tratamento (fase 2).

## ROLE-PLAY CONSENSUAL

Essa técnica foi idealizada para lidar com a ambivalência, sendo, portanto, útil nas tomadas de decisão, com o objetivo de estender e complementar a clássica abordagem conhecida como balanço decisório, que utiliza vantagens *versus* desvantagens. O RPC vai além da análise de vantagens e desvantagens, ao tornar explícita a ambivalência presente no conflito entre os aspectos racionais e emocionais do indivíduo, facilitando-lhe uma visão mais unitária de si mesmo.<sup>3</sup>

### Descrição do *role-play* consensual

Inicialmente, solicita-se ao paciente que apresente as situações que o deixam ambivalente, em geral aquelas em que deseja ou é forçado a tomar decisões (Fig. 14.3). Por exemplo, Carlos é convidado por seu amigo Marcos para sair e sabe que é grande a chance de não resistir ao apelo da droga, encontrando-se em luta interna



Copyright Irismar Reis de Oliveira

>> **FIGURA 14.3** Uso do *role-play* consensual para ajudar Carlos a resistir às demandas de um amigo também dependente.



entre a decisão de aceitar ou recusar o convite para ir à festa de despedida de Paulo, um amigo em comum. Em geral, o problema causador da ambivalência equivale àquele que comporá a agenda da sessão. O terapeuta, ao notar a ambivalência, faz a pergunta habitual que resulta na identificação do pensamento automático (“O que passa por sua cabeça neste momento?”).

Além de retornar ao modelo cognitivo por meio do diagrama de conceituação (ver Fig. 14.1), que ajuda na retomada da discussão do papel do comportamento de segurança (e do pressuposto subjacente que lhe dá origem), o terapeuta informa ao paciente que o RPC não objetiva a tomada de decisão no momento, e sim a compreensão do problema – o que deixa o paciente menos defensivo. O profissional apresenta-lhe o diagrama do RPC, composto de sete etapas, sendo que a primeira delas consiste em explicitar sua ambivalência por meio da balança decisória, mais conhecida como prós e contras ou vantagens e desvantagens. Pede-se ao paciente para trazer primeiro os elementos de caráter emocional (representados pelas desvantagens quando se trata de resistir à droga ou pelas vantagens quando se trata de uma ação que o leve a afastar-se dela), uma vez que a ambivalência envolve a divisão entre aspectos “racionais” e “emocionais”.<sup>10</sup> Estes costumam estar mais salientes para o paciente. Em seguida, pede-se que apresente as vantagens. Visto que são mais “racionais”, as vantagens mobilizam menos os pacientes, e suas reações a elas geram declarações do tipo “Sei que a droga está destruindo minha vida, mas só acredito nisso intelectualmente.” A segunda etapa do RPC foi idealizada para ajudar o indivíduo a avaliar a ambivalência de forma quantitativa. O terapeuta pede que o paciente diga o que pesa mais, entre vantagens e desvantagens, para a escolha da decisão e qual o peso de cada um desses lados, do ponto de vista racional e emocional.

Na terceira etapa, usa-se a técnica experiencial conhecida como *role-play* racional-emotivo,<sup>2</sup> que consiste em pedir ao paciente para criar um diálogo entre emoção e razão. A experiência mostra que realizar essa atividade com a ajuda da estratégia conhecida como cadeira vazia<sup>11</sup> torna o diálogo mais consistente e engajador,<sup>12</sup> pois o paciente imagina-se sentado na cadeira, falando com uma parte de si mesmo. Nessa etapa, é importante que se estipule um tempo mínimo, visto que os pacientes costumam declarar, ao representarem o lado racional, que não têm argumentos ou que não estão acreditando neles. O terapeuta dirá que o baixo crédito atribuído aos argumentos “racionais” é esperado, exatamente por envolverem menos emoção, ou, às vezes, não envolverem emoção nenhuma. O objetivo de fazer esse diálogo com a cadeira vazia é implementar maior participação experiencial por parte do paciente.

A quarta etapa é novamente avaliativa, mas, dessa vez, o terapeuta explica que a avaliação deve ser feita deixando de lado razão e emoção e que esse processo, idealmente, envolve o consenso (se houver) alcançado na etapa anterior. O terapeuta percebe que há mais chances de decisão racional se houver predominância do peso atribuído às desvantagens da ação que leva ao uso da droga, o que, no exemplo de Carlos, equivale a rejeitar o convite do amigo.

A quinta etapa caracteriza-se por um diálogo aberto entre o paciente e o terapeuta, no qual este procura saber quanto o indivíduo aprendeu na etapa anterior. O profissional aproveita também para explorar e esclarecer as dúvidas do paciente. Na sexta etapa, referente à tomada de decisão propriamente dita, o terapeuta pergunta ao paciente se ele está pronto ou não para decidir em relação à ação desejada, como, por exemplo, recusar o convite do amigo. O profissional informa que, seja qual for a escolha, o que importa é o que se aprende com a utilização da técnica e que, em qualquer das situações, há o que fazer. Isso se torna claro na etapa seguinte, quando o terapeuta ajuda o paciente a aumentar a chance de manter a decisão – se for no sentido desejado – ou preparar-se para ela, caso ainda esteja inseguro ou não se considere pronto para implementá-la.

Na sétima e última etapa, elabora-se um plano de ação<sup>13</sup> que consiste em apresentar ao paciente uma planilha que contém as ações a serem implementadas para a manutenção da decisão (ou preparação para vir a tomá-la), os possíveis obstáculos e as soluções que podem ser antecipadas para lidar com eles, além de cuidadoso acompanhamento das ações planejadas. O aspecto fundamental desse conjunto de etapas que compõem o RPC é que o paciente usa seu tempo fora da sessão treinando para resistir ao desconforto provocado por suas cognições disfuncionais (p. ex., raciocínio emocional) e às fortes reações emocionais provocadas pelas cognições e crenças nucleares ativadas.

## Uso do *role-play* consensual em uma sessão de terapia cognitiva processual

### *Ponte com a sessão anterior e estabelecimento da agenda*

Terapeuta: Bom dia, Carlos, como vai?

Paciente: Tudo bem.

T: Estou vendo em nossa ficha que estamos na quarta sessão.

P: Eu acho que é mais ou menos isso.

T: Você gostaria de falar um pouco sobre o que representou a última sessão que tivemos? Parece-me que discutimos algo que o preocupa bastante neste momento e que envolve sua dificuldade de manter distância das pessoas que o levam a usar cocaína. Vale a pena incluirmos isso em nossa agenda de hoje? Além disso, eu gostaria de saber como foi sua semana, o que implica revisarmos a tarefa.

P: Pensei muito no que conversamos aqui na sessão passada, principalmente sobre minha dificuldade de resistir aos convites de meus companheiros para beber e usar cocaína.

T: E isso é algo que você gostaria de conseguir, suponho. Na última vez, conversamos sobre esse assunto, e você me disse que tal dificuldade era maior com algumas pessoas específicas.

- P: É verdade. É mais difícil resistir aos convites de Marcos. A gente se dá muito bem, e eu me sinto muito à vontade com ele.
- T: Carlos, nós já vimos o diagrama de conceituação diversas vezes. Parece que ele está bem claro agora para você. Tive a oportunidade de explicar em que consiste o segundo nível do diagrama. Você lembra disso, não é? E você sabe que, no segundo nível, encontram-se os comportamentos de segurança dos quais nós falamos bastante. Chegamos a conversar sobre a necessidade, pelo menos temporária, de resistir a algumas pessoas e situações. Isso incluiu a tarefa da semana passada, isto é, usar os cartões de enfrentamento que havíamos elaborado para encorajá-lo.
- P: Lembro disso, mas não está fácil. Consultei os cartões e eles foram úteis.
- T: Você está se referindo a Marcos quando diz que não está fácil, ou isso inclui outras pessoas?
- P: Inclui outras pessoas, mas é especialmente difícil com Marcos, pois ele “colou” em mim e me telefona direto. Ele não está trabalhando e sabe que também não estou. Marcos insiste porque sabe que eu acabo não resistindo.
- T: Escutei que você consultou os cartões de enfrentamento e eles foram úteis. Essa foi nossa tarefa da semana passada. Em que medida eles ajudaram?
- P: Ajudaram nisso que estou falando, a resistir à insistência de Marcos para ir às baladas.
- T: Há alguma situação ligada a isso sobre a qual você gostaria de falar, como parte de nossa agenda?
- P: Sim. Marcos me ligou chamando para ir a uma festa hoje. Vai ser a despedida de um amigo nosso, e eu gosto muito dele. Vai ser chato eu não ir. Eu disse a ele que ligava mais tarde para dizer se vou ou não.
- T: Você gostaria de recusar e acha que não vai resistir?
- P: Com certeza vai rolar muita droga lá. Todos que vão usam cocaína e ficam insistindo para eu usar. Gostaria de ir e até acho que já consigo não cheirar, mas fizemos aquele trato de eu não ir por enquanto a esses encontros. Acho que estou tendendo a ir, mas aí bate a dúvida.
- T: Você gostaria de tomar uma decisão com minha ajuda?
- P: Eu preciso tomar essa decisão. A melhor é não ir, mas eu não queria perder a chance de ver Paulo, ele está indo embora hoje. É muito chato não ir. Gosto muito dele.

### *Revisão do diagrama de conceituação da terapia cognitiva processual*

- T: Certo. O que você acha que está acontecendo, de acordo com o diagrama de conceituação? Queria que você desse uma olhada no segundo nível.

- P: Cheguei a dar uma olhada nele em casa, como o senhor me pediu. Acho que é porque gosto de meus amigos ou porque me sinto bem com eles, mas, pensando melhor, acho que tenho medo de ficar isolado e não conseguir outros amigos.
- T: E você diria que gosta de sair com eles porque isso lhe traz algum tipo de segurança, ainda que a palavra “segurança” possa ser colocada entre aspas?
- P: Tenho medo de ficar isolado. Minha turma me entende, eles me conhecem.
- T: Então veja se entendi bem. Manter sua relação com o grupo é algo que o ajuda a não ficar isolado?
- P: Pensando bem, é. Ficar só me dá muita angústia e tédio.
- T: Se você decidir ficar só, sem o grupo, o que acontece?
- P: Tenho a sensação de perder minha identidade. É como se estivesse perdendo as únicas pessoas que se importam comigo.
- T: E ficar sem seus amigos, o que significa para você?
- P: Significa ficar totalmente desamparado, sem ninguém que me entenda. Isso me dá muito medo.
- T: Você lembra que falamos disso como possivelmente um pressuposto subjacente, do tipo se... então...? Falamos sobre isso muitas vezes, e você pareceu entender bem.
- P: É verdade, ficou claro para mim, mas agora tudo está confuso de novo.
- T: Lembra que discutimos sobre as coisas que você era obrigado a fazer para se sentir seguro e aliviado? Dê uma olhada nesse diagrama e no que anotamos.
- P: Sim, ficou claro que bebo e uso cocaína porque me dá uma sensação de bem-estar, fico relaxado e acho que me relaciono melhor com meus amigos.
- T: E se você não for lá hoje, o que acha que pode acontecer?
- P: Eles vão achar que não gosto mais deles e que abandonei o grupo; vão acabar me esquecendo e rejeitando.
- T: Veja se escutei bem. Seu pressuposto é: “Se eu não estiver com meus amigos, então sou esquecido e rejeitado”. Foi isso que escutei você dizer agora? Isso pode ser considerado um pressuposto subjacente? Se for, será que esse pressuposto pode ser desafiado? E se ele não estiver correto? Você gostaria de testar e ver se ele é verdadeiro?
- P: Posso tentar, mas não sei se vai dar certo, e estou com medo de entrar nessa de isolamento e tédio.
- T: E se quisermos testar esse pressuposto, ver se ele é correto, o que você imagina que poderíamos fazer? Isso não significa que você seja obrigado a tomar a decisão agora. O que importa aqui é aprender.
- P: Está bem. O que preciso fazer?

### *RPC: identificação da decisão a ser tomada*

- T: Talvez você possa começar assim: mesmo não sendo obrigado a tomar a decisão agora, se fosse tomá-la, qual seria?
- P: Recusar o convite de Marcos e não ir à despedida de Paulo.
- T: Tenho uma proposta para você. Veja este outro diagrama, composto de sete etapas. (O terapeuta mostra o diagrama do RPC a Carlos.) Você pode escrever a decisão aqui onde diz: “Ação temida ou desejada”?
- P: Posso, sim. Recusar convite.

### *RPC: etapa 1 – vantagens e desvantagens*

- T: Você vê aqui abaixo as vantagens e desvantagens, nesse caso, de recusar o convite de Marcos para ir à despedida de Paulo. Podemos começar com as desvantagens?
- P: A maior desvantagem é ser rejeitado por meus amigos.
- T: Você pode escrever isso aí?
- P: Outra coisa é ter de procurar outras amizades, pessoas que não conheço.
- T: O que mais?
- P: Ter de ficar me escondendo, fugindo das pessoas e evitando entrar no Facebook...
- T: Há alguma outra coisa que você vê como desvantagem?
- P: Não ter uma namorada, pois só conheço o pessoal que faz parte do grupo. Creio que é só.
- T: Que tal darmos uma olhada agora nas vantagens de recusar o convite?
- P: Viver em paz, sem ninguém me oferecendo droga o tempo todo. Tentar conhecer pessoas mais saudáveis. Parar de destruir minha vida. Voltar a trabalhar. Melhorar a relação com minha mãe e com minha ex-namorada. É só.

### *RPC: etapa 2 – explicitação e quantificação da ambivalência (razão versus emoção)*

- T: Carlos, você pode me dizer neste momento o que pesa mais, considerando a decisão a ser tomada: as vantagens ou desvantagens?
- P: As desvantagens pesam mais.
- T: Quando pensa nas desvantagens e vê que elas pesam mais, você está falando isso do ponto de vista emocional ou racional?
- P: Acho que o lado emocional está pesando mais neste momento.
- T: Então, você pode me dizer quanto mais: sessenta, setenta, oitenta, noventa ou cem por cento do ponto de vista emocional?

- P: Acho que pesa uns 90%.
- T: Noventa por cento, o que deixa para as vantagens, do ponto de vista emocional, 10%.
- P: Sim, 10%.
- T: E do ponto de vista racional, Carlos, o que estaria pesando mais? Vantagens ou desvantagens?
- P: Acho que as vantagens pesam mais.
- T: Quanto? Sessenta, setenta, oitenta, noventa, cem?
- P: Setenta por cento, talvez menos.
- T: Você pode escrever aqui essa resposta? Setenta por cento para as vantagens. Restam, então, 30% para as desvantagens, do ponto de vista racional. Então, parece que há um conflito entre “Carlos razão” e “Carlos emoção”.
- P: Sim, eu sei.

*RPC: etapa 3 – role-play racional-emotivo (na cadeira vazia)*

- T: Talvez, hoje, possamos ir um pouco além e tentarmos entender o que se passa com você. Nessa técnica, você sabe que não é forçado a tomar a decisão de fazer o que escreveu antes. Pode ser que você chegue à conclusão de que ainda não é o momento. O que queremos aqui é aprender. O mais importante é o que podemos somar como conhecimento. A decisão vem depois, em função do que você aprendeu. Isso faz sentido para você?
- P: Faz, sim.
- T: Ótimo. Eu gostaria de lhe pedir para fazer algo que pode parecer meio estranho. Vou pedir que você ocupe dois lugares enquanto conversa consigo mesmo. Vou pedir para “Carlos razão” conversar com “Carlos emoção” e que um tente convencer o outro, mostrando seu ponto de vista. “Carlos emoção” provavelmente dirá: “As desvantagens são maiores, não posso ficar isolado; é melhor, portanto, ir para a despedida.”. Enquanto isso, “Carlos razão” provavelmente dirá: “Preciso resistir, não devo ir à despedida. É recaída certa.”. É isso que acontece?
- P: Isso mesmo.
- T: Se você puder imaginar Carlos sentado naquela cadeira ali, quem seria? “Carlos razão” ou “Carlos emoção”?
- P: “Razão” sentada ali.
- T: Então, “Carlos emoção” pode dizer a “Carlos razão” motivos para resistir ao convite?
- P: Carlos, não faz sentido você não ir com Marcos, vocês já tiveram momentos bem legais antes. Vocês saem juntos para procurar garotas. Ele

é mais “atirado”, e você não consegue nada quando está sozinho, fica gaguejando e não sabe o que dizer. Vocês se divertem muito juntos, principalmente quando está a turma toda, como vai ser hoje.

- T: Ok, Carlos, espero que você não se importe de passar para aquela cadeira ali. Eu pediria que, enquanto “Carlos razão”, você responda a tudo o que foi dito por “Carlos emoção”. Vamos realizar essa atividade durante 10 ou 15 minutos para que “vocês” tentem chegar a um consenso. Você pode responder ao que “Carlos emoção” disse?
- P: Carlos, que negócio é esse de não saber o que dizer? Você sabe o tipo de garota que Marcos gosta, e elas só aceitam porque já o conhecem. É sempre a mesma coisa: usar coca e transar, ou melhor, só transar quando cheira. Você já se esqueceu de Maria? Ela é legal, e você fica bem com ela sem precisar usar droga. Ela o aceita como você é, desde que não fique cheirando. Além disso, ela já lhe deu várias chances. Tem os amigos dela também, eles gostam de você. A diferença é que essa turma não curte droga e você fica incomodado com ela.
- T: “Carlos emoção” pode responder a isso sentando-se nesta outra cadeira? Espero que você não se incomode.
- P: Dá uma agonia pensar que tenho de ver aquele pessoal novamente. Eles são muito caretas e ficam me olhando como se eu fosse doente. São muito chatos e caretas. Eu me sinto muito mais à vontade com o meu grupo.
- T: Por favor, mude de cadeira e responda como “Carlos razão”.
- P: Você quer estragar tudo? Já faz um mês que você está limpo e sabe que não vai resistir, sabe que na primeira oportunidade tudo vai voltar a ser como antes. Se você conseguiu ficar um mês limpo, é mais fácil continuar. (Ao sinal do terapeuta, muda de cadeira e continua, como “Carlos emoção”.) É muito fácil falar. É muito fácil falar, mas quando você está sozinho no fim de semana sem ter para onde ir, fica só pensando nos amigos. Seus amigos estão todos reclamando que você sumiu.
- T: O que responderá “Carlos razão”? (O terapeuta faz sinal com a mão para o paciente mudar de cadeira.)
- P: Pois é, Carlos, você já resistiu até agora, por que jogar tudo no lixo? Sua ansiedade já é bem menor do que antes. Acho que você consegue resistir mais tempo. Você gosta de Maria, pode voltar para ela, ela lhe dá a maior força, disse que poderia estudar com você. Maria está lhe dando essa chance, para que jogar fora? Além disso, não existem só os amigos de Maria. Você pode voltar a frequentar o curso de inglês; você adora inglês e está sentindo falta das aulas. Além disso, lá tem muita gente nova para conhecer.
- T: Você pode voltar para cá e responder?
- P: No fundo, eu sei de tudo isso, mas tenho medo de ficar entediado, isolado do grupo. Isso me deixa muito inseguro.

- T: Poderia voltar aqui?
- P: Olha, “Carlos emoção”, você tem que pensar que as coisas não são fáceis, dependem de algum esforço. Você já demonstrou que pode, está há um mês sem cheirar. Aproveite. Você mesmo já disse que toda sua vida está indo pelo ralo. Você estava satisfeito com sua situação?
- T: Por que “Carlos emoção” não responde a isso?
- P: Não, eu não estava satisfeito e sabia que devia mudar, mas não sei o que devo fazer e acabo achando que é melhor deixar como está.
- T: Carlos, você acha importante cada um de vocês fecharem os argumentos? Você, como “Carlos emoção”, o que diz a “Carlos razão” para concluir? E depois você vem aqui para fechar como “Carlos razão”.
- P: Acho que vou precisar de muito apoio, porque fico inseguro e com medo, isso já faz parte de mim.
- T: Ok. O que diz agora como “Carlos razão”? Você pode se sentar ali?
- P: Então, Carlos, você pode pesar bem o que está acontecendo e tomar a decisão correta. Você sabe que, nos momentos mais difíceis, é com sua família que você conta. Eles estão sempre lá. Além disso, você não quer perder Maria. Mais ainda, você tem a terapia, que o está ajudando. Não perca essa chance.

#### *RPC: etapa 4 – reavaliação unitária (quantificação do consenso)*

- T: Ok, Carlos. Creio que podemos parar aqui. Vamos voltar para nossas cadeiras à mesa. Proponho agora que façamos novamente a avaliação inicial para ver se “Carlos razão” e “Carlos emoção” chegaram a um consenso. Vamos deixar de lado “Carlos razão” e “Carlos emoção”, pois o que nos interessa agora é o consenso. Qual é o consenso, se é que houve um? Você pode avaliar as vantagens e desvantagens? Neste momento, se fosse tomar a decisão, o que pesaria mais, as vantagens ou as desvantagens?
- P: As vantagens.
- T: As vantagens de recusar o convite. Foi isso que escutei? Qual percentual você colocaria para as vantagens? Sessenta, setenta, oitenta, noventa?
- P: Oitenta por cento.
- T: Restando, portanto, 20% para as desvantagens.

#### *RPC: etapa 5 – avaliação (debriefing) do que foi aprendido*

- T: Você pode resumir o que aprendeu da discussão entre razão e emoção?
- P: Aprendi – aliás, lembrei – que é normal sentir medo e insegurança nessa fase, que se consegui resistir durante um mês, não tem por que abandonar o barco agora. Sei que é difícil, mas posso continuar tentando.



*RPC: etapa 6 – tomada de decisão*

- T: Ótimo. Você está pronto para tomar a decisão agora? Você diria que este é o momento para tomar uma decisão?
- P: Acho que sim.
- T: Portanto, que decisão você toma?
- P: Vou recusar o convite. Não vou para a despedida.
- T: Você pode escrever aqui ao lado a decisão, exatamente essa que você acaba de tomar?
- P: Sim. Recusar o convite de Marcos.

*RPC: etapa 7 – plano de ação (Fig. 14.4)*

- T: Carlos, mesmo tendo colocado 80% para a razão e tendo decidido isso, há chance de as dúvidas retornarem e os dois personagens entrarem em conflito novamente?
- P: Com certeza, estou o tempo todo brigando comigo mesmo.
- T: Talvez seja isso que devamos antecipar. Que tal organizarmos um plano de ação para que isso não aconteça? Veja esta folha. (O terapeuta mostra a planilha.) Vale a pena tentarmos?
- P: Acho que sim. Estou sempre vacilando em minhas decisões, sempre volto atrás.
- T: Ok. Vamos tentar organizar isso. Você pode escrever as ações a serem tomadas para que a decisão seja mantida? Temos vários espaços na primeira coluna desta planilha. O que você prevê que deva ser feito para aumentar a chance de isso dar certo? Que ações você deve tomar?
- P: Acho que devo ligar para Marcos e dizer que não vou. Eu fico dando desculpas, mas não adianta nada, pois ele insiste.
- T: Você pode escrever isso aqui?
- P: Sim.
- T: Que outra ação você acha necessária?
- P: Acho que é isso mesmo, dizer para ele que não vou porque essa é minha decisão.
- T: Você acha que pode estender esse plano para outros momentos e não só para o dia de hoje? A ideia não é se manter longe da cocaína?
- P: Acho que sim. Não adianta nada eu resistir hoje e fraquejar amanhã.
- T: Então, o que mais você pode fazer, imaginando outras ações que gostaria de adicionar a esta planilha?
- P: Acho que preciso voltar a ocupar meu tempo, fazer coisas úteis. Por exemplo, preciso retomar meu curso de inglês.
- T: Isso entra aqui como uma ação?
- P: Sim.

- T: Que outra ação ou algo semelhante ajudaria você a manter a decisão?
- P: Acho que o melhor é me ocupar. Preciso voltar a procurar um trabalho. Mas aí me vem a ideia: e se me der aquela “leseira” e todo o desânimo do mundo tomar conta de mim novamente?
- T: É muito importante que você coloque isso, pois acho que você está antecipando o que vamos fazer em relação a cada uma dessas ações, isto é, prever as dificuldades e obstáculos que você espera encontrar. Vamos fazer isso? Veja a coluna “Possíveis problemas”. Então, para cada uma destas ações aí, quais são os obstáculos que você acha que podem atrapalhar a manutenção da decisão?
- P: Marcos pode ficar insistindo, como sempre faz, até eu ceder.
- T: Você pode escrever isso aí como uma possibilidade?
- P: Sim. Ele... pode... insistindo... ceder.
- T: E para as outras coisas que escreveu e que podem atrapalhar a manutenção de sua decisão, o que você antecipa como obstáculo?
- P: Voltar ao curso de inglês. Aqui, o problema é que o curso é pela manhã e eu não consigo acordar cedo. Também não quero fazer o curso à noite porque minha mãe não me empresta mais o carro. Pela manhã, pelo menos, ela me dá carona.
- T: Há algo mais que pode se colocar no caminho e impedir essas ações?
- P: Procurar trabalho... Eu já disse, pode dar aquela “leseira” e eu não ter ânimo.
- T: Bom, você pode escrever isso aí? Há mais alguma coisa que você antecipa como obstáculo?
- P: Não.
- T: E para essas coisas que você escreveu como possíveis obstáculos, se puder antecipar como pretende resolvê-las, há chance de você não ser pego de surpresa?
- P: Acho isso muito bom, porque é o meu problema: não sei o que fazer ou dizer. Então, se Marcos insistir, o que faço? Posso dizer que tomei a decisão e que decisão é decisão. Posso pedir para ele respeitar minha decisão e vou dar um tempo, dizer claramente que quero me afastar da droga por uns tempos e que tal distância é necessária. Posso dizer que, se ele insistir, vou ter de ser mal educado e interromper a conversa.
- T: Para você não se esquecer, pode escrever isso aí?
- P: Ser firme... dizer que... decisão... interromper conversa.
- T: Para os outros obstáculos, o que você faria?
- P: Curso de inglês. Posso pedir para minha mãe que me acorde e que insista se eu tiver dificuldade. Ela é boa nisso. Às vezes, fico com raiva quando ela me acorda, mas agora sou eu que estou pedindo.
- T: E este último item, sobre trabalho. Como é que você pretende lidar com isso?

- P: Esse é muito complicado, porque já estou há um bom tempo sem trabalhar. Bom, é melhor não me desesperar. Maria já se ofereceu para me ajudar e acho que vou aceitar sua ajuda. Ela deu algumas sugestões que eu nem quis ouvir, mas agora posso ver o que ela tem para propor.
- T: Ok. Você acha que, de modo geral, essas coisas que escreveu como possíveis soluções podem ajudá-lo a atravessar essa fase?
- P: Acho que sim. Saber antes o que preciso fazer é muito bom e pode ajudar.
- T: Esse plano de ação então serve como a estratégia que você precisava?
- P: Acho que sim, pois já sei o que vou fazer e não serei pego de surpresa.
- T: Você pode continuar pensando em outras questões que venham a surgir?
- P: Sim.
- T: Muito bem, Carlos, antes de eu lhe pedir um *feedback*, gostaria agora de revisar um pouco mais o que acabamos de fazer para não deixar escapar nada. Você concorda?

Meta: recusar o convite de Marcos.				
Ações	Quando	Possíveis problemas	Estratégias para resolver os problemas	Progresso
Ligar para Marcos e dizer que não vou à festa de despedida de Paulo.	Hoje	Marcos pode insistir até eu ceder.	Posso dizer que é uma decisão e pedir que ele a respeite. Ser firme e interromper a conversa se ele continuar insistindo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Falei com Marcos e ele compreendeu.</li> <li>– Fui ao cinema em vez de ir à despedida.</li> </ul>
Voltar a ocupar meu tempo com coisas úteis (p. ex., retomar o curso de inglês).	A partir de hoje	Posso não conseguir acordar cedo.	Pedir para minha mãe me acordar e insistir se eu tiver dificuldade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conversei com minha mãe, e ela prometeu me ajudar.</li> <li>– Combinamos ir fazer a matrícula.</li> </ul>
Procurar trabalho.	A partir de hoje	Falta de ânimo.	Aceitar a ajuda de Maria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Maria me ligou, e aproveitei para pedir que ela me ajudasse.</li> <li>– Combinamos conversar sábado.</li> </ul>

>> FIGURA 14.4 Plano de ação.

Fonte: Modificada de Greenberger e Padesky.<sup>13</sup>

## Possíveis problemas no uso do *role-play* consensual

Alguns pacientes não conseguem identificar a diferença entre razão e emoção, parecendo não saber do que o terapeuta está falando. Isso acontece muito com pessoas que apresentam alexitimia, uma condição na qual o indivíduo tem grande dificuldade ou é praticamente incapaz de identificar emoções.<sup>14</sup> Nesse caso, o terapeuta pode lidar com a ambivalência, pedindo ao paciente para identificar a voz interna que diz “faça isso...” e a que diz “não, não faça isso...”. Exceto nos casos em que a ambivalência entre razão e emoção está clara para o terapeuta e a expressão emocional é claramente disfuncional, o profissional pode adotar uma atitude neutra e reconhecer que nem sempre as emoções são ruins e que a expressão emocional pode ser desejável.

Outra dificuldade encontrada no uso do RPC é saber o momento de aplicá-lo no curso da terapia. Para isso, foi desenvolvido, pelo autor deste capítulo, um sistema hierárquico de codificação dos sintomas classificados por cores e que tem se mostrado muito útil, sobretudo para os terapeutas com pouca experiência (Quadro 14.1). Desenvolvido inicialmente para orientar as exposições graduais nos casos de fobias e outros transtornos de ansiedade,<sup>3</sup> passou a ser utilizado também para orientar as tomadas de decisão por dependentes químicos. Nesse caso, o terapeuta utiliza a hierarquia codificada por cores para identificar o grau de dificuldade (desconforto ou sofrimento) nas diferentes situações às quais o paciente precisa resistir. Por exemplo, no caso de Carlos, o profissional já havia ajudado a identificar a importância relativa de diferentes ações, de acordo com suas dificuldades (Fig. 14.5), para resistir à droga. Sua dificuldade maior, naquele momento, era resistir aos apelos de um dos amigos que provavelmente o levaria à recaída.

## PROCESSO

A técnica processo foi proposta para implementar a reestruturação de crenças negativas disfuncionais, sobretudo aquelas relativas à visão que o paciente tem de si mesmo.<sup>5</sup> A intervenção é realizada em uma única sessão, desativando a crença disfuncional negativa e ativando uma positiva (Tab. 14.1). A meta, entretanto, é

### >> QUADRO 14.1

#### Hierarquia dos sintomas codificados por cores para facilitar a tomada de decisão

- 0 = A exposição é confortável ou indiferente
- 1 = A exposição é levemente desconfortável
- 2 = A exposição é claramente desconfortável
- 3 = A exposição é muito desconfortável
- 4 = A exposição provoca sofrimento tal que só me exponho se for necessário
- 5 = A exposição provoca sofrimento tal que é impossível resistir

Nome do paciente: Carlos.....																				
Escolha os escores correspondentes a sua dificuldade (0-5) de resistir à droga em cada uma das situações abaixo, caso você seja exposto a ela. O escore global (soma dos itens individuais) equivale à dificuldade de resistir à droga.																				
Sessão	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Dizer “não” a Marcos	4	4	4	4	5	3	2	2	1											
Dizer “não” a Paulo	4	3	2	2	1	1	0	0	0											
Passar na Rua X sem procurar droga	3	3	1	0	0	0	0	0	0											
Estar com Maria	5	5	5	4	3	4	2	1	0											
Estar sozinho em casa, assistindo televisão	0	0	0	0	0	0	0	0	0											
Ir a locais onde encontrará os amigos usuários	2	1	0	0	0	0	0	0	0											
Dizer “não” ao traficante que lhe fornece cocaína	5	5	5	5	5	5	5	5	4											
Soma dos itens	23	21	17	15	14	13	9	8	5											
Número de ações as quais não resiste*	4	3	3	3	2	2	1	1	1											

>> **FIGURA 14.5** Escores de dificuldade de resistência aos apelos da droga de acordo com a hierarquia dos sintomas codificados por cores.

P1 = primeira alegação da promotoria; D1 = réplica da defesa; P2 = segunda alegação da defesa; D2 = réplica da defesa; Genet. = generalização; Verd. = verdade; Dicot. = pensamento dicotômico; Desq. = desqualificação dos aspectos positivos.

Copyright: Irismar Reis de Oliveira.

obter o equilíbrio ideal entre as crenças negativas e positivas, com progressiva predominância das últimas. Com a utilização do exercício diário iniciado na sessão denominado “preparo para o recurso”, o terapeuta estimula o paciente a perceber, diariamente, pequenos elementos que provam e reforçam crenças positivas mais motivadoras, tais como “Sou capaz” (Fig. 14.6).<sup>15</sup>

## Descrição do processo

Apesar de haver diversas formas de reestruturação das crenças nucleares disfuncionais,<sup>16</sup> o processo, desenvolvido com essa finalidade, parece ser a abordagem mais estruturada atualmente disponível.<sup>5</sup> Ao iniciar seu uso, é solicitado ao paciente que apresente, de forma sucinta, a situação incômoda ou o problema, o que equivale ao tema escolhido para compor a agenda da sessão. O terapeuta fica atento ao discurso, aos gestos e às reações emocionais do paciente, pois essas informações levarão o profissional a identificar, junto com o paciente, os pensamentos automáticos ligados ao estado emocional atual. Todos esses dados serão registrados na coluna 1 da Tabela 14.1. Essa etapa da abordagem equivale à investigação ou ao inquérito em um processo criminal.

Para trazer à tona a crença nuclear ativa (ou a ser ativada), responsável pelos pensamentos automáticos e o estado emocional atual, o terapeuta utiliza a técnica conhecida como “seta descendente”:<sup>17</sup> o profissional pergunta o que os pensamentos automáticos que acabam de ser expressados significam para o indivíduo, supondo que sejam verdadeiros. As respostas sucessivas conduzem o paciente a expressar ideias mais centrais a respeito de si mesmo, atingindo a mais central de todas, verbalizada como “Sou...”, e que equivale à crença nuclear ativada. No exemplo da Figura 14.5, Carlos expressou a crença “Sou incapaz”. O terapeuta explica que o procedimento (processo) inicia de forma semelhante a uma investigação ou um inquérito policial, com o objetivo de identificar a acusação (no caso, autoacusação) correspondente à crença nuclear negativa que o paciente alimenta sobre si mesmo. O terapeuta pede que o indivíduo avalie o quanto acredita nessa crença e que emoção isso lhe causa. Os percentuais indicando quanto o paciente acredita na veracidade da crença e a intensidade da emoção equivalente são registrados no espaço inferior da coluna 1, onde se lê “Inicial”.

As colunas 2 e 3 do processo ajudam o paciente a reunir as informações que sustentam (coluna 2) e as que não sustentam (coluna 3) a crença nuclear negativa. A coluna 2 corresponde à alegação da promotoria, em que o paciente é instruído a identificar os elementos que apoiam a crença, tomada como autoacusação. Em geral, o que se verifica é que o indivíduo tende a produzir mais pensamentos automáticos, sobretudo distorções cognitivas, e não evidências. O terapeuta não deve corrigir o paciente, pois, na fase equivalente ao júri (coluna 7), o indivíduo é orientado a considerar esse aspecto, percebendo que o promotor tende a produzir predominantemente distorções cognitivas. As informações obtidas e registradas na

**Crença nuclear positiva:** *Sou forte.* Escreva abaixo, diariamente, pelo menos duas evidências que sustentem a crença nuclear positiva. Além disso, coloque no espaço entre parênteses quanto (%) você acredita na nova crença.

Data: (50%) 1. <i>Acordei cedo e fui para o trabalho, apesar de não estar com vontade.</i> 2. <i>Vim para a terapia, mesmo não querendo.</i> 3.	Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.
Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.
Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.
Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.	Data: (%) 1. 2. 3.

>> **FIGURA 14.6** Preparo para o recurso – formulário para uma crença.  
 (Copyright: Irismar Reis de Oliveira)

coluna 2 têm o objetivo de evidenciar os argumentos internos que o paciente usa para sustentar a crença nuclear negativa.

Na coluna 3 (advogado de defesa), o paciente é estimulado a identificar todas as evidências que não sustentam a crença nuclear negativa. Se o terapeuta perceber que o sujeito está trazendo mais opiniões do que evidências, pode sugerir, de maneira sutil, que ele dê exemplos com base nos fatos. Embora os pacientes geralmente melhorem após a conclusão da coluna 3 (redução das porcentagens correspondentes a quanto eles acreditam na crença negativa ativada e à intensidade da emoção), alguns pouco melhoram ou não melhoram, por conta da baixa credibilidade das alternativas trazidas para desafiar os pensamentos automáticos. Alguns pacientes dizem acreditar em tais alternativas apenas intelectualmente.

A coluna 4 (réplica do promotor à alegação da defesa) é para os pensamentos do tipo “sim, mas...” que o paciente usa para desqualificar ou minimizar as evidências ou os elementos trazidos pela defesa na coluna 3, tornando-os menos dignos



de crédito. Como ilustra o exemplo da Tabela 14.1, ao usar a conjunção “mas”, o terapeuta estimula ativamente a expressão dos pensamentos que sustentam outros pensamentos automáticos negativos e perpetuam as emoções e os comportamentos disfuncionais. O humor do paciente tende a retornar ao nível apresentado na coluna 2, na primeira manifestação do promotor. O terapeuta pode, então, usar essas oscilações para mostrar ao paciente como seu humor depende de como é percebida a situação, de forma positiva ou negativa.

As colunas 5 e 6 são os aspectos que tornam a técnica do processo diferente dos registros de pensamentos convencionais. Na coluna 5 (equivalente à tréplica da defesa em resposta ao promotor), o paciente é estimulado a inverter as proposições das colunas 3 e 4, usando estratégia semelhante àquela utilizada pelo promotor, também conectando-as com a palavra “mas”. O paciente é solicitado a copiar todas as frases expressas pelo promotor na coluna 4, ligando-as com os elementos equivalentes da coluna 3, trazidos pela defesa, também usando a conjunção “mas”. Com isso, o terapeuta ajuda o paciente a reduzir a força dos pensamentos automáticos negativos, resultando na mudança de perspectiva da situação para mais positiva e realista. O indivíduo é estimulado a ler cada uma das sentenças invertidas na coluna 5 e registrar, simultaneamente, na coluna 6, o novo significado, agora positivo, produzido por essa estratégia.

A coluna 7 equivale à deliberação do corpo de jurados. O paciente pode responder a uma série de questões envolvendo a atuação do promotor e da defesa, por exemplo: Quem foi mais consistente? Quem foi mais convincente? Quem se baseou mais nos fatos? Houve intencionalidade por parte do acusado? Entretanto, o que de fato parece mudar a perspectiva do paciente é a resposta à questão “Quem cometeu menos distorções cognitivas?”. Aqui, o paciente é solicitado a buscar as distorções cognitivas na folha contendo definições e exemplos entregue pelo terapeuta. O sujeito se surpreende por constatar que a promotoria comete inúmeras distorções cognitivas, ao passo que, com a defesa, isso quase nunca ocorre. Na maioria dos casos, os pacientes se inocentam da acusação representada pela crença nuclear negativa.

O crédito que o paciente atribui à crença nuclear negativa e a intensidade da emoção correspondente são avaliados no término da atuação de cada personagem e registrados na parte inferior de todas as colunas (com exceção da coluna 5). Os percentuais demonstram a oscilação das respostas emocionais do paciente ao dirigir sua atenção às percepções negativas do promotor ou positivas da defesa.

Por fim, esse registro de pensamentos é utilizado para ativar (ou mesmo desenvolver) nova crença nuclear positiva por meio da técnica da seta ascendente,<sup>4</sup> em contraposição à seta descendente<sup>17</sup> utilizada na coluna 1. Para isso, o terapeuta pergunta: “Supondo que o advogado de defesa tenha razão, o que isso diz a seu respeito?”. No exemplo da Tabela 14.1, o paciente traz a nova crença nuclear: “Sou capaz”.

A Figura 14.6 é o registro que o paciente será solicitado a preencher como tarefa, sendo estimulado a reunir, durante a semana, diariamente, os elementos

que sustentam a crença nuclear positiva. Essa etapa inicia ainda na mesma sessão, constituindo-se na preparação para o recurso solicitado pelo promotor quando o paciente se inocenta da acusação, ou, mais raramente, solicitado pela defesa, quando o paciente não se considera inocente ao final do processo. O paciente indica também, diariamente (entre parênteses), o quanto acredita na crença positiva.

O tempo despendido pelo paciente para a realização da tarefa envolvendo a busca diária de elementos que sustentam a crença positiva será o mesmo, não importando quantas crenças nucleares funcionais ele esteja alimentando em seu diário. Um fato, uma evidência ou um elemento que apoie uma crença nova podem confirmar outras, positivas, e, assim, os pacientes não deixam de vigiar a atividade das crenças nucleares que foram previamente reestruturadas e que, com frequência, ativam-se se estiverem fora do campo de atenção. Portanto, esse formulário permite o fortalecimento de duas ou mais crenças novas ao mesmo tempo.

O aspecto fundamental nesse estágio é que o paciente ocupe seu tempo fora da sessão prestando atenção aos fatos e acontecimentos que sustentem a(s) crença(s) positiva(s), o que implica a escolha do advogado de defesa como aliado, independentemente de o paciente ter sido absolvido ou não ao final de cada processo.

## Uso do processo em uma sessão de terapia cognitiva processual

### *Tabela 14.1, coluna 1: investigação\**

- T: Carlos, na semana passada, vimos a seguinte questão: sua decisão de não aceitar o convite de Marcos para ir à festa de despedida de Paulo. Foi uma decisão aparentemente difícil para você. Gostaria de saber o que ocorreu depois de usarmos o RPC.
- P: Foi muito difícil, sobretudo por em prática, pelo menos no começo. Fiquei me amarrando para ligar para Marcos, e ele acabou me ligando. Fiquei pensando em dar uma desculpa, mas resolvi dizer que tomei a decisão de não ir porque sabia que iria recair se fosse com ele. Para minha surpresa, ele nem insistiu tanto. Acabou dizendo que compreendia minha decisão, que me invejava e que ele próprio ainda não tinha tido essa coragem.
- T: Na semana passada, além de ver as vantagens e desvantagens, fomos um pouco além e focamos nos papéis da razão e da emoção, esse conflito interno que você parece ter: ora parece ser sua cabeça que diz algo, ora é realmente o sentimento. Isso mudou alguma coisa?
- P: Ajudou um pouco mais a tomar a decisão, mas a vontade continua vindo muito forte.

\* Após concluir a revisão dos questionários e das tarefas e estabelecer a agenda.

- T: Foi importante você ter resistido?
- P: Sim, de lá para cá me senti um pouco mais aliviado. A impressão que eu tinha antes é que ficava paralisado e não tinha força para fazer nada. Agora, depois de tomar aquela decisão e conseguir mantê-la, fiquei mais disposto.
- T: Diga-me uma coisa, Carlos: parece que, durante a semana, você continuou lutando contra esses pensamentos e a lembrança de seus amigos, não?
- P: Isso vem à cabeça o tempo todo. Não para.
- T: O que tem passado por sua cabeça em relação a essa questão, embora tenha me dito que foi um pouco menos difícil do que antes?
- P: É sempre a mesma coisa. Não vou conseguir; mais cedo ou mais tarde, vou recair. Estou me afastando de meus amigos; eles gostam de mim, e eu não quero decepcioná-los. A principal coisa é que vou decepcioná-los. Fico achando que eles vão ficar chateados e me colocar de escanteio. Outra coisa é que não consegui procurar Maria e acabei não fazendo nada para voltar ao curso de inglês, nem procurei trabalho.
- T: O que significa para você passar por tudo isso e ter todos esses pensamentos?
- P: Significa que vou continuar me ferrando, que não tenho jeito.
- T: Carlos, essas coisas dizem algo sobre você? O que elas significam sobre você?
- P: Significam isso, que não tenho jeito, que sou incapaz mesmo.
- T: Carlos, eu lhe mostrei este diagrama de conceituação diversas vezes, e parece que ele o ajudou a compreender melhor sua situação. Você lembra que escrevemos aqui, no primeiro nível, vários pensamentos automáticos, inclusive alguns desses que você acaba de trazer. Será que esses pensamentos não são resultantes da ideia mais central que você faz de si mesmo, de como se vê como pessoa? Você lembra que nome demos a isto?
- P: Lembro: crença nuclear.
- T: Exato, crença nuclear, você lembra bem. Se escrevermos isso aqui (o terapeuta mostra o diagrama com a caixa da crença nuclear negativa ativada [Fig. 14.1]) como uma crença nuclear que acaba de ser ativada, “Sou incapaz”, fará sentido para você? Percebe como esta seta subindo em direção à caixa dos pensamentos automáticos alimenta esses pensamentos que você vem tendo?
- P: Percebo, sim. Faz sentido.
- T: Essa ideia mais central que você faz de si mesmo e que acaba de se ativar, “Sou incapaz”, volta de vez em quando?
- P: Muito.
- T: Eu gostaria de propor trabalharmos isso hoje utilizando uma técnica que você ainda não conhece, chamada *processo*. Com essa técnica, a ideia central que as pessoas carregam sobre si mesmas (no seu caso,

“Sou incapaz”) é transformada em autoacusação. Vou escrever neste formulário (o terapeuta mostra a folha do processo [Tab. 14.1]) exatamente isso, nesta primeira coluna: “Sou incapaz”. Este primeiro momento de uso dessa técnica corresponde ao que chamamos de investigação; nela, sendo verdadeiros esses pensamentos, você mesmo chegou à seguinte conclusão: “Sou incapaz”. Quanto você acredita nisso agora, Carlos?

P: Agora, 80%.

T: Ao acreditar 80%, o que você sente?

P: Tristeza, muita tristeza.

T: Qual o tamanho dessa tristeza agora, de 0 a 100%?

P: Fica também em 100%.

### *Tabela 14.1, coluna 2: 1ª alegação da promotoria*

T: Eu gostaria de seguir nessa mesma linha. Vou propor que você se imagine em um tribunal e que, transformando a crença em autoacusação, traga todos os elementos que tiver para me provar que isso é verdade, que você é incapaz. Pode fazer isso? Vou pedir que você faça a mesma coisa que fez na semana passada, quando usamos o RPC. Vou lhe pedir para viver outros personagens internos. Por exemplo: você vê diversas cadeiras vazias e, nessa cadeira ali em frente, onde peço que você se sente agora, você será Carlos. Pode sentar-se nela agora? (Carlos se senta na outra cadeira.) Você está ocupando a cadeira do réu, e a acusação é “Sou incapaz”. Ao fazer a investigação há pouco, você disse que acreditava muito nisso. Agora, ainda como Carlos, ocupando a cadeira do acusado, você continua acreditando 80% na acusação “Sou incapaz”?

P: Acho que até um pouco mais: 90% (o terapeuta corrige o valor de 80 para 90%).

T: Como fica a tristeza?

P: Continua em 100%.

T: Você pode sentar-se agora nesta cadeira à minha direita? Aqui, você vai representar o personagem interno que o acusa de ser incapaz. Pode vir para esta cadeira?

P: Claro que sim!

T: Ótimo! Então você acusará Carlos que está sentado na cadeira do réu aí em frente (o terapeuta aponta para a cadeira do réu, agora vazia). Você vai apresentar os argumentos que provam que ele é incapaz. Eu gostaria que você utilizasse o pronome “ele” para se referir a Carlos.

P: Ele fica o tempo todo ligado no grupo e com vontade de cheirar.

T: Ok. Deixe-me anotar isso. “Ele fica o tempo todo ligado no grupo e com vontade de cheirar”.

- P: Ele não consegue sair de casa para procurar emprego.  
T: “Ele não consegue sair de casa para procurar emprego.”  
P: Não fez nada para voltar ao curso de inglês.  
T: Então, “Não fez nada para voltar ao curso de inglês.”  
P: Já teve várias recaídas e está sem trabalhar há quase um ano.  
T: Ok. “Já teve várias recaídas e está sem trabalhar há quase um ano.”  
P: Perdeu completamente a confiança da mãe.  
T: Continuo anotando. “Perdeu completamente a confiança da mãe.” Eu gostaria de pedir que você volte à cadeira do réu. Veja o que acaba de escutar do promotor, para provar que você é incapaz. Ele usou os seguintes argumentos: você fica a maior parte do tempo ligado no grupo e com vontade de cheirar; não consegue sair de casa para procurar emprego; não fez nada para voltar ao curso de inglês; já teve várias recaídas; está sem trabalhar há quase um ano; e perdeu a confiança de sua mãe. Quando ouve os argumentos colocados pelo promotor que acaba de se expressar, quanto você acredita nisto: “Sou incapaz”?
- P: 100%.  
T: E a tristeza?  
P: 100%.

*Tabela 14.1, coluna 3: 1ª alegação da defesa*

- T: Carlos, de vez em quando, você deixa a defesa se manifestar? Eu gostaria de pedir que você lhe dê uma chance agora. Estamos em um tribunal, e peço que você se sente agora nesta outra cadeira à minha esquerda e rebata o que foi dito pelo promotor. Pode fazer isso? Ou seja, Carlos continua naquela cadeira, e você se coloca agora como a defesa dele.
- P: Mas doutor, como é que vou fazer isso? Ele não tem defesa!
- T: Então, me responda. Um advogado de defesa é obrigado a acreditar na inocência do acusado?
- P: Não.
- T: Não é isso que está acontecendo aqui? Você não acha que, por lei, todos têm direito a defesa? Mesmo grandes criminosos merecem defesa. Se você tiver de defender Carlos, ainda que não acredite em sua inocência, que argumentos você tem? Lembre-se, tudo que um advogado de defesa precisa fazer é um trabalho competente.
- P: O fato de ele ter concluído o ensino médio e começado a universidade é importante?
- T: O que você acha? Isso fala em favor de Carlos?

- P: Sim.
- T: Então vou registrar aqui: ele concluiu o ensino médio e começou a universidade.
- P: Mas isso só mostra que ele é incapaz, doutor, já que não continuou os estudos.
- T: Em minha condição de juiz, tenho a prerrogativa de esclarecer que o senhor, enquanto advogado de defesa, ao colocar esse argumento, está fornecendo elementos que prejudicam a defesa de Carlos. O senhor gostaria de manter essa última declaração? Ela ajuda ou prejudica o réu?
- P: É verdade, quero retirar o que disse.
- T: O senhor pode continuar a defesa? Que outros elementos traz para provar que a acusação é falsa ou não é inteiramente verdadeira?
- P: Enquanto estudou, ele sempre passou de ano.
- T: Então, “Enquanto estudou, ele sempre passou de ano”.
- P: Só que com a mãe na cola...
- T: Quem o senhor acha que se expressou agora, a defesa ou a promotoria?
- P: Acho que a promotoria.
- T: (O terapeuta olha para a cadeira vazia, à sua direita, e, com olhar severo, simula estar admoestando o promotor.) Por favor, peço que o senhor se cale, pois ainda não é sua vez de falar. Peço que não perturbe o trabalho da defesa. (Volta-se para Carlos, sentado à esquerda, em atitude acolhedora.) Por favor, o senhor pode continuar a defesa. O que o senhor tem a dizer em favor de Carlos?
- P: Ele tem um ótimo relacionamento com os amigos.
- T: (O terapeuta escreve) “Ele tem um ótimo relacionamento com os amigos”. Mais algum elemento?
- P: Ele tem muita facilidade para aprender línguas. Foi um excelente aluno no curso de inglês.
- T: Deixe-me registrar isso: “...excelente aluno no curso de inglês.”
- P: Acho que está bom.
- T: Por favor, você pode voltar a ocupar a cadeira do réu? Escute o que diz a defesa: você concluiu o ensino médio e começou a universidade; enquanto estudou, você sempre passou de ano; tem um ótimo relacionamento com os amigos e muita facilidade para aprender línguas, tendo sido um excelente aluno no curso de inglês. Ao escutar isso do advogado de defesa, quanto acredita na acusação de que você é incapaz?
- P: Acredito menos: 60%.
- T: E a tristeza, de que tamanho fica?
- P: Também em 60%.

*Tabela 14.1, coluna 4: 2ª alegação da promotoria*

- T: Você pode voltar para esta cadeira aqui, à minha direita? Agora, o promotor volta a falar. Normalmente, o que acontece agora é que o promotor, tendo utilizado todos os argumentos que tinha, de modo geral, tenta desqualificar o que foi dito pela defesa. Para tanto, utiliza a conjunção “mas”, e é isso que vou lhe dar a oportunidade de fazer. Ou seja, o advogado de defesa se pronunciou dizendo: “Ele concluiu o ensino médio e começou a universidade”, mas... o que diz o promotor?
- P: ... não continuou os estudos.
- T: Ok. “Enquanto estudou, ele sempre passou de ano”, mas...
- P: ... agora só sabe cheirar cocaína.
- T: “Ele tem um ótimo relacionamento com os amigos”, mas...
- P: ... são todos viciados.
- T: “Ele tem muita facilidade para aprender línguas e foi um excelente aluno no curso de inglês”, mas...
- P: ... não consegue continuar.
- T: “... não consegue continuar”. Ok? Pode voltar para aquela cadeira, como Carlos? E agora você acaba de escutar do promotor as seguintes acusações: você não continuou os estudos; você, agora, só sabe usar cocaína; seus amigos são todos viciados e você não consegue continuar o curso de inglês. Ao escutar da promotoria essas acusações, quanto você acredita nisto: “Sou incapaz”?
- P: Voltei a acreditar 100%, sou um incapaz mesmo.
- T: Em quanto fica a tristeza?
- P: Vai também para 100%.

*Tabela 14.1, colunas 5 e 6: 2ª alegação da defesa*

- T: Carlos, você não acha que isso é o que acontece lá fora? Quem você escuta mais lá, o promotor ou a defesa?
- P: Eu só escuto o promotor, o tempo todo.
- T: Isso pareceu se repetir aqui, não foi? E o que você aprende ao terminar de ouvir o que foi dito pelo promotor?
- P: Que eu não paro de me culpar... de me colocar para baixo.
- T: Então, vou pedir que você retorne a esta cadeira à minha esquerda, onde estará sentado como advogado de defesa... Pode vir aqui?
- P: Claro.
- T: A defesa utilizará a mesma estratégia da promotoria; nesse caso, a defesa também usa a conjunção “mas”. Da mesma forma que a promotoria parecia não ter mais argumentos, a defesa também não tem. Entretanto, tenho uma boa notícia para você: não há necessidade de novos

- argumentos. Basta você repetir exatamente o que foi dito pela promoção. Por favor, faça isso e, em seguida, explicarei o que fazer.
- P: Ele não continuou os estudos.
- T: Gostaria agora que você acrescentasse a conjunção “mas”, logo em seguida.
- P: Mas...
- T: Você pode repetir exatamente o que disse a defesa?
- P: ... concluiu o ensino médio e começou a universidade.
- T: Pode ler a frase inteira para mim?
- P: Ele não continuou os estudos, mas concluiu o ensino médio e começou a universidade.
- T: O que isso significa para você, sobre Carlos?
- P: Isso significa que ele não é tão incapaz quanto pensa.
- T: Você pode escrever na outra coluna o que acaba de me dizer? Por favor, coloque o mesmo número da linha.
- P: “Ele não é tão incapaz quanto pensa”.
- T: Posso pedir que acrescente a palavra “portanto”? Gostaria que você concluísse: portanto...
- P: Portanto, ele conseguiu concluir alguma coisa.
- T: Por favor, escreva isso logo em seguida. Você pode continuar com o outro item?
- P: Só que com a mãe na cola, mas, enquanto estudou, ele sempre passou de ano.
- T: O que isso significa sobre Carlos?
- P: Novamente, significa que ele não é tão incapaz assim, portanto, pode voltar a estudar.
- T: Continue, por favor.
- P: São todos viciados, mas ele tem um ótimo relacionamento com os amigos. Isso significa que é capaz de se relacionar com outras pessoas, portanto, pode voltar a se socializar.
- T: Ótimo, faça o próximo.
- P: Não conseguiu continuar, mas tem muita facilidade para aprender línguas e foi um excelente aluno no curso de inglês. Isso significa que ele tem facilidade com línguas, portanto, pode voltar a estudar inglês.
- T: Carlos, pode assumir novamente a cadeira do réu? Acaba de ser dito pela defesa: você concluiu o ensino médio e começou a universidade, e isso significa que você não é tão incapaz quanto pensa, portanto, você conseguiu concluir alguma coisa; enquanto estudou, você sempre passou de ano, o que significa que você não é tão incapaz assim, portanto, pode voltar a estudar; tem um ótimo relacionamento com os amigos, e isso significa que é capaz de se relacionar com outras pessoas, portanto, pode voltar a se socializar; você tem muita facilidade para aprender línguas e foi um excelente aluno no curso de inglês, o que significa que



tem facilidade com línguas, portanto, pode voltar a estudar inglês. Ao escutar isso da defesa, quanto acredita na acusação de que você é incapaz?

P: 50%.

T: E como fica a tristeza?

P: Diminui para uns 60%.

### *Tabela 14.1, coluna 7: veredito*

T: Carlos, veja agora o que acontece nesta fase do tribunal. A promotoria e a defesa se manifestaram; houve réplica da promotoria e tréplica da defesa. Agora, qual é o próximo passo em um júri criminal?

P: Os jurados dão o veredito. Vejo muito isso na televisão.

T: Exatamente, o júri se reúne. Deixe-me explicar como isso é feito aqui. Eu me retiro da posição de juiz e assumo com você o papel de jurado. Vamos sentar naquelas cadeiras? Você pode imaginar-se em uma sala com muitos jurados, ainda que sejamos apenas nós? (O terapeuta e Carlos se sentam em duas cadeiras laterais na sala.) Temos de sair daqui com a decisão unânime. Eu lhe pergunto: qual a função dos jurados?

P: Eles analisam o que foi dito pela promotoria e pelo advogado de defesa e decidem o veredito.

T: Exatamente. Em nosso tribunal, importa quem distorce mais ou menos os fatos. Podemos começar? Avaliaremos minuciosamente o que foi dito por ambos e veremos quem distorceu mais os fatos, está bem assim? Vamos construir uma pequena tabela para isso. Chamaremos a primeira alegação da promotoria de P1, a primeira alegação da defesa de D1, a réplica de P2 e a tréplica de D2.

P: Ok.

T: Vou ler cada frase e você tenta ver se há distorção. Para isso, você vai consultar a folha de distorções, certo? (O terapeuta entrega a folha das distorções.) Vou começar. O promotor disse: “Ele fica o tempo todo ligado no grupo e com vontade de cheirar”. Você encontra alguma distorção aqui, por parte do promotor?

P: Isso é verdade, ele fica o tempo todo ligado no grupo. E fica só pensando em cheirar.

T: Isso é totalmente verdade ou há algo que não corresponde à verdade na fala do promotor? Dê mais uma olhada na folha.

P: Bom, pensando bem, não é o tempo todo. Há momentos em que ele conversa com a mãe e não lembra do grupo, nem fica pensando em cheirar. Nesse caso, o promotor está generalizando.

T: Ok. Deixe-me anotar: P1.1 = generalização.

- T: O promotor disse: “Não consegue sair de casa para procurar emprego”. Você encontra alguma distorção aqui, por parte do promotor?
- P: Não, isso é verdade. Ele não consegue sair de casa para procurar emprego.
- T: Então eu devo anotar aqui: P1.2 = verdade.
- T: “Não fez nada para voltar ao curso de inglês”. Isso é verdade?
- P: Não, isso não é totalmente verdade. Ele comentou com sua mãe que estava com vontade de voltar ao curso e perguntou a ela se o ajudaria. Portanto, a promotoria aqui está generalizando também.
- T: P1.3 = generalização.
- T: “Já teve várias recaídas e está sem trabalhar há quase um ano.”
- P: Não vejo nenhuma distorção aqui.
- T: P1.4 = verdade. Continuando: “Perdeu completamente a confiança da mãe”. O que você acha disso?
- P: Acho que a promotoria também está exagerando aqui. A mãe dele o elogiou e está muito contente em ver que ele está limpo há um mês. Isso é um pensamento dicotômico da promotoria.
- T: P1.5 = pensamento dicotômico. Agora vou ler o que disse a defesa e você tenta encontrar distorções cognitivas, ok? “Ele concluiu o ensino médio e começou a universidade.”
- P: Isso é verdade, a defesa não está distorcendo.
- T: D1.1 = verdade. “Enquanto estudou, ele sempre passou de ano.”
- P: Verdade.
- T: D1.2 = verdade. “Ele tem um ótimo relacionamento com os amigos.”
- P: Isso também é verdade.
- T: D1.3 = verdade. “Ele tem muita facilidade para aprender línguas e foi um excelente aluno no curso de inglês.”
- P: Também é verdade. A defesa não cometeu nenhuma distorção aqui.
- T: D1.4 = verdade.
- T: Voltando à promotoria: “Não continuou os estudos.”
- P: Isso é verdade, ele não continuou os estudos.
- T: Você sabe por que a promotoria disse isso? Não foi em decorrência do que disse a defesa ao afirmar que Carlos concluiu o ensino médio e começou a universidade?
- P: É verdade. A promotoria está desqualificando o que disse a defesa.
- T: Posso registrar isso? P2.1 = desqualificação dos aspectos positivos. Em seguida a promotoria disse: “Agora só sabe usar cocaína”.
- P: Também é desqualificação. Nessa coluna, a promotoria só fez desqualificar.
- T: Você percebeu então. A promotoria desqualificou todos os elementos trazidos pela defesa.
- P: É verdade. Ela desqualificou quando a defesa disse que ele tem um ótimo relacionamento com os amigos, afirmando que são todos viciados.

Desqualificou também quando a defesa disse que ele tem muita facilidade para aprender línguas e que foi um excelente aluno no curso de inglês, dizendo que não consegue continuar.

- T: Vou anotar então que a promotoria cometeu a seguinte distorção: desqualificação dos aspectos positivos em todos os itens, de P2.1 a P2.4. O que você acha que aconteceu na tréplica da defesa? Você consegue ver alguma distorção aqui, já que a defesa utilizou os mesmos argumentos anteriores?
- P: Não, a defesa só trouxe fatos concretos.
- T: Então, anotarei que a defesa disse a verdade em todas as afirmações da tréplica, de D2.1 a D2.4. Então, como jurados, o que decidimos?
- P: O réu é inocente.
- T: Ótimo! Vamos voltar a nossas posições anteriores? Você pode retornar à cadeira do réu? (O terapeuta e o paciente voltam a suas cadeiras.) Carlos, você acaba de ouvir dos jurados o veredito de que você é inocente da acusação, com base na constatação de que a promotoria cometeu muitas distorções e a defesa não fez nenhuma distorção cognitiva. Com essa decisão, quanto você acredita na acusação de que você é incapaz?
- P: Cai para 30%.
- T: E em quanto fica a tristeza?
- P: Fica também em 30%.

### *Figura 14.6: preparo para o recurso*

- T: Excelente! Agora podemos assumir nossas posições originais, fora do tribunal. Carlos, agora que você foi inocentado da acusação, supondo que a defesa e os jurados tenham razão; o que isso diz a seu respeito?
- P: Diz que eu não sou incapaz. Diz que sou capaz.
- T: Você acha que o promotor se calará ou continuará a acusá-lo?
- P: Ele não vai parar.
- T: Posso entender com isso que ele está pedindo um recurso? Se for o caso, nós lhe daremos o recurso, quantas vezes ele solicitar, você concorda? Se a defesa tivesse perdido, também lhe daríamos a possibilidade de recurso. O mais importante agora é saber quem você escolhe como aliado? O promotor ou a defesa?
- P: Sem dúvida, a defesa.
- T: E o que provou a defesa?
- P: Provou que sou capaz.
- T: Gostaria que você se preparasse para o recurso solicitado pela promotoria, auxiliando de perto sua defesa. Veja o documento da defesa. (O terapeuta mostra a planilha do recurso [Fig. 14.6].) O que um bom

advogado de defesa faz entre as audiências, quando está trabalhando em um caso?

- P: Continua buscando evidências que ajudem o cliente.
- T: Portanto, isso é o que proponho que você faça durante a semana. Peço que você passe a prestar atenção em todos os fatos, mesmo aqueles aparentemente sem importância, para ajudar sua defesa, está bem? Vamos começar agora, para você aprender. Você pode começar com o dia de hoje. Não busque nada heroico. Pequenos fatos contam, porque são esses os fatos que dizem o que somos. Então, vou escrever aqui o que disse sua defesa: “Sou capaz”. Você pode me trazer elementos do dia de hoje que provam isso?
- P: Hoje? Mas não aconteceu nada hoje.
- T: Vamos testar. A que horas você acordou?
- P: Minha mãe me acordou às 7h da manhã, e eu estava com muito sono. Levantei e me arrumei para vir para cá.
- T: Estou escutando você me dizer que, mesmo sem vontade, acordou e veio para cá? Será que isso não conta para provar que você é capaz?
- P: É verdade, eu levantei mesmo sem vontade. Tudo que queria era continuar na cama.
- T: Quando você se levantou, apesar da vontade de ficar na cama, o que isso significou?
- P: Que sou capaz.
- T: Por favor, anote na folha da defesa, primeiro item, que você levantou e veio para a consulta, apesar da vontade de continuar na cama.
- P: (O paciente anota.) Acho que não consigo mais nada.
- T: Carlos, o que acha que aconteceu aqui no consultório? Você não teria vários elementos daqui para anotar?
- P: É verdade. Participei de um julgamento e fui inocentado da acusação de ser incapaz.
- T: Ótimo! Anote isso. Deixe o terceiro espaço em branco para preencher mais tarde com outro acontecimento que mostre que você é capaz. Carlos, após encontrar esses dois elementos e registrá-los em sua defesa como preparação para o recurso solicitado pela promotoria, quanto você acredita nisto: “Sou capaz”?
- P: Acredito 80%.
- T: Por favor, registre aqui: “80%”. Você pode reavaliar isso ainda hoje, se encontrar mais elementos que mostrem que você é capaz. Por favor, já que é preciso, no máximo, dez segundos para anotar cada evidência, você pode fazê-lo diariamente e avaliar quanto acredita que você é capaz?
- P: Posso, sim.
- T: Carlos, diga-me, quanto você acredita agora na crença negativa de ser incapaz e em quanto fica sua tristeza?

- P: Acredito apenas 10%, e a tristeza desce para 15%.
- T: Espero que, com isso, sua defesa se torne mais ativa e ganhe bastante prática, conforme você a ajuda a juntar esses elementos que provam que você é capaz.
- P: Acho que isso vai me ajudar.

### *Compreensão da sessão de acordo com o diagrama de conceituação*

- T: Ok, Carlos. Gostaria de revisar com você o diagrama de conceituação; o que você percebe que estava acontecendo antes desse trabalho que fizemos hoje, de acordo com este diagrama? (O terapeuta mostra o diagrama de conceituação com a crença negativa ativa [Fig. 14.1]).
- P: A crença negativa estava ativada e me fazendo ter os pensamentos de que não conseguiria sair dessa situação.
- T: Exatamente. Agora, veja este outro diagrama e diga o que aconteceu. (O terapeuta mostra o diagrama com a crença positiva ativada [Fig. 14.2].) Veja o que aconteceu com esta seta.
- P: Minha crença positiva indicando que sou capaz se ativou.
- T: Que pensamentos são gerados por ela?
- P: Se eu sou capaz, posso dar conta de muitas coisas.
- T: Ótimo! Por favor, comente um pouco o que significou essa sessão para você e me dê o *feedback*.

### **Possíveis problemas no uso do processo**

A seguir, encontram-se alguns problemas a evitar para que o processo possa ser otimizado:

- As frases correspondentes às falas do promotor e da defesa devem ser relativamente curtas e telegráficas, de modo que não haja problema quando for realizada a inversão das sentenças (os pacientes terão dificuldade de ler e entender as frases longas quando a reversão de sentenças for feita).
- O terapeuta deve certificar-se de que os argumentos do advogado de defesa não se limitem exclusivamente a responder ao discurso do promotor. Estimule o paciente a explorar diferentes aspectos, áreas e momentos da vida do acusado, além daqueles aos quais se prendem os argumentos da promotoria.
- Se o terapeuta não conseguir concluir o processo na mesma sessão, sugere-se que a intervenção não seja interrompida durante a fala do promotor, mas após a manifestação da defesa. O objetivo, com isso, é fazer o paciente sair da sessão melhor do que entrou.

- Se o paciente, após o veredito, considerar-se culpado, isso não é um problema para a execução da técnica. Nesse caso, o advogado de defesa deve pedir um recurso, de modo que o processo será repetido na sessão seguinte. Contudo, é essencial que a tarefa dada ao paciente seja somar evidências que confirmem a crença nuclear positiva.
- Se o paciente (situação muito rara) preferir continuar trabalhando com o promotor e não com a defesa na realização da tarefa (podendo indicar que ele talvez não tenha compreendido totalmente a finalidade da técnica), o terapeuta interrompe o processo e pede que o paciente avalie as vantagens e desvantagens de tal escolha.
- Quando o promotor interrompe a fala da defesa com pensamentos do tipo “sim, mas...”, o terapeuta deve olhar para a cadeira vazia do lado contrário e dizer ao promotor, de maneira severa, que aguarde sua vez. Se o paciente usar argumentos da defesa quando estiver desempenhando o papel do promotor, é preciso dizer que a defesa deve aguardar sua vez. Nesse caso, no entanto, deve-se validar os esforços do paciente para pensar de maneira positiva, mas, de qualquer modo, o paciente deve retornar ao papel do promotor.
- Às vezes, o paciente não tem argumento como promotor contra a evidência quando o terapeuta lê a frase e diz “mas...”. Nesse caso, deve-se traçar uma linha no espaço vazio e, quando acontecer a inversão das frases, apenas copiar a frase da coluna 3 na coluna 5 e perguntar ao paciente o que ela significa sobre o réu para registrar a resposta na coluna 6.
- O significado das sentenças invertidas da coluna 5 e registrado na coluna 6 não deve ter uma interpretação ampla. Deve-se estimular o paciente a dizer apenas o significado da frase em si, a respeito do réu. É aceitável que o paciente traga significados como “Ele(a) é inteligente”, “Ele(a) é normal”, “Ele é um bom pai”, entre outros, o que indica ativação da crença nuclear positiva.

Por causar muito desconforto e significativa carga emocional no paciente quando a crença nuclear é ativada, aconselha-se que o processo descrito neste capítulo seja realizado por terapeutas devidamente treinados e supervisionados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TCP tem como principal técnica o registro de pensamentos baseado no processo, referida, aqui, apenas como processo. Nessa abordagem, após o paciente reunir as evidências que não sustentam a visão negativa que nutre sobre si mesmo, ele costuma descartá-las e descaracterizá-las com afirmações contendo a conjunção “mas”, trazidas pelas crenças nucleares negativas ativadas. O terapeuta utiliza, então, as estratégias designadas reversão de sentença e seta ascendente, com o objetivo de dar novos significados aos elementos negativos, ao mesmo tempo em que identi-

fica e ativa uma ou mais crenças positivas que se encontrem inativas. Nas semanas seguintes, o paciente é estimulado a mantê-las ativas por meio da coleta de fatos e acontecimentos que as confirmem.

Embora ainda não tenham sido realizadas pesquisas específicas na dependência química, há estudos que testam a eficácia dessa abordagem. Dois deles foram conduzidos usando uma única sessão para avaliação transdiagnóstica,<sup>5,18</sup> e um ensaio clínico avaliou sua eficácia em curto e longo prazo em pacientes com transtorno de ansiedade social.<sup>19</sup>

É fundamental que sejam realizados estudos futuros da TCP na dependência química, principalmente comparando o RPC com a entrevista motivacional,<sup>20</sup> uma vez que ambos foram desenvolvidos para lidar com a ambivalência.

## REFERÊNCIAS

1. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
2. Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford; 1995.
3. De-Oliveira IR. Assessing and restructuring cognitions. In: De-Oliveira IR, editor. Cognitive-behavioral therapy. Rijeka: InTech; 2012.
4. De-Oliveira IR. Sentence-reversion-based thought record (SRBTR): a new strategy to deal with “yes, but...” dysfunctional thoughts in cognitive therapy. *Eur Rev Appl Psychol*. 2007;57:17-22.
5. De-Oliveira IR. Trial-Based Thought Record (TBTR): preliminary data on a strategy to deal with core beliefs by combining sentence reversion and the use of an analogy to a trial. *Rev Bras de Psiquiatr*. 2008;30(1):12-8.
6. De-Oliveira IR. Trial-based thought record [Internet]. Salvador: CLP; [2011] [capturado 18 mar. 2012]. Disponível em: <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/index.php?id=76>.
7. De-Oliveira IR. Kafka's trial dilemma: proposal of a practical solution to Joseph K.'s unknown accusation. *Med Hypotheses*. 2011;77:5-6.
8. De-Oliveira IR. Trial-based cognitive therapy [Internet]. Salvador: CLP; [2011] [capturado 18 mar. 2012]. Disponível em: <http://www.commonlanguagepsychotherapy.org/index.php?id=76>.
9. Kafka F. The trial. New York: Schocken; 1998.
10. Padesky C. Behavioural experiments: at the crossroads. In: Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackmann A, Mueller M, Westrook D, editors. Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy. Oxford: Oxford University; 2004.
11. Carstenson B. The auxiliary chair technique: a case study. *Group Psychotherapy*. 1955;8:50-6.
12. Shahar B, Carlin ER, Engle DE, Hegde J, Szepeswol O, Arkowitz H. A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clin Psychol Psychother*. 2011. [Epub ahead of print]
13. Greenberger D, Padesky CA. Clinician's guide to mind over mood. New York: Guilford; 1995.

14. De Haan H, Joosten E, Wijdeveld T, Boswinkel P, van der Palen J, De Jong C. Alexithymia is not a stable personality trait in patients with substance use disorders. *Psychiatry Res.* 2012. [Epub ahead of print]
15. De-Oliveira IR. Use of the trial-based thought record to change negative core beliefs. In: De-Oliveira IR, editor. *Cognitive-behavioral therapy.* Rijeka: InTech; 2012.
16. Wenzel A. Modification of core beliefs in cognitive therapy. In: De-Oliveira IR, editor. *Cognitive-behavioral therapy.* Rijeka: InTech; 2012.
17. Burns DD. *Feeling good: the new mood therapy.* New York: Signet; 1980.
18. De-Oliveira IR, Hemmany C, Powell VB, Bonfim TD, Duran EP, Novais N, et al. Trial-based psychotherapy and the efficacy of trial-based thought record in changing unhelpful core beliefs and reducing self-criticism. *CNS Spectrums.* 2012;17(1):16-23.
19. De-Oliveira IR, Powell VB, Wenzel A, Caldas M, Seixas C, Almeida C, et al. Efficacy of the trial-based thought record, a new cognitive therapy strategy designed to change core beliefs, in social phobia. *J Clin Pharm Ther.* 2012;37(3):328-34.
20. Rangé BP, Mathias ACR. Cognitive-behavior therapy for substance abuse. In: De-Oliveira IR, editor. *Cognitive-behavioral therapy.* Rijeka: InTech; 2012.



## ABORDAGEM BRENDA: POTENCIALIDADES E LIMITES NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Sandra Cristina Pillon  
Natália Priolli Jora  
Manoel Antônio dos Santos



### Pontos-chave

- >> A BRENDA é uma abordagem que combina intervenção biopsicossocial com tratamento psicofarmacológico para abuso e dependência de substâncias.
- >> O modelo tem se mostrado efetivo na intervenção biopsicossocial, mas ainda faltam estudos relatando sua aplicabilidade no Brasil.
- >> A BRENDA contempla características de uma abordagem eficaz para o tratamento e o manejo do indivíduo com dependência.
- >> A abordagem BRENDA é um recurso complementar às intervenções tradicionais, contribuindo para aprimorar os resultados do tratamento.

Este capítulo descreve os componentes da abordagem BRENDA e apresenta resultados de pesquisas que fornecem apoio empírico a esse modelo, discutindo sua contribuição para o aumento da adesão e o aprimoramento nos desfechos do tratamento. Para ilustrar os principais componentes do modelo, será apresentado um estudo de caso. Ainda pouco conhecida no Brasil, essa abordagem se enquadra no âmbito dos métodos de fortalecimento motivacional com ampla utilização como recurso para vincular e reter os clientes dependentes, que são notoriamente refratários ao tratamento.

O modelo BRENDA consiste em uma abordagem manualizada de seis passos, planejada para o manejo do acompanhamento medicamentoso por profissionais da saúde que atuam na atenção primária.<sup>1</sup> A abordagem propõe um protocolo de intervenção desenvolvido por Volpicelli e colaboradores<sup>2</sup> na Universidade da Pensilvânia, que incorpora várias estratégias comportamentais. As intervenções são implementadas visando aumentar a motivação do cliente para manter-se no tratamento e respeitar o regime medicamentoso.

Embora alguns modelos de tratamento psicossocial sejam breves o suficiente para viabilizar sua aplicação na prática clínica, os profissionais da saúde ainda não exercem um papel ativo no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Pesquisas mostram que poucos médicos intervêm ou mesmo identificam os problemas relacionados ao uso do álcool e/ou outras substâncias, e mesmo aqueles que o fazem tendem a usar pouco os recursos farmacológicos.<sup>3</sup> O uso da farmacoterapia para o alcoolismo é seguro e pode ser bastante efetivo, mas o benefício completo será limitado sem intervenção psicossocial concomitante. A abordagem BRENDA foi delineada para ser implementada junto com o tratamento farmacológico, e essa combinação tem se mostrado bem-sucedida em ensaios clínicos.<sup>3</sup>

O êxito do tratamento medicamentoso depende da participação tanto do profissional da saúde que o prescreve como do cliente que deve usá-lo. Desse modo, intervenções psicossociais devem ser desenvolvidas e/ou aprimoradas, de maneira que possam ser efetivamente utilizadas na prática clínica para que se obtenha incremento na adesão ao medicamento. É reconhecido que o tratamento medicamentoso é mais efetivo quando está associado a intervenção psicossocial. A abordagem BRENDA – um acrônimo dos componentes delineados a seguir, sendo também um mnemônico – consiste na primeira terapia psicossocial especialmente pensada para uso combinado com farmacoterapia nos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Essa abordagem tem sido efetiva quando combinada em ensaios clínicos com o uso de naltrexona.<sup>3</sup>

Historicamente, as taxas de adesão ao tratamento no Centro de Pesquisa da Universidade da Pensilvânia, nos Estados Unidos, sugeriam que a utilização da abordagem BRENDA aprimorava as condições de adesão ao tratamento medicamentoso.<sup>2</sup> Nos últimos anos, foram desenvolvidos estudos com o objetivo de comparar essa abordagem com outras terapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental e o manejo medicamentoso.<sup>4</sup>

O surgimento dessa abordagem está vinculado a um movimento no campo do tratamento da dependência de substâncias psicoativas, cujo objetivo é oferecer alternativas a métodos tradicionais, como a abordagem dos 12 passos utilizada pelos Alcoólicos Anônimos (AA), que têm predominado no tratamento nas últimas décadas. Nessa direção, fornece um sistema concreto para colocar métodos motivacionais em ação.

Estudos que apresentam o método e sua aplicabilidade clínica foram compilados em um livro fundamental, organizado por Volpicelli e colaboradores.<sup>2</sup> Essa obra é considerada o melhor recurso de treinamento disponível até o momento, pois apresenta a técnica em formato de manual e inclui descrição detalhada, passo a passo, exemplificada por estudo de caso, que ensina o profissional a utilizar a ferramenta. Os diálogos clínicos reproduzidos refletem com veracidade o tom das intervenções realizadas com base nos pressupostos da abordagem.

A preponderância de evidências<sup>3</sup> sugere que a BRENDA se trata de uma abordagem efetiva pelas seguintes razões:

- Foi planejada para ser utilizada unicamente em conjunto com medicamentos para o tratamento dos transtornos relacionados a uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas.
- É uma abordagem relativamente simples e breve, que pode ser administrada por enfermeiros ou demais profissionais da equipe multidisciplinar de saúde devidamente treinados.
- É padronizada e apoiada por um manual que fornece as diretrizes de tratamento.
- A abordagem biopsicossocial subjacente à estrutura da BRENDA é baseada em evidências empíricas robustas em expansão.

## COMPONENTES DA ABORDAGEM BRENDA E SEU APOIO EMPÍRICO

A abordagem BRENDA é uma intervenção psicossocial planejada especificamente para ser utilizada por diferentes profissionais em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde, incluindo a atenção primária. Foi delineada como estratégia para fortalecer a adesão ao medicamento e ao plano terapêutico. É uma abordagem ideal para ser aplicada em combinação com a farmacoterapia. O modelo é composto por seis componentes, que traduzem as ações necessárias para sua implementação:

**B** – realizar avaliação *biopsicossocial*.

**R** – fornecer relatório dos *resultados* da avaliação para os clientes.

**E** – desenvolver *empatia* para compreender a situação do cliente.

**N** – atender as *necessidades* do cliente, sendo que a identificação das necessidades deve ser feita de forma colaborativa por ele e pelo profissional da saúde.

**D** – proporcionar aconselhamento *diretivo* ao indivíduo sobre como atender as necessidades identificadas.

**A** – *Avaliar* as reações do cliente diante do aconselhamento recebido e ajustar o plano terapêutico de acordo com a necessidade, objetivando o melhor cuidado.

A seguir, esses seis componentes serão apresentados de maneira detalhada, com uma discussão acerca das evidências empíricas de cada um.

### **B – Avaliação biopsicossocial**

O modelo de prescrição medicamentosa, aplicado pelo médico, é um processo que varia entre os profissionais. Ainda que a informação possa ser coletada e cubra uma ampla variedade de tópicos, em geral, ela é de natureza estritamente biológica,

e não considera a influência de fatores psicológicos e socioculturais. Já na abordagem BRENDA, a avaliação permite que se colham informações sobre o *status* sociodemográfico, biológico, psicológico e familiar relacionados ao uso de substâncias psicoativas.<sup>1</sup> Os clientes podem ser questionados sobre sua saúde de modo geral, o vínculo pode ser estabelecido, e a medicação e o acompanhamento podem ser prescritos para tratar algum problema médico. As sessões iniciais podem demandar um certo tempo até que o profissional possa estabelecer uma aliança terapêutica com o cliente. Esse momento pode levar alguns minutos adicionais quando o cliente traz questões que o profissional não previa.

A avaliação da saúde psicológica e do funcionamento social é um recurso importante em uma variedade de condições médicas, sendo especialmente válida para os transtornos relacionados ao uso de álcool e/ou outras substâncias. As condições de comorbidades psiquiátricas – como transtornos do humor ou depressão maior – são comuns em indivíduos com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. A comorbidade é associada a menores taxas de sucesso do tratamento e adesão empobrecida. Contudo, medicamentos que reduzem as comorbidades psiquiátricas são efetivos em atenuar tanto o estresse psicológico como a fissura e o beber.<sup>5-7</sup> Além disso, a inclusão de habilidades de enfrentamento tem sido vista como efetiva no tratamento dos abusadores de substâncias psicoativas em comorbidade com transtorno de ansiedade.<sup>8</sup>

O grau em que a rede social do cliente apoia o consumo continuado de bebida, ou, ao contrário, a redução do consumo, é influenciado pelos resultados do tratamento. Indivíduos que recebem forte apoio social por, pelo menos, uma pessoa de sua rede social tendem a ter melhores resultados de tratamento do que aqueles que não contam com esse tipo de apoio.<sup>9</sup> Contudo, usuários mais frequentes de álcool têm redes sociais limitadas ou compostas de diversos amigos que também bebem. A presença na rede social de ao menos um amigo que bebe aumenta a probabilidade de recaída. Esses achados relacionados às comorbidades, bem como aos fatores sociais, e seus efeitos sobre os resultados do tratamento sugerem que questões relativas à rede social e psiquiátrica do cliente devem ser adicionadas à avaliação estritamente biológica.

## R – Relatório dos resultados da avaliação

Esse segundo componente da BRENDA objetiva fornecer aos clientes *feedback* com base nos achados obtidos da avaliação biopsicossocial. Centra suas ações nas consequências negativas relacionadas ao uso do álcool, por exemplo, doenças hepáticas, questões jurídicas, divórcio, entre outros estressores. Há uma extensa literatura que aborda a eficácia das intervenções breves no tratamento do abuso de álcool e/ou outras substâncias.<sup>10</sup> Em geral, o tratamento para abuso e dependência de substâncias psicoativas tem um caráter essencialmente psicossocial.<sup>11</sup> Por isso, abordagens que considerem os aspectos motivacionais e psicossociais mostram-se

apropriadas. As intervenções breves consistem em uma avaliação seguida por um relatório fornecido ao cliente com os achados obtidos e as advertências sobre as implicações do consumo de álcool e/ou de outras substâncias no futuro.

A eficácia comprovada das intervenções breves constitui apoio para os componentes B e R da BRENDA, que contemplam os mesmos elementos-chave. Achados de pesquisas<sup>12</sup> sugerem que, mesmo quando os profissionais da saúde realizam avaliações que identificam o consumo problemático de álcool, eles podem não relatar esses resultados de forma consistente ou não discuti-los com os clientes. Outro estudo<sup>12</sup> evidenciou que, quando os médicos faziam advertências e forneciam aos clientes adultos recomendações relacionadas ao uso abusivo de álcool, o consumo diminuía dois anos depois da consulta. Os achados mostram efeitos positivos, ou seja, mesmo um contato breve e limitado com o indivíduo produz benefícios significativos em relação ao consumo de álcool. Esses resultados de pesquisa evidenciam a importância de se oferecer ao cliente explicações claras e compreensíveis acerca dos resultados da avaliação psicossocial.

## **E – Empatia para compreender a situação do cliente**

Empatia é um componente fundamental na relação profissional-cliente. É preciso que o clínico tenha habilidade de ouvir o indivíduo e de ser responsivo aos seus relatos. A empatia também é necessária no manejo da resistência do cliente<sup>1</sup> e tem efeito sobre o aumento da adesão, contribuindo para melhorar o resultado do tratamento. Ela exerce um papel considerável na reabilitação ao auxiliar o cliente a perceber a aliança terapêutica de forma positiva, resultando em maior adesão ao plano terapêutico.<sup>13</sup>

Muitos estudos foram conduzidos comparando resultados obtidos com diferentes abordagens terapêuticas, na tentativa de compreender os fatores subjacentes à eficácia terapêutica. Alguns desses estudos também focalizaram os fatores comuns a todos os tipos de intervenção psicossocial. Um desses fatores é a aliança terapêutica estabelecida entre o cliente e o profissional da saúde. O conceito de aliança terapêutica, também conhecida como aliança de trabalho, reflete a natureza e a força do laço afetivo estabelecido entre cliente e profissional, envolvidos em uma tarefa colaborativa cujos propósitos são identificar e trabalhar para alcançar os objetivos do tratamento.<sup>1,14</sup> A empatia é pensada como elemento facilitador na formação da aliança terapêutica, definida<sup>15</sup> como “um relacionamento colaborativo, que consiste em um laço emocional e atitudes compartilhadas relativas a tarefas e objetivos do esforço de tratamento”. Da parte do terapeuta, a empatia está fortemente correlacionada com o aspecto de formação de vínculo da aliança.<sup>16</sup>

Em geral, os estudos comparando a efetividade das diversas abordagens ativas para psicoterapia não conseguem mostrar diferenças significativas entre elas.<sup>13</sup> Por exemplo, o projeto MATCH, que comparou três psicoterapias-padrão, utilizadas de forma isolada no tratamento do alcoolismo (cognitivo-comportamental, 12 passos

e terapia motivacional), não mostrou evidências de que qualquer um desses três enfoques terapêuticos fosse mais eficaz do que os outros.<sup>17</sup> Essa uniformidade sugere que os elementos comuns compartilhados por todas as abordagens efetivas de psicoterapia incluem a empatia do terapeuta para com o cliente e a formação de uma forte aliança terapêutica. Esses elementos têm impacto tanto sobre a adesão ao plano terapêutico quanto sobre os resultados positivos. Um estudo conduzido por Miller e colaboradores,<sup>18</sup> envolvendo consumidores de álcool problemáticos, mostrou que a medida de empatia do terapeuta apresentava uma correlação positiva alta (0,82), com melhores resultados em usuários de álcool no acompanhamento de seis meses.<sup>18</sup> Outro estudo mostrou um aumento de 50% da assiduidade nas sessões quando houve estabelecimento de uma forte aliança terapêutica e de um laço empático entre cliente e médico, bem como aumento da probabilidade de adesão ao tratamento.<sup>19</sup>

Os benefícios trazidos pelo uso da empatia também são apoiados por evidências de relação negativa entre o uso de abordagem confrontativa e os resultados terapêuticos no contexto do abuso de substâncias psicoativas.<sup>20</sup> Indivíduos submetidos a esse tipo de abordagem mostraram-se mais propensos a arguir de forma crítica e interromper o terapeuta, além de negarem que tinham problemas. Encontrou-se forte correlação positiva entre o número de vezes em que o terapeuta confrontou os clientes do estudo e o consumo semanal de álcool um ano depois.<sup>20</sup>

Um estudo de revisão que avaliou 363 relatos de pesquisa não encontrou evidência de eficácia de qualquer tipo de abordagem confrontativa.<sup>10</sup> O conjunto de evidências empíricas sugere que a empatia tem um papel-chave na formação da aliança terapêutica e, por consequência, na adesão ao tratamento. Isso leva a abordagem BRENDA a preconizar a implementação precoce da empatia pelo profissional.

## **N – Necessidades identificadas de forma colaborativa pelo cliente e pelo profissional da saúde**

Nessa etapa de implantação da abordagem, o aconselhamento direto é fornecido ao cliente pelo profissional da saúde. A abordagem centra-se sobre o que irá apoiar, a cooperação e o cumprimento do tratamento.<sup>1</sup> Existe uma longa tradição no tratamento de transtornos psicológicos respeitando as necessidades individuais.<sup>21</sup> Ainda que esse modelo de terapia centrada no cliente seja privilegiado por um grande número de especialistas na área, há pouca evidência empírica na literatura de que seja superior à abordagem de “tamanho único padrão”, adotada pela maioria dos programas de tratamento.<sup>21</sup>

Algumas evidências indiretas sobre a importância de orientar o tratamento segundo as necessidades dos clientes foram oferecidas por McCaul e colaboradores.<sup>22</sup> Foi constatado que as variáveis gênero, raça e situação ocupacional foram melhores preditores do número de sessões frequentadas e do tempo despendido

no tratamento do que o *status* de uso de álcool e/ou outras substâncias. Donovan e colaboradores<sup>23</sup> encontraram uma moderada, porém significativa, correlação positiva entre a satisfação com o tratamento (uma crença do cliente de que suas necessidades estão sendo atendidas na terapia) e a presença na sessão. Um apoio adicional para a importância da terapia direcionada às necessidades dos clientes pode ser extraído da literatura de outras áreas, como tratamento da depressão.

## **D – Aconselhamento diretivo ao cliente sobre como alcançar as necessidades identificadas**

No modelo BRENDA, o aconselhamento diretivo é oferecido somente depois que se estabelece a aliança terapêutica com o cliente, o que ocorre durante os quatro primeiros passos de implementação da abordagem. Isso aumenta a probabilidade de o indivíduo aceitar e seguir esse conselho. Evidências sugerem que os melhores resultados são alcançados quando esse processo de identificação das necessidades e o ajuste dos objetivos ocorrem durante (e não antes ou após) o processo de tratamento.<sup>24</sup> Essa abordagem oferece uma solução eficaz para o duplo desafio de atender às necessidades do cliente e elaborar um planejamento dirigido por metas que possam levar aos melhores resultados.<sup>25</sup>

Uma dimensão importante do aconselhamento diretivo da abordagem BRENDA é promover uma discussão com o cliente sobre como uma intervenção ou um medicamento específico poderá ajudá-lo, com base nos resultados da avaliação biopsicossocial realizada no primeiro passo preconizado pelo modelo. Essa discussão permite que o profissional avalie o nível de motivação do cliente. O clínico faz uma avaliação formal do sucesso alcançado pelo cliente em seguir o aconselhamento. Quando o indivíduo tem dificuldade em aceitar as recomendações sugeridas, o profissional considera as possíveis complicações biopsicossociais relacionadas ao abuso de álcool e/ou outras substâncias, relacionando-as às metas de tratamento, a fim de compreender as razões para a resistência às indicações oferecidas.<sup>2</sup>

Dois pontos fortes do modelo BRENDA referem-se à atenção singular dada às necessidades dos clientes em psicoterapia e o uso integrado de medicamentos prescritos. Essa integração fornece uma variedade de opções para que o indivíduo possa considerar todas as possibilidades de tratamento e encontrar as melhores intervenções que atendam suas necessidades específicas. Como já foi referido, não há um método único de terapia que se mostre melhor do que os demais, independentemente das características individuais dos clientes. Com base na sua revisão global das abordagens de tratamento, Miller e Hester<sup>26</sup> concluíram que o número relativamente elevado de métodos de tratamento que mostraram evidências de eficácia representa uma força na área. De acordo com essa avaliação, a investigação sobre os 10 tratamentos mais eficazes gerou índice de eficácia de 72%. Com tantos tratamentos farmacológicos e psicossociais com eficácia comprovada para esco-

lher, não é necessário direcionar todos os indivíduos para um único em particular, embora isso ocorra com certa frequência na prática clínica.

## **A – Avaliação da reação do cliente diante do aconselhamento e ajuste do plano terapêutico de acordo com a necessidade, com vistas ao melhor cuidado**

O modelo BRENDA agrega uma apreciação do *status* motivacional depois que o profissional da saúde oferece o aconselhamento diretivo ao cliente. A avaliação do nível motivacional após o aconselhamento permite ao profissional manejar questões sobre resistência e não adesão antes que o cliente deixe a sessão. Assim, por exemplo, se o profissional aconselha o indivíduo a abster-se completamente do uso de álcool e a pessoa não se mostra disposta a cumprir a recomendação, esse problema deve ser abordado de imediato, e não na próxima sessão, que poderia ser dali uma semana ou mais.

Há muitas estratégias que podem ser utilizadas pelo profissional da saúde para melhorar o nível de motivação do cliente.<sup>2</sup> De fato, a estratégia global da abordagem BRENDA é projetada em torno do fortalecimento da motivação. O objetivo primário do profissional não é trabalhar as necessidades percebidas por ele, e sim as necessidades reais do cliente. Esse ajuste dos objetivos, centrados nas necessidades da pessoa, capacita o indivíduo a assumir o controle e a responsabilidade do seu próprio tratamento, e tal apropriação contribui para motivá-lo a perseverar na busca do êxito, uma vez que ele perceberá que está trabalhando apenas para atender suas próprias necessidades. Mesmo que a pessoa inicie o tratamento com objetivos muito modestos, por exemplo, beber um pouco menos a cada dia, a motivação para o sucesso permanece alta, uma vez que o objetivo é aquele que traçou para si, pois o percebe como possível de ser alcançado. A estratégia prevê o ajustamento na aproximação gradual em relação ao cumprimento das metas estabelecidas. A realização de cada objetivo funciona como um incentivo para que o sujeito estabeleça metas exequíveis e viáveis, até que um resultado benéfico seja plenamente alcançado.

Um aumento na motivação pode ser obtido por meio do componente biopsicossocial do modelo BRENDA. Em indivíduos que apresentam pouco interesse na reabilitação do abuso de substâncias psicoativas, mas que mostram preocupações legais ou médicas significativas, a motivação para o seguimento da intervenção prescrita continuará elevada apenas se o profissional centrar-se no gerenciamento das questões legais ou médicas, sem abordar o uso do álcool e/ou outras substâncias. Ao se concentrar nas questões que o indivíduo acredita serem a raiz de seu problema, em vez de focar no abuso de substâncias, o profissional contribui para o incremento da motivação. O cliente pode dirigir seus esforços para cumprir as metas de tratamento, em vez de se preocupar com o fato de ser rotulado ou tratado como um “alcoólatra” ou “drogado”. É provável que muitos indivíduos tenham



alguma consciência de seu transtorno, mas não se mostrem dispostos a procurar tratamento por uma variedade de razões. Sentindo-se capazes de enfrentar as consequências sociais ou clínicas de seu comportamento sem a sensação de estarem sendo rotulados e estigmatizados, os indivíduos tornam-se mais propensos a compreender, ao longo do tempo, o abuso de substâncias como um problema que precisa ser gerenciado, de modo que se sentem encorajados a se aliarem ao profissional para se lançarem a esse desafio e completarem o tratamento.<sup>1,3,10</sup>

Assim, é possível que o indivíduo eventualmente reconheça o papel da substância de abuso no tratamento sem formular um juízo de valor, tornando-se motivado a buscar ajuda profissional para sua dependência, de modo a permanecer no tratamento até seu término. Na hipótese pouco provável de que os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas não sejam abordados diretamente no curso do tratamento, uma pessoa motivada, que receba tratamento adequado, ainda terá probabilidade de obter algum tipo de benefício, mesmo que em longo prazo. Qualquer que seja a estratégia de intervenção privilegiada, é importante que, antes que o cliente deixe o consultório, a dupla esteja “em sintonia” e estabeleça um acordo em relação aos objetivos do tratamento e às intervenções que devem ser implementadas para atingir as metas combinadas. Nota-se, assim, que a aliança terapêutica é a peça mais importante que move e sustenta o tratamento.

Além disso, o componente de avaliação motivacional da abordagem BRENDA supõe que o tratamento pode ser iniciado com indivíduos apresentando diferentes níveis de motivação, e não apenas com aqueles altamente motivados para mudanças – por exemplo, pessoas que atingiram o “fundo do poço”. O nível motivacional do cliente não é apenas um preditor do desfecho do tratamento, mas também uma medida de resultado que deve ser abordada durante a intervenção. Portanto, uma avaliação da motivação do indivíduo para mudar seu comportamento ajuda o profissional a avaliar a utilidade de várias recomendações do tratamento. Por essa razão, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do plano terapêutico inicial e ajuda o clínico a fazer os ajustes necessários no plano de tratamento, conforme a necessidade.<sup>27</sup>

Ajustar a provisão do cuidado ao nível de prontidão do cliente para mudança resultará em uma melhor adesão ao tratamento.<sup>28</sup> Clientes com baixa prontidão para mudança responderam melhor a um aconselhamento no modelo de intervenção breve do que a uma sessão de psicoterapia.<sup>3</sup> A seguir, será apresentado um estudo de caso pormenorizado que oferece diretrizes e orientações sobre como a abordagem BRENDA pode ser aplicada no tratamento.

## APLICAÇÃO DA ABORDAGEM BRENDA

João, 45 anos, auxiliar de almoxarifado, casado, dois filhos adolescentes, foi encaminhado pelo médico da empresa para tratamento especializado em álcool e/ou outras substâncias. Apresentava problemas de absenteísmo e atrasos constantes no

trabalho. Ao ser avaliado pela enfermeira do serviço, negou que tivesse problemas com a bebida. Relatou que bebia socialmente, mas apenas após o trabalho. Costumava beber cerca de seis doses de destilados durante a noite, alegando que só assim conseguia relaxar das tensões profissionais. João negou que o hábito era um problema em sua vida, mas admitiu que às vezes consumia mais bebida do que pretendia. Concordeu que sentia dificuldade em ficar um dia sem beber nada, porque, ao chegar em casa, deparava-se com um ambiente conturbado, pois os filhos perturbavam sua tranquilidade escutando música em alto volume e a esposa lhe exigia que assumisse uma posição de autoridade.

Estabeleceu-se um contrato para o tratamento, que previa retornos semanais com a enfermeira e uma consulta médica mensal. Na primeira consulta, embora não apresentasse outros problemas de saúde, diagnosticou-se aumento nos níveis pressóricos e queixa de dificuldade para dormir. A esposa relatou que João estava bebendo em demasia todas as noites e que por isso ficava preocupada e ansiosa. Temia que o comportamento do marido ficasse fora de controle. João, ao final da consulta, admitiu ter alguma dificuldade em controlar seu consumo.

Na primeira sessão com o médico psiquiatra, foram consideradas várias opções de tratamento, incluindo busca de apoio em grupo de AA, psicofarmacoterapia e abordagem cognitivo-comportamental, com o objetivo de prevenir o risco de recaída. Foi constatado que João não se via como um alcoolista e que não pretendia parar de beber. Diante disso, o médico avaliou que o nível motivacional não era adequado para introduzir estratégias terapêuticas mais incisivas. Por essa razão, sugeriu que João deveria participar de um programa de tratamento centrado na redução da bebida, e não na abstinência, conjugado com o uso de medicamentos.

João concordou com a abordagem, uma vez que começava a perceber que poderia ter problemas mais sérios caso seu consumo não fosse controlado. Como tática de tratamento, o psiquiatra recomendou-lhe que tentasse ficar abstinência por três dias, antes de iniciar o uso do medicamento. Explicou que a naltrexona iria ajudá-lo a controlar sua vontade de beber e evitar o consumo excessivo. O médico orientou ainda que o medicamento funciona melhor depois de um período de três ou mais dias sem beber. Estabeleceu-se um acordo em relação a qual seria o critério para definir que João teria perdido o controle sobre o consumo, que, nesse caso, seria beber acima de cinco doses diárias. Isso indicaria que João não estava conseguindo controlar seu consumo e que as metas definidas para o tratamento, que previam o consumo controlado, deveriam ser reavaliadas.

Para alívio dos sintomas da síndrome de abstinência, o médico prescreveu um benzodiazepínico. Após três dias, João retornou ao serviço especializado e foi prescrita naltrexona.

Por 12 semanas, João compareceu à consulta médica mensal para realizar ajuste medicamentoso e teve retornos semanais com a enfermeira para o exame dos sintomas e o monitoramento do uso de álcool. João referiu que o medicamento estava lhe ajudando a diminuir a vontade de beber, e que muitas vezes estava con-

seguindo cumprir a meta de manter o consumo de duas doses diárias. Relatou que sentia mais controle sobre a bebida.

Regularmente, a enfermeira realizava avaliação da saúde física e psicológica, constatando que os níveis pressóricos tinham sido restabelecidos. Também era reavaliado o funcionamento social de João. Observou-se melhor desempenho no trabalho, uma vez que não estava mais chegando atrasado, além de melhora no relacionamento conjugal e com os filhos. Esses benefícios foram relacionados à adesão e à assiduidade no tratamento, fortalecendo-se a conexão entre a mudança de comportamento do cliente e suas consequências positivas. A enfermeira reforçou, de maneira contínua, os progressos obtidos no percurso do tratamento objetivando a consolidação dos ganhos terapêuticos. Após 12 semanas, a frequência ao tratamento foi reduzida para intervalo quinzenal, e, após três meses, estabeleceu-se apenas uma sessão por mês com a enfermeira ou o médico.

Quando completou seis meses de tratamento, João cancelou a consulta mensal, alegando ter um compromisso no horário. A consulta foi remarcada, e, ao retornar ao atendimento, a enfermeira constatou que ele havia deixado de tomar o medicamento e voltado a beber. O cliente alegou que voltara a beber depois de sofrer um acidente de trânsito sem maiores consequências físicas, mas com implicações legais. Avaliando seu padrão de consumo desde o último retorno, a enfermeira descobriu que, cerca de três dias após interromper o uso de naltrexona, houve aumento no padrão de consumo, indo de duas doses por dia para cerca de sete doses no período de uma semana.

João confessou que, na verdade, sentira vergonha de retornar à consulta remarcada, pois estava muito desapontado consigo mesmo por ter voltado a beber sem controle. A enfermeira procurou tranquilizá-lo, acolhendo sua conduta de modo empático e destituído de juízo de valor. Ofereceu *feedback* sobre as consequências de dirigir alcoolizado e esclareceu que o risco de se envolver em acidentes é alto, mesmo com o consumo de poucas doses. Além disso, afirmou que podia compreender perfeitamente seus sentimentos de vergonha por estar quebrando o contrato terapêutico, mas que ele deveria entender que recaídas fazem parte do tratamento. O importante é que ele se mostrava consciente das dificuldades em dar continuidade ao tratamento e que partiu dele a iniciativa de retomar o atendimento. A profissional reforçou que se sentia gratificada pelo fato de vê-lo novamente buscando ajuda para solucionar seu problema, o que evidenciava sua confiança no tratamento. Essa estratégia buscava fortalecer a aliança terapêutica.

A enfermeira reavaliou o nível de funcionamento biopsicossocial atual do cliente e descobriu que, para João, beber passou a ter repercussões em vários setores de sua vida, ao contrário do que acontecia antes. Desse modo, notou-se um recrudescimento dos sintomas na semana anterior, tanto do ponto de vista da intensidade e frequência como de seus potenciais efeitos deletérios no padrão de ajustamento psicossocial do indivíduo. João mostrou-se sensibilizado e deu indícios de reconhecer o impacto da perda de controle em relação ao consumo de álcool sobre

seu desempenho profissional, padrão de sono e, o que se mostrou mais importante para ele, o relacionamento com sua esposa.

Nessa etapa do tratamento, João decidiu que o consumo de álcool, mesmo quando parecia estar controlado, simplesmente não valia a pena. Com o apoio da enfermeira, estabeleceu-se um novo acordo em relação à meta de abstinência, sendo encaminhado para um programa de desintoxicação ambulatorial, além de dar continuidade ao uso de naltrexona.

Depois de concluir o programa de desintoxicação ambulatorial, João passou a ter sessões semanais com a enfermeira por cerca de um mês. Após manter 30 dias de abstinência, João continuou os encontros com a enfermeira e com o médico mensalmente. Durante um ano sob tratamento, manteve o uso de naltrexona e, exceto por um lapso ocorrido no dia de seu aniversário, manteve-se abstinente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem BRENDA oferece um arcabouço teórico-prático que permite sistematizar o cuidado na área dos transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Trata-se de um enfoque que não impõe dificuldades para que o profissional possa se apropriar da técnica, uma vez que ele reconhecerá, com facilidade, algumas ferramentas utilizadas em outras abordagens que lhe são familiares. O manual formaliza o processo de interação com o cliente e oferece ao profissional uma estratégia de cuidado terapêutico abrangente e focada nas necessidades do indivíduo. Uma vez que o profissional adquire domínio no uso desse recurso, poderá utilizar a abordagem em pouco tempo.

Ainda que a abordagem BRENDA seja planejada especificamente como uma proposta de tratamento para a dependência, esse método centrado na identificação do cliente e no fornecimento de *feedback* constante pode ser empregado em quase todos os cenários de saúde, pois nenhum componente da BRENDA é específico a uma só problemática ou doença, e é provável que os benefícios psicossociais e motivacionais auferidos potencializem a aliança terapêutica, incrementando, consequentemente, os resultados obtidos em diversas condições.

Outra vantagem que pode ser destacada é que os componentes desse modelo são apoiados por evidências empíricas. A BRENDA oferece uma abordagem simples, eficiente e de fácil implementação no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, o que contribui para otimizar a adesão ao tratamento e oferecer melhores resultados. Outro ponto forte da abordagem reside na atenção dispensada a várias inovações no campo da dependência que ainda permanecem desconhecidas para a maioria dos profissionais da saúde: a mudança na definição do foco da dependência física para o uso compulsivo, a eficácia do apoio em vez de métodos confrontativos, a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e o uso crescente da modalidade de atendimento ambulatorial em vez da ênfase no regime de internação.<sup>29</sup>

O modelo tem sido avaliado empiricamente,<sup>1,2</sup> embora ainda sejam necessários estudos que considerem os diferentes padrões de uso de substâncias psicoativas. Também tem sido apropriado para utilização na formação básica do profissional na área de dependência química, inclusive para os jovens profissionais, sobretudo aqueles que realizam triagem nos serviços de saúde, como, por exemplo, enfermeiros e pessoal da atenção primária. O modelo pode ser muito útil também para aqueles que usam métodos mais tradicionais e que necessitam de atualização com abordagens mais recentes.<sup>29</sup>

Uma das principais fragilidades da abordagem BRENDA é a falta de atenção para algumas questões clínicas mais complexas que os profissionais enfrentam. Por exemplo, a oferta de cuidados de alta qualidade – incluindo a abordagem BRENDA – em contexto de recursos limitados de tratamento, quando não se tem acesso ao serviço de saúde ou há necessidade de internação, bem como em áreas que têm poucos recursos de referência e contrarreferência, como zona rural ou periferia urbana.<sup>29</sup> Além disso, a abordagem BRENDA inclui uma breve avaliação de sintomas básicos, como a manifestação de depressão ou ansiedade, mas não inclui orientações de avaliação ou tratamento para comorbidades psiquiátricas comuns, tais como transtornos da personalidade ou estresse pós-traumático.<sup>29</sup>

Ao considerar as potencialidades e limitações da abordagem apresentada, pode-se concluir que se trata de uma ferramenta com crescente fundamentação teórica e empírica, que permite intervir de modo eficaz na reabilitação de dependentes de substâncias psicoativas.

## REFERÊNCIAS

1. Dundon DW, Pettinati HM, Lynch KG, Xie H, Varillo KM, Makadon C, et al. The therapeutic alliance in medical-based interventions impacts outcome in treating alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2008;895:230-6.
2. Volpicelli JR, Pettinati HM, McLellan AT, O'Brien CP. Combining medication and psychosocial treatments for addictions: the BRENDA approach. New York: Guilford; 2001.
3. Starosa NA, Leeman RE, Volpicelli JR. The BRENDA model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorder. *J Psychiatr Pract.* 2006;12(2):80-9.
4. Pettinati HM, Volpicelli JR, Pierce JD Jr, O'Brien CP. Improving naltrexone response: an intervention for medical practitioners to enhance medication compliance in alcohol dependent patients. *J Addict Dis.* 2000;19(1):71-83.
5. Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JG, Jarrett PJ, Cornelius MD, Perel JM, et al. Fluoxetine in depressed alcoholics: a double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.* 1997;54(8):700-5.
6. Mason BJ, Kocsis JH, Ritvo EC, Cutler RB. A double-blind, placebo-controlled trial of desipramine for primary alcohol dependence stratified on the presence or absence of major depression. *JAMA.* 1996;275(10):761-7.

7. Moak DH, Anton RF, Latham PK, Voronin KE, Waid RL, Durazo-Arvizu R. Sertraline and cognitive behavioral therapy for depressed alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2003;23(6):553-62.
8. Barlow DH, Lehman CL. Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders: implications for national health care. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53(8):727-35.
9. Havassy BE, Hall SM, Wasserman DA. Social support and relapse: commonalities among alcoholics, opiate users and cigarette smokers. *Addict Behav.* 1991;16(5):235-46.
10. Miller WR, Wilbourne PL, Hettema JE. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester RK, Miller WR, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches.* Boston: Allyn & Bacon; 2002. p. 13-63.
11. Kranzler HR. Pharmacotherapy of alcoholism: gaps in knowledge and opportunities for research. *Alcohol Alcohol.* 2000;35(6):537-47.
12. Walsh DC, Hingson RW, Merrigan DM, Levenson SM, Coffman GA, Heeren T, et al. The impact of a physician's warning on recovery after alcoholism treatment. *JAMA.* 1992;267(5):663-7.
13. Stiles WB, Shapiro D, Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? *Am Psychol.* 1986;41(2):165-80.
14. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(4):561-73.
15. Connors GJ, DiClemente CC, Dermen KH, Kadden R, Carroll KM, Frone MR. Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *J Stud Alcohol.* 2000;61(1):139-49.
16. Horvath AO, Greenberg LS. The development of the working alliance inventory. In: Greenberg LS, Pinsof WM, editors. *The psychotherapeutic process: a research handbook.* New York: Guilford; 1986. p. 529-56.
17. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH post treatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol.* 1997;58(1):7-29.
18. Miller WR, Taylor CA, West J. Focused *versus* broad-spectrum behavior therapy for problem drinkers. *J Consult Clin Psychol.* 1980;48(5):590-601.
19. Raytek HS, McGrady BS, Epstein EE, Hirsch LS. Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addict Behav.* 1999;24(3):317-30.
20. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(3):455-61.
21. Rogers CR. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S, editor. *Psychology: a study of science.* New York: McGraw-Hill; 1959. p. 184-256.
22. McCaul ME, Svikis DS, Moore RD. Predictors of outpatient treatment retention: patient *versus* substance use characteristics. *Drug Alcohol Depend.* 2001;62(1):9-17.
23. Donovan DM, Kadden RM, DiClemente CC, Carroll KM. Client satisfaction with three therapies in the treatment of alcohol dependence: results from Project MATCH. *Am J Addict.* 2002;11(4):291-307.
24. Breslin FC, Sobell MB, Sobell LC, Buchan G, Cunningham JA. Toward a stepped care approach to treating problem drinkers: the predictive utility of within-treatment variables and therapist prognostic ratings. *Addiction.* 1997;92(11):1479-89.
25. Murgaff V, White D, Phillips K. Moderating binge drinking: it is possible to change behaviour if you plan it in advance. *Alcohol Alcohol.* 1996;31(6):577-82.

26. Miller WR, Hester PK. Treating alcohol problems: toward an informed eclecticism. In: Hester RK, Miller WR, editors. Handbook of alcoholism treatment approaches. Boston: Allyn & Bacon; 2002. p. 1-12.
27. DiClemente CC, Scott CW. Stages of change: interactions with treatment compliance and involvement. NIDA Res Monogr. 1997;165:131-56.
28. Maisto SA, Conigliaro J, McNeil M, Kraemer K, Kelley ME. The relationship between eligibility criteria for participation in alcohol brief intervention trials and other alcohol and health-related variables. Am J Addict. 2001;10(3):218-31.
29. Najavits LM. Combining medication and psychosocial treatments for addictions: the BRENDA approach. Psychiatric Services. 2001;52(10):1402-3.



»» 16

## ENTREVISTA MOTIVACIONAL E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

**Neliana Buzi Figlie**

### *No meio do caminho*

*No meio do caminho tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho  
Tinha uma pedra  
No meio do caminho tinha uma pedra.  
Nunca me esquecerei desse acontecimento  
Na vida de minhas retinas tão fatigadas.  
Nunca me esquecerei que no meio do caminho  
Tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho  
No meio do caminho tinha uma pedra.*

**Carlos Drummond de Andrade**



### **Pontos-chave**

- >> A integração da terapia cognitivo-comportamental (TCC) com a entrevista motivacional (EM) é evidenciada em estudos e na prática clínica, contribuindo para melhores desfechos no tratamento, sobretudo em seu início.
- >> A EM é centrada no cliente, com um método diretivo para aumentar a motivação intrínseca para a mudança por meio da exploração e resolução da ambivalência.
- >> As três habilidades de comunicação utilizadas na EM são perguntar, informar e escutar.
- >> A metodologia da EM consiste na utilização de reflexões, reforços positivos, resumos e perguntas abertas em uma relação 2:1, ou seja, a utilização de pelo menos duas estratégias para cada pergunta.
- >> Um dos principais objetivos da EM é evocar no cliente a fala de mudança, com a resolução da ambivalência.

A poesia de Drummond pode ser utilizada para representar a ideia de algumas pessoas do tratamento no uso de substâncias psicoativas. Não é incomum, no trabalho



com dependência química, algumas pessoas demonstrarem surpresa, preocupação e até piedade para com os profissionais. Não é raro ouvir estudantes das mais variadas graduações dizendo: “dependente químico é paciente difícil” ou “ele não adere ao tratamento”. Pedras... Tal compreensão dependerá da forma como o profissional pensa, afinal, uma das premissas centrais da terapia cognitiva é que o **pensamento** determina a **emoção**, que, por sua vez, determina o **comportamento**.

Vale destacar que um estudo de metanálise concluiu que, até meados de 2003, nenhum dos estudos publicados até então havia utilizado a EM pura, usando-a em combinação, principalmente com as TCCs.<sup>1</sup> Desde então, vários estudos combinam a EM com a TCC nas mais diversas intervenções. Incluir um capítulo de EM em um manual de TCC exige abordar não apenas a forma como o profissional pensa o usuário de substâncias, mas também como recebe essa pessoa e suas ambivalências, seus conflitos e dilemas, pois esse é o principal ingrediente na EM.

## ENTREVISTA MOTIVACIONAL COMBINADA COM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A integração da TCC com a EM tem sido evidenciada em estudos e na prática clínica.<sup>2</sup> A TCC presume que a pessoa esteja motivada a mudar, direcionando suas estratégias para a modificação de crenças e hábitos, não abordando especificamente questões de motivação ou ambivalência. Com a união da EM e da TCC para abordar essas questões, o engajamento do indivíduo tende a aumentar, assim como a eficácia subsequente da TCC, contribuindo para melhores desfechos no tratamento, sobretudo no pré-tratamento. Connors e colaboradores<sup>3</sup> encontraram efeitos positivos para o pré-tratamento com a EM para alcoolismo acompanhado de um tratamento de TCC. Amrhein e colaboradores<sup>4</sup> concluíram que dois terços dos pacientes responderam bem a uma sessão de EM, mas a parte restante mostrou inversão de ganhos quando pressionada a concluir o tratamento em uma única sessão.

O estudo COMBINE demonstrou a possibilidade aqui descrita com dependentes de álcool:<sup>5</sup> a intervenção baseada na TCC iniciou com uma abordagem de EM e, em seguida, prosseguiu para um menu de módulos de TCC que adotava um estilo clínico de EM. Os resultados mostraram que os pacientes que receberam a intervenção descrita ou o medicamento (naltrexona) obtiveram resultados significativamente melhores em relação àqueles que receberam medicamento placebo sem psicoterapia.

A EM pode ser usada não apenas como pré-tratamento na TCC, mas em todo o curso desta, uma vez que problemas de baixa motivação e resistência podem surgir em qualquer fase do tratamento. Quando esses problemas aparecem na TCC, o profissional pode usar a EM por uma ou mais sessões para resolver a resistência e aumentar a motivação para a mudança. Outro aspecto a destacar na TCC é que há

muita literatura que enfatiza o que fazer, e não como fazer. Assim, a essência da EM pode formar um contexto relacional para que a TCC melhore o resultado do tratamento. No entanto, usar a essência da EM para conduzir a TCC não é realmente uma integração das duas abordagens. Isso só acontece quando os princípios, os métodos e a essência da EM são empregados, sobretudo com indivíduos relutantes e ambivalentes. Preservar a autonomia do cliente, evocar suas ideias sobre o que pode ajudá-lo e de que forma, bem como reforçar de maneira positiva pensamentos e decisões saudáveis, são questões imprescindíveis nesse tipo de atuação.

## DESENVOLVIMENTO E DEFINIÇÃO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Em meados dos anos 1980, com o predomínio das abordagens confrontativas no tratamento de dependentes de álcool associadas com o conceito de motivação como um estado e não um traço de personalidade, William Miller, nos Estados Unidos, e Steve Rollnick, na Inglaterra, desenvolveram a EM, afirmando que as abordagens confrontativas serviam de maneira iatrogênica para evocar a resistência, podendo causar até mesmo um efeito contraproducente.<sup>6</sup> A EM surgiu na década de 1980.<sup>7</sup> Ela consiste em uma abordagem de grande utilidade em variados estágios de tratamento, sendo especialmente útil no auxílio de pessoas com problemas de abuso de substâncias que estejam ambivalentes ou resistentes. A ambivalência, aqui, é compreendida como “a probabilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça em um processo de mudança específico”. Essa abordagem é centrada no cliente, com um método diretivo para aumentar a motivação intrínseca para a mudança por meio da exploração e da resolução da ambivalência.<sup>8</sup>

A abordagem é fundamentada nos conceitos de motivação, ambivalência e prontidão para mudança e recebeu influências de outras abordagens tradicionais, como as de aconselhamento centrado na pessoa, terapia cognitiva, teoria sistêmica e psicologia social, mas estruturou-se de forma a dar prioridade ao estilo do terapeuta, o qual deve ser o grande responsável por estabelecer uma relação empática, centrada no cliente e não confrontativa, mas diretiva.<sup>4,9</sup> Inicialmente, em sua primeira edição, a EM concentrava-se em pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras substâncias. Contudo, logo após sua primeira publicação, várias outras pesquisas foram realizadas, e, hoje, há mais de 160 ensaios clínicos randomizados sobre a técnica, com uma projeção de duplicação sobre o método a cada três anos. A EM passa a ampliar seu campo de intervenção, sendo encontradas pesquisas sobre asma,<sup>10</sup> traumatismo craniano,<sup>11</sup> saúde cardiovascular,<sup>12</sup> odontologia,<sup>13</sup> diabetes,<sup>14</sup> dietas,<sup>15</sup> transtornos da alimentação e obesidade,<sup>16</sup> família e relacionamentos,<sup>17</sup> jogo patológico,<sup>18</sup> promoção da saúde,<sup>19</sup> entre outros.

A EM tem sofrido adaptações e mudanças. Desde a primeira publicação a seu respeito, chamam atenção seus princípios, suas estratégias e suas armadilhas. Seu primeiro princípio consiste na expressão da empatia como estilo terapêutico,

devendo estar presente durante todo o processo, o que marca uma forte influência do estilo rogeriano do aconselhamento centrado na pessoa. O segundo princípio é o de desenvolver a discrepância entre o momento presente do indivíduo e seus objetivos, bem como o de evitar a argumentação, a fim de não confrontar o cliente. A EM sugere, como terceiro princípio, que o profissional acompanhe a resistência do cliente, devolvendo a ele a responsabilidade de suas próprias decisões e se destituindo do papel de “solucionador de problemas”. Finalmente, o último princípio é o desenvolvimento da autoeficácia: o profissional reconhece que a esperança, a fé e as expectativas interferem na recuperação de um cliente. Autoeficácia é a crença da própria pessoa em sua habilidade de enfrentar uma tarefa ou um desafio específico, sendo considerada um elemento-chave no processo de motivação para a mudança e um fator preditivo do sucesso no tratamento.

No entanto, vale salientar que a primeira descrição de EM surgiu há cerca de 30 anos. Tal fato confere modernidade a essa abordagem, e, por isso, surgem confusões de conceitos com outras abordagens e ideias. Em uma recente publicação, Miller e Rollnick<sup>20</sup> listaram 10 coisas que a EM não é, como uma forma de esclarecer sua conceituação e definição.

1. **A EM não é baseada no modelo transteórico** – A EM e o modelo transteórico (TTM) nasceram juntos, no início dos anos 1980. O TTM e os estágios de mudança revolucionaram o tratamento da dependência química, fornecendo subsídios práticos para que os profissionais facilitassem o processo de mudança do comportamento dependente em seus clientes. A EM não procura explicar como se dá a mudança do comportamento, visto que ela é um método de comunicação entre profissional e cliente utilizado para aumentar a motivação para a mudança.
2. **A EM não é um meio de convencer o cliente a fazer o que ele não quer** – A EM não é um método sugestivo. Assume a autonomia pessoal do cliente, e a mudança do comportamento em questão é de total interesse deste, e não do profissional, do serviço ou da organização. Os autores citam que a preposição apropriada para a EM é “para” ou “com” alguém.
3. **A EM não é uma técnica** – O termo “técnica” sugere uma operação simples, um procedimento particular. A EM pode ser mais bem compreendida como um método de comunicação, uma habilidade complexa que pode ser adquirida com considerável prática, que funciona como um guia para aumentar a motivação interna de mudança.
4. **A EM não é balança decisória** – A balança decisória é uma técnica que, com frequência, é confundida com EM. Essa abordagem pode ser apropriada para o profissional que deseja a realização de uma mudança específica por meio da resolução da ambivalência, sendo indicada em estágios iniciais de mudança de comportamento. No entanto, é necessário ter cautela, pois a balança decisória é uma técnica que pode ser utilizada contra os princípios e objetivos da EM ao não respeitar a autonomia do cliente.

5. **A EM não requer avaliações/feedback** – O *feedback* de avaliações estruturadas pode ser extremamente útil com pessoas que evidenciam baixa motivação para a mudança. O *feedback* pode fornecer tópicos para uma discussão em EM, evidenciando potenciais razões para a mudança que não estavam claras antes da avaliação. Nesse contexto, o *feedback* de uma avaliação não é um elemento essencial da EM, mas pode fazer parte dela.
6. **A EM não é uma TCC** – A EM não envolve o ensino de novas habilidades de enfrentamento, reeducação, recondicionamento, mudança de ambiente ou modificação de crenças disfuncionais. Acaba sendo uma maneira de dizer: “Você tem o que eu preciso, e, juntos, vamos encontrar as respostas necessárias”. Existe uma base emocional na EM, com uma estrutura conceitual que a torna fundamentalmente humanista e não comportamental.
7. **A EM não é apenas o aconselhamento centrado na pessoa** – Há estudiosos que creem que a EM é o aconselhamento rogeriano com outro nome. O espírito da EM se vale desse referencial, mas representa uma evolução do aconselhamento centrado no cliente proposto por Rogers. A EM é orientada em metas para a realização da tomada de uma decisão. Na abordagem, o profissional ouve estrategicamente, com o objetivo de eliciar no cliente uma resposta por meio de um discurso denominado *change talk* (fala de mudança). O profissional tenta fortalecer a motivação para a mudança de comportamento ao diminuir as defesas e resistências do *status quo* do cliente. Espera-se que o indivíduo fale muito mais, oferecendo, com isso, material para o profissional refletir, perguntar quando necessário e incluir resumos, com foco particular na expressão de sentimentos no momento presente de vida.
8. **A EM não é fácil** – É necessário uma acurada empatia e uma ampla aplicabilidade da metodologia da EM. Miller e Rollnick colocam que aprender EM é como aprender um esporte complexo ou tocar um instrumento musical. Para dominá-la, é necessário consciência e disciplina na utilização da comunicação específica de seus princípios e estratégias com vistas a evocar a motivação para a modificação do comportamento.
9. **A EM não é o que você já estava fazendo** – A EM é descrita por Miller e Rollnick como uma forma de guiar a pessoa na resolução de um problema. Essa forma de guiar envolve uma mistura flexível de informação, questionamento e escuta. Ela se assemelha a uma aproximação familiar de ajuda, mas de maneira refinada, por meio de uma escuta reflexiva confiável.
10. **A EM não é uma panaceia** – A EM nunca se propôs a ser uma escola de psicoterapia ou uma abordagem de tratamento. Trata-se de uma ferramenta para a resolução de um problema específico quando uma pessoa precisa mudar um comportamento ou o estilo de vida e encontra-se relutante ou ambivalente ao fazê-lo. A EM é uma intervenção breve que almeja a resolução da ambivalência, e, nesse sentido, clientes que estão em ação não apresentam resultados significativos com esse referencial. No entanto, em-

bora seja uma intervenção breve, acertar a dose é fundamental no sentido de ser suficiente para catalisar a modificação do comportamento. Miller e Rollnick exemplificam com o ato de tocar piano: uma pessoa consegue tocar o instrumento em cinco minutos, mas, para um concerto de piano, espera-se 2 a 3 horas de apresentação. Nesse sentido, a EM tem uma dose mínima para efetivar a mudança de comportamento; atingida essa meta, não há mais uma finalidade tão clara para ela no processo de mudança.

Hoje, os referidos autores definem a EM como um estilo objetivo colaborativo orientado de comunicação, com atenção especial para a linguagem, com foco na mudança que se destina a reforçar a motivação pessoal e o compromisso com um objetivo específico, recolhendo e explorando as próprias razões da pessoa para a mudança em uma atmosfera de aceitação e compaixão.<sup>9</sup> Este é um termo novo e provocativo, a fim de tentar consolidar, entre os profissionais, uma revisão em sua própria postura interna no trato com o cliente: a compaixão.<sup>9</sup>

A compaixão é complexa, pois abrange diferentes formas de compreensão. No Brasil, de acordo com o *Moderno dicionário da língua portuguesa Michaelis*, a compaixão é definida como “dor que nos causa o mal alheio” e é sinônimo de comiseração, dó, pena e piedade. Na EM, a compaixão parece vir para, definitivamente, destituir o profissional do lugar de suposto saber e transformá-lo em uma pessoa que realmente é capaz de compreender o que se passa na realidade do outro e se dispõe a acompanhá-lo. A aceitação, pressuposta na empatia, parece se tornar mais real no processo.

Para atuar de acordo com a essência da EM, não basta que o profissional se abstenha de interagir negativamente, julgando, culpando ou criticando seu cliente. É necessário ir além, apresentando-se de forma positiva, atenciosa e em um clima de aceitação. O trabalho realizado dentro dos princípios da EM deve inspirar a mudança e fortalecer o compromisso, e, sem dúvida, envolve o funcionamento de todas as emoções do ser, incluindo a capacidade de amar, ter esperança, interesse, compaixão e alegria.<sup>8</sup>

## **HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO: A PRÁTICA DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

Há habilidades básicas na prática da EM que são usadas no cotidiano. A diferença é que, na EM, essas habilidades são usadas de forma estratégica e, muitas vezes, é comum ouvir: “Mas eu já faço isso!”. No entanto, vale a pena perguntar: “Como você faz isso?”, pois a EM é definida como uma forma de comunicação que explora a resolução da ambivalência para a modificação do comportamento de risco.<sup>2,9</sup> A seguir, são apresentadas algumas diretrizes para uma boa prática da comunicação pelo profissional.

- **Perguntar para onde o cliente deseja ir e conhecê-lo** – Perguntar é uma habilidade muito usada na prática clínica. A grande diferença de perguntar conforme os princípios da EM se concentra na maneira estratégica e diferente a ser utilizada com o objetivo claro de evocar as motivações internas do cliente para a mudança do comportamento. Por isso, a EM privilegia as perguntas abertas em detrimento das fechadas, pois aquelas proporcionam mais estímulo e espaço para o indivíduo falar daquilo que considera importante. Nas perguntas abertas, não existe uma resposta óbvia e curta, elas convidam a pessoa a contar suas experiências de acordo com suas próprias percepções. Exemplo: “Conte-me como o seu hábito de fumar maconha está inserido na sua rotina”. As perguntas abertas proporcionam ao cliente a oportunidade de falar o que está sentindo e pensando a respeito do seu comportamento atual e em relação à mudança, abrem espaço para informações relevantes e são interpretadas como um convite para o relacionamento entre profissional e cliente.
- **Informar a pessoa sobre as opções e procurar ver o que é mais viável para ela** – O principal meio de transmitir conhecimento ao cliente sobre sua condição e seu tratamento é informar. Em geral, ele é informado sobre seu diagnóstico, opções de tratamento, passos do tratamento, recomendações sobre o uso de medicamentos e recursos que podem ajudá-lo no processo, entre outras informações. Pesquisas científicas identificaram alguns aspectos essenciais para a clareza no processo de informar e sobre a adesão ao tratamento: não sobrecarregar os clientes com muita informação; o conteúdo da mensagem deve ser simples, sucinto e claro; e evitar o uso de termos técnicos. É importante certificar-se de que o cliente entendeu corretamente o que foi dito. Segundo os princípios da EM, informar consiste em um momento de trocas entre o profissional e o cliente. Nessa perspectiva, o terapeuta deve:
  - Pedir permissão ao cliente e verificar se ele deseja e se sente pronto para receber algum tipo de informação. Isso faz o cliente sentir-se respeitado e reforça seu envolvimento ativo em relação ao tratamento, bem como a relação de parceria com o profissional – consequentemente, este se mostra mais disposto a ouvir.
  - Oferecer, ao mesmo tempo, opções diferentes para que o cliente possa escolher a que faça mais sentido para ele naquele momento. Hoje, há muitas possibilidades de tratamento, e o cliente se sente mais ativo quando ele mesmo pode escolher algo em relação ao seu processo de mudança.
  - Conversar sobre o que os outros fazem: apresentar exemplos de outras pessoas mostrando o rol de possibilidades de enfrentamento que deram certo dá liberdade ao cliente para interpretar os resultados e escolher, de maneira consciente, a melhor opção, deixando o terapeuta em uma posição neutra enquanto o cliente assume a decisão e a responsabilidade por sua escolha.

- **Escutar e respeitar o que a pessoa deseja fazer e oferecer ajuda e orientação** – De acordo com a EM, uma boa escuta consiste em um processo ativo. O profissional deve escutar o cliente com atenção e, em seguida, checar se compreendeu corretamente o que ele está querendo dizer. A escuta também deve estimular o cliente a explorar e revelar mais. Exemplo: “Corrija-me se eu estiver errado: você disse que resolveu procurar ajuda quando se viu sozinho no quarto, sem banho há dias e com várias garrafas de bebida vazias pelo chão. Fale mais sobre isso”.

As pessoas, em geral, experimentam a sensação de ambivalência em relação à mudança, pois, de certa forma, há desvantagens em mudar diante de uma situação desconhecida, por mais que a opção seja em nome da saúde. Um sinal claro de ambivalência é a palavra “mas” no meio da frase (p. ex., “Preciso parar de beber, mas não consigo.”). A ambivalência faz o indivíduo perder-se em seus objetivos, o que costuma ser experimentado da seguinte maneira: no início, pensa-se em uma razão para mudar; depois, pensa-se em uma razão para não mudar; por fim, para-se de pensar a respeito.<sup>4</sup>

Ao adotar um estilo diretivo com a pessoa ambivalente, o profissional está adotando um lado da ambivalência, e uma resposta comum é a argumentação do cliente. Esse cenário é o confronto da ambivalência. Na EM, a meta é evocar a conversa sobre a mudança, não a resistência.<sup>8</sup> É indicado que o profissional ouça os argumentos em favor da mudança, pois, quando este defende a mudança e o cliente defende o *status quo*, o tratamento tende a fracassar. Na Tabela 16.1, há seis tipos de conversa sobre mudança.<sup>9</sup>

Considerando a Tabela 16.1, as pessoas falam sobre o que querem fazer (desejo), por que mudariam (razões), como fariam (capacidade) e o quanto isso é importante (necessidade). Ao evocar o desejo, a capacidade, as razões e a necessidade das pessoas para mudar, o profissional está trabalhando, como diz Rollnick, “os motores humanos da mudança”.<sup>9</sup> Para tanto, é importante prospectar valores, aspirações e esperanças do cliente de modo a culminar nos passos para a mudança do comportamento. O objetivo final é gerar comprometimento; assim, a pessoa passa a dar os primeiros passos rumo à mudança do comportamento.

O aspecto mais importante é ter claro que o estilo de atuação na EM é como colher um buquê de flores, sendo cada flor um argumento que a pessoa apresentou para mudar, e a tarefa do profissional é evocar esses argumentos. O papel do profissional é coletar as flores, mostrá-las à pessoa, e, com permissão, acrescentar outras flores pertinentes ao processo. Para tal, é imprescindível ouvir o cliente, pois é ele quem mais sabe sobre sua própria vida. É esperado, na EM, que o profissional fale cerca de 25 a 30% do tempo; o restante cabe ao cliente. Ainda na Tabela 16.1, vale observar os exemplos de perguntas para evocar a mudança, ressaltando que a pergunta aberta é a mais recomendada.

>> TABELA 16.1

**Conversas sobre mudança**

<b>Tipos de conversa</b>	<b>Definição</b>	<b>Verbos típicos</b>	<b>Exemplos de perguntas para evocar a mudança</b>
<b>Desejo</b>	As afirmações de desejo falam das preferências da pessoa em mudar ou manter o <i>status quo</i> .	Querer, gostar, desejar.	O que você quer, deseja ou espera?
<b>Capacidade</b>	Revela aquilo que a pessoa percebe estando ao alcance de sua capacidade.	Poder.	Quais são suas possibilidades? O que você pode ou poderia fazer? O que você consegue fazer?
<b>Razões</b>	Expressa razões específicas para a mudança.	Não há verbos típicos, embora possam ocorrer com verbos que expressem desejo.	Por que você quer fazer essa mudança? Quais seriam alguns benefícios específicos? Que riscos você gostaria de reduzir?
<b>Necessidade</b>	Indica necessidade ou carência.	Necessitar, ter, dever, precisar.	Qual é a importância dessa mudança? Quanto você precisa dessa mudança em sua vida?
<b>Comprometimento</b>	Revela afirmações que indicam desejo de mudar, mesmo quando há dúvidas.	Vou.	Como você pensa seu futuro? Como você pensa seu tratamento?
<b>Dar passos</b>	Indica ações em direção à mudança, mesmo que sejam pequenos passos (p. ex., ler um livro indicado, evitar uma festa, mudar um caminho para evitar a recaída).	Não há verbos típicos, porém, é frequente o tempo verbal no passado.	O que você fará daqui em diante? Fale-me o que você tem feito para evitar a sensação de fissura.

Fonte: Rollnick e colaboradores.<sup>9</sup>



Nesse contexto, é necessário compreender a ambivalência como a percepção do cliente sobre a importância atribuída à mudança, bem como o quanto ele se sente confiante para a realização dessa mudança. Um método simples para avaliar a importância e a confiança é a escala de disposição, apresentada na Figura 16.1.<sup>8,21</sup>

A escala de disposição pode ser feita de maneira informal em uma conversa com o cliente ou, se o profissional preferir, por meio de uma folha de atividade. O objetivo principal dessa escala é proporcionar uma compreensão dos diferentes perfis dos indivíduos de acordo com a importância e com a confiança que sentem em relação a sua mudança. A Figura 16.2 mostra os diferentes perfis, sendo que nos grupos A, B e C há muito trabalho a ser realizado na construção da motivação para a mudança.<sup>8,21</sup> O grupo D se mostra desejoso e confiante para a realização da mudança, mas ainda não se sente totalmente pronto ou seguro, envolvendo, com isso, uma fase de estruturação de um plano de ação. Vale destacar que o grupo D é o que mais se beneficiará da TCC; já os grupos A, B e C irão se beneficiar da EM.

Quão <b>importante</b> é para você realizar essa mudança? Em uma escala de 0 a 10 (0 = não importante; 10 = extremamente importante), que nota você se daria?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>SEM IMPORTÂNCIA</b>								<b>MUITO IMPORTANTE</b>		
Quão <b>confiante</b> você se sente para realizar essa mudança? Em uma escala de 0 a 10 (0 = sem confiança; 10 = muito confiante), que nota você se daria?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>SEM CONFIANÇA</b>								<b>MUITO CONFIANTE</b>		

>> **FIGURA 16.1** Escala de disposição.  
Fonte: Miller e Rollnick<sup>8</sup> e Figlie e colaboradores.<sup>21</sup>

Grupo A – Baixas importância e confiança	Grupo B – Baixa importância e alta confiança
Os indivíduos não veem como importante ou não acreditam que podem ter sucesso se tentarem mudar.	Os indivíduos mostram-se confiantes para a realização da mudança e não visualizam sua importância.
Grupo C – Alta importância e baixa confiança	Grupo D – Altas importância e confiança
Essas pessoas não desejam mudar porque não se acham em condições de fazê-lo.	Estas pessoas acham a mudança importante e acreditam que podem ter sucesso na realização dela.

>> **FIGURA 16.2** Quatro perfis de clientes.  
Fonte: Miller e Rollnick<sup>8</sup> e Figlie e colaboradores.<sup>21</sup>

## Metodologia da entrevista motivacional

A metodologia da EM consiste na utilização de reflexões, reforços positivos, resumos e perguntas abertas em uma relação 2:1, ou seja, a utilização de pelo menos duas estratégias para cada pergunta.<sup>8,21</sup> Esse método foi desenvolvido para auxiliar o profissional a estruturar seu diálogo com o cliente, proporcionando a ele que fale ao máximo o que sente em relação ao comportamento prejudicial e à possibilidade de mudá-lo. Esse método não permite que a consulta gire em torno de um interrogatório investigativo repleto de perguntas fechadas, nas quais o cliente fica com apenas duas opções de resposta: sim ou não.<sup>22</sup> Conhecido também pelo acrônimo de PARR (em inglês, OARS), o método de entrevista consiste em:<sup>8,21,22</sup>

- P – Perguntas abertas
- A – Afirmar – reforço positivo
- R – Refletir
- R – Resumir

### *Fazer perguntas abertas*

Uma boa maneira de começar a terapia é fazer as perguntas de modo que encoraje o cliente a falar o máximo possível. As perguntas abertas são aquelas que não podem ser respondidas com apenas uma palavra ou frase. Alguns indivíduos falam com muita facilidade, outros são mais defensivos e precisam de encorajamento. Nesse caso, a maneira como o profissional faz as perguntas influenciará os próximos acontecimentos. Alguns exemplos de perguntas iniciais são “Como posso ajudá-lo?”, “Em sua opinião, o que você considera como importantes motivos para parar de fumar?”<sup>21,22</sup> Na EM, não é recomendado o uso demasiado de perguntas, principalmente de forma consecutiva. A ideia central é sempre fazer uma pergunta para cada duas outras estratégias, de preferência com o uso de reflexões. É importante que o profissional faça pelo menos dois comentários para cada pergunta realizada.<sup>8</sup>

### *Refletir*

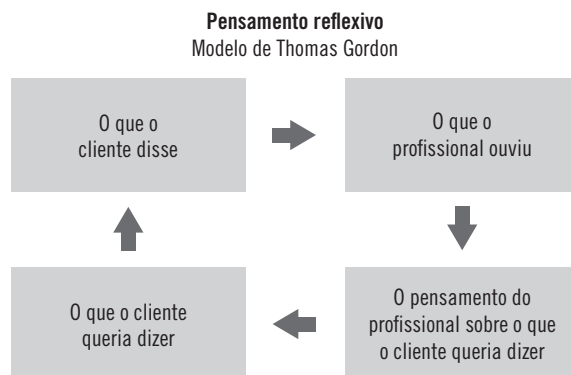
Trata-se da principal estratégia na EM e deve ser utilizada em uma proporção substancial durante a fase inicial do tratamento, sobretudo com clientes ainda muito ambivalentes em relação à mudança.<sup>8,21,22</sup> O elemento crucial na escuta reflexiva é como o profissional responde ao que o cliente diz. Thomas Gordon<sup>23</sup> esboçou o modelo do pensamento reflexivo que conecta o que o indivíduo disse com o que o profissional ouviu, com o pensamento do profissional sobre o que o cliente queria dizer e, então, o que o cliente queria dizer com o que ele disse de fato. Para que a

escuta reflexiva ocorra, o processo deve ser horizontal, objetivo e direto, conforme ilustra a Figura 16.3.

Ao refletir, o profissional se coloca na relação, mas, ao mesmo tempo, deve ser fiel ao que o cliente disse. A relação com o indivíduo é autêntica e deve permitir que ele exprima abertamente seus sentimentos e atitudes sobre seu comportamento e o processo de mudança. Oferecer uma escuta reflexiva requer treinamento e prática para pensar de maneira reflexiva. O processo de escuta ativa requer atenção cuidadosa ao que o cliente diz, visualização clara do que foi dito, formulação da hipótese concernente ao problema, sem suposições ou interpretações, e articulação da hipótese por meio de uma abordagem não defensiva.

Para avaliar se a reflexão feita foi efetiva, basta analisar a reação do cliente, isto é, se ele expressa concordância, não apresenta postura defensiva, sente-se estimulado a falar mais e apresenta uma postura verbal mais relaxada ou motivada. Entretanto, se o cliente começa a advertir ou ameaçar, persuadir, argumentar, discordar, julgar, criticar ou culpar, retrain, distrair, ser indulgente ou mudar de assunto, há indicativos claros de que a reflexão não foi efetiva, e cabe ao profissional reformular sua maneira de atuar.

Avaliar a comunicação não verbal mediante a recepção da reflexão também é imprescindível. As pessoas não se comunicam apenas por palavras, mas também pelo modo de manter e conduzir o corpo e o rosto. Os movimentos faciais e corporais, os gestos, os olhares e a entonação de voz são elementos não verbais importantes da comunicação. O comportamento não verbal pode ser uma reação involuntária ou uma atitude comunicativa propositada. É importante observar a expressão facial, o movimento dos olhos, os movimentos da cabeça, a postura e os movimentos do corpo, a qualidade, a velocidade e o ritmo da voz, bem como a aparência.<sup>8,21,22</sup>



>> **FIGURA 16.3** Pensamento reflexivo: modelo de Thomas Gordon.<sup>23</sup>

Existem tipos diferentes de reflexão, e a escolha sobre qual usar depende da circunstância e do diálogo que está sendo estabelecido entre o profissional e o cliente. Elas podem ser muito simples, como a mera repetição de 1 ou 2 palavras; uma reflexão mais sofisticada substitui as palavras do cliente por outras ou faz uma inferência quanto ao sentido implícito. Às vezes, também é útil refletir como o indivíduo parece estar se sentindo enquanto fala. A reflexão, porém, não é um processo passivo, pois o profissional decide o que refletir e o que ignorar, o que enfatizar ou não e que palavras usar para captar a essência do que foi dito pelo cliente.<sup>8,21,22</sup>

### *Afirmção – reforço positivo*

O reforço positivo é uma das peculiaridades na EM. Ele pode ser realizado por meio de apoio, elogios e oferecimento de apreciação e compreensão por parte do profissional. É importante ter em mente a ideia de elogiar comportamentos, situações ou pensamentos que ocorram na relação terapêutica ou sobre os quais o profissional tenha evidências concretas, pois, caso contrário, o reforço positivo, se não for verdadeiro, pode funcionar como uma barreira para escutar o cliente.<sup>8,21,22</sup> Seguem alguns exemplos: “Estou feliz por você ter vindo aqui hoje, pois sei que não é fácil expor sua vida a uma pessoa que está conhecendo agora”; “Consigo perceber que você está com muitas dificuldades em sua vida, mas me alegra perceber que quer dar a volta por cima”; “Percebo que você é uma mãe muito preocupada com seus filhos”.

### *Resumir*

Resumos podem ser utilizados para conectar os assuntos que foram discutidos, demonstrando que o terapeuta escutou o cliente, além de funcionar como uma estratégia didática para que o indivíduo possa organizar suas ideias. Os resumos podem ser muito úteis para a ambivalência, permitindo ao cliente examinar os pontos positivos e negativos de forma simultânea. Na EM, os resumos podem ser utilizados em vários momentos da sessão, ou seja, quando o cliente coloca muitas ideias ao mesmo tempo e o profissional tenta conectá-las e refleti-las ao cliente para sua melhor compreensão. É como montar as peças de um quebra-cabeça,<sup>8,21,22</sup> além de funcionar como forte indício para o cliente de que está sendo ouvido pelo profissional, o que gera menor resistência. Observe-se o exemplo a seguir: “Estou entendendo que não é do seu agrado ter pessoas criticando-o ou dizendo o que deve fazer e que o seu uso de drogas tem causado muitos problemas entre você e sua namorada e família. Você me parece muito preocupado com a possibilidade de sua namorada deixá-lo e as coisas ficarem ainda piores. Você me disse também

que gasta muito dinheiro e tempo com as drogas e que isso tem prejudicado seu trabalho e sua vida financeira”.

Um bom resumo demonstra que o profissional escutou cuidadosamente o que o cliente falou, e isso, por si só, já transmite uma mensagem positiva que fortalece o vínculo terapêutico. O resumo também permite ao profissional enfatizar aspectos importantes da fala do cliente, sendo uma maneira positiva de encerrar o período de escuta e avançar para um próximo tópico.

## O estilo da comunicação

Muitos profissionais da saúde têm a tendência de fixar sua atenção nos “problemas” dos clientes. As perguntas feitas em geral tendem a determinar “causas”, e, em seguida, o profissional se sente no dever de propor “soluções” para os problemas apresentados. Já a EM propõe uma alternativa à relação profissional-cliente, em que o terapeuta faz uso de outras estratégias e oferece estímulo para que o cliente verbalize um discurso automotivacional. Outra diferença importante entre a EM e as demais abordagens consiste na visão que o profissional tem de seu cliente.<sup>8,21,22</sup> Profissionais experientes acreditam que a maneira como veem o cliente interfere diretamente na qualidade do relacionamento entre eles e no processo de mudança. Hoje, é mais comum encontrarmos profissionais que veem seus clientes como “deficitários”. Sob essa visão, “faltam” ao cliente alguns recursos ou conhecimentos, e cabe ao profissional “preencher” essas lacunas por meio do seu conhecimento científico, da sua experiência e dos recursos disponíveis para “proporcionar” aquilo que o cliente “necessita”. Faz parte da essência da EM reconhecer que o indivíduo tem competência, recursos e força própria para construir uma mudança em sua vida. Assim, quando o profissional vê o seu cliente como “capaz”, torna-se mais fácil utilizar os princípios essenciais da EM de colaboração, autonomia e evocação. Essa visão peculiar a respeito do cliente torna mais fácil ao profissional entender a diferença entre essa abordagem e outros tipos de aconselhamento.<sup>6</sup>

O estilo de comunicação refere-se à postura do profissional e à abordagem utilizada por ele para ajudar seus clientes, uma maneira de estruturar o diálogo que caracteriza o relacionamento entre eles. Se os profissionais da saúde desejam ter resultados diferentes em relação à mudança de comportamento dos clientes, é preciso mudar o “estilo” de comunicação. Cada um dos três estilos de comunicação propostos a seguir reflete posturas diferentes sobre o papel do profissional em seu relacionamento com o cliente; cada um deles deve ser analisado e utilizado durante o processo de mudança nas situações e nos momentos distintos que surgirão.<sup>9</sup>

1. **Acompanhar:** Atenção total ao que o cliente está falando. Consiste em escutar atentamente, sem julgar ou criticar. O objetivo é entender a experiência e os valores do outro, ou seja, entender o que está acontecendo a partir da visão

do cliente. Exemplo: “Não vou falar para você jogar o seu cigarro fora hoje. Primeiro, eu gostaria de entender melhor o que o trouxe até aqui”.

2. **Direcionar:** Estilo de comunicação que evidencia o relacionamento interpessoal bastante diferente de uma abordagem tradicional centrada no cliente. Na EM, o profissional detém o controle da relação terapêutica. Em momentos específicos, esse direcionamento por parte do profissional é fundamental no tratamento. Há momentos em que o cliente deverá ser encorajado a confiar no conhecimento e na experiência do profissional para que o tratamento seja viável e seguro. Por exemplo, um indivíduo com dependência grave de álcool deverá ser direcionado a confiar no profissional quando diz que, para realizar com segurança o processo de desintoxicação do álcool, é preciso fazer acompanhamento clínico com uso de medicamentos e com retornos mais frequentes.
3. **Orientar:** Auxílio ao cliente para que ele encontre um caminho de acordo com a mudança que deseja fazer no momento, oferecendo opções que podem ajudá-lo no processo de mudança. Exemplo: “Posso ajudá-lo relatando quais os recursos que, em geral, as pessoas utilizam para lidar com os momentos de fissura; assim, você poderá testá-los e escolher aqueles que forem mais úteis”.

Uma maneira de refletir sobre esses estilos é imaginá-los ao longo de um *continuum*, com o acompanhamento em uma extremidade, o direcionamento na outra e a orientação no meio, formando um círculo no qual o profissional coloca-se no ponto central, usando cada estilo conforme a necessidade. Nesse contexto, o terapeuta assume a função de guia no tratamento, com uma postura intermediária entre um estilo diretivo e autoritário e um estilo passivo e acompanhante; a intervenção, assim, atinge melhores resultados e engajamento por parte do cliente.<sup>9</sup>

## Fala de mudança (*Change talk*)

Um dos principais objetivos da EM é evocar no cliente a fala de mudança (em inglês, *change talk*). Ela acontece quando o indivíduo assume o lado oposto da ambivalência, em favor da mudança do comportamento de risco, como se ele já estivesse rumo à mudança. A fala de mudança pode ser identificada em quatro categorias:<sup>8</sup>

1. **Desvantagens do *status quo*** – Pode ou não envolver a admissão do problema. O discurso, em geral, reflete o reconhecimento dos aspectos indesejáveis do uso de substâncias.
2. **Vantagens da mudança** – Implica o reconhecimento das potenciais vantagens da mudança. Enquanto a primeira categoria focaliza as coisas não tão boas da mudança, esta focaliza os tipos de ganhos com a mudança e suas razões.

3. **Otimismo com a mudança** – Expressa confiança e esperança diante da possibilidade de mudança. Essa fala pode ser hipotética (futuro) ou afirmativa (presente), mas faz parte da premissa de que a mudança é possível.
4. **Intenção de mudar** – Expressa intenção, desejo, disposição ou comprometimento com a mudança. O grau de intenção pode variar de acordo com o comprometimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, a postura na EM é mais persuasiva do que coerciva, direcionada mais ao oferecimento de apoio do que à argumentação, tendo como objetivo central aumentar a motivação intrínseca do cliente, em vez de impor uma mudança de comportamento. Miller e Moyers<sup>24</sup> mostraram a sequência de aquisição das habilidades da EM na seguinte ordem:

1. Trabalhar em parceria com o cliente, com base no reconhecimento de que ele é o especialista em sua própria vida;
2. Habilidade em oferecer um aconselhamento centrado no cliente, incluindo empatia precisa;
3. Reconhecer os aspectos-chave das falas do cliente norteadoras para a prática da EM;
4. Eliciar e fortalecer as falas de mudança do cliente;
5. Lidar com a resistência;
6. Negociar um plano de ação;
7. Consolidar o compromisso do cliente com a mudança;
8. Ser flexível no uso da EM junto com outros estilos de intervenção.

No último quesito, deve-se ressaltar a combinação da EM com a TCC, pois, nele, as duas abordagens são diretivas e, quando combinadas, podem melhorar o desfecho no tratamento do uso de substâncias psicoativas. No entanto, para que a EM faça juz à responsabilidade que lhe cabe, é importante que seus princípios, métodos e essência sejam uma prática constante, preservando a autonomia do cliente e trabalhando o engajamento no tratamento, com foco definido no comportamento a ser modificado e com evocação das razões do cliente para a mudança e o planejamento dela.

Retomando o poema de Drummond que abre este capítulo, os profissionais são convidados à prática da EM, na expectativa de que os clientes não sejam mais vistos como pedras, mas apenas como pessoas ambivalentes.

## REFERÊNCIAS

1. Burke BL, Arkowitz H, Mechola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(5):843-61.

2. Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional no tratamento de problemas psicológicos. São Paulo: Roca; 2011.
3. Connors GJ, Walitzer KS, Dermen KH. Preparing clients for alcoholism treatment: effects on treatment participation and outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(5):1161-9.
4. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L. Client commitment language during motivational interview predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(5):862-78.
5. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2006;295(17):2003-17.
6. Sobell LC, Sobell MB. Terapia de grupo para transtornos por abuso de substâncias. Porto Alegre: Artmed; 2012. No prelo.
7. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy.* 1983;11:147-72.
8. Miller WR, Rollnick S. Motivational interview: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford; 2002.
9. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Entrevista motivacional no cuidado da saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Schmalting KB, Blume AW, Afari N. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing to change attitudes about adherence to medications for asthma. *J Clin Psychol Med Setting.* 2001;8(3):167-72.
11. Bell KR, Temkin NR, Esselman PC, Doctor JN, Bombardier CH, Fraser RT, et al. The effect of a schedule telephone intervention on outcome after moderate to severe traumatic brain injury: a randomized trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(5):851-6.
12. Beckie TM. A behavior change intervention for women in cardiac rehabilitation. *J Cardiovasc Nurs.* 2006;21(2):146-53.
13. Weinstein P, Harrison R, Benton T. Motivating parents to prevent caries in their young children: one-year findings. *J Am Dent Assoc.* 2006;135(6):731-8.
14. West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG. Motivational interviewing improves weight loss with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2007;30(5):1081-7.
15. Brug J, Spikmans F, Aartsen C, Breedveld B, Bes R, Ferreira I. Training dietitians in basic motivational interviewing skills results in changes in their counseling style and in lower saturated fat intakes in their patients. *J Nutr Educ Behav.* 2007;39(1):8-12.
16. Dunn EC, Neighbors C, Larimer ME. Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychol Addict Behav.* 2006;20(1):44-52.
17. Cordova JV, Scott RL, Dorian M, Mirgain S, Yaeger D, Groot A. The marriage check-up: a indicated preventive intervention for treatment-avoidant couples at risk for marital deterioration. *Behav Ther.* 2005;36:301-9.
18. Wulfert E, Blanchard EB, Freidenberg BM, Martell RS. Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: a pilot study. *Behav Modif.* 2006;30(3):315-40.
19. Elliot DL, Goldberg L, Kuehl KS, Moe EL, Breger RK, Pickering MA. The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: alternative models' effects) firefighter study: outcomes of two models of behavior change. *J Occup Environ Med.* 2007;49(2):204-13.
20. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy.* 2009;37:129-40.
21. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Entrevista motivacional. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. 2. ed. São Paulo: Roca; 2010. p. 261-91.



22. Sales CMB, Figlie NB. Entrevista motivacional. In: Diehl A, Cordeiro D, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 267-77.
23. Gordon T. Parent effectiveness training. New York: Wyden; 1970.
24. Miller WR, Moyers TB. Eight stages in learning motivational interviewing. Journal of Teaching in the Addictions. 2006;5(1):3-17.



## >> **Parte 5**

Técnicas cognitivas



## Pontos-chave

- >> O terapeuta deve conhecer a teoria cognitiva e ser proficiente na escolha e na aplicação das técnicas.
- >> As técnicas cognitivas auxiliam o dependente químico a aliviar sua angústia, o que aumenta a adesão ao tratamento.
- >> Quando o paciente em tratamento de dependência química aprende a utilizar técnicas que evocam, examinam, testam e modificam seus pensamentos, estados emocionais negativos e comportamentos disfuncionais, aumenta sua possibilidade de manter-se abstinente.
- >> Ensinar aos pacientes as técnicas que podem utilizar entre as sessões, assim como em quais momentos e de que maneira utilizá-las, promove a generalização dos ganhos terapêuticos e motiva os indivíduos a utilizá-las em situações futuras.

No tratamento da dependência química, habilitar o paciente a não buscar a substância e permanecer abstinente, embora seja um desafio, é o que todo clínico deve pretender, considerando todos os recursos disponíveis. As técnicas cognitivas apresentadas neste capítulo constituem parte integrante da teoria cognitiva<sup>1</sup> proposta por Aaron Beck.

Hoje, a terapia cognitiva (TC) é considerada uma poderosa aliada no tratamento de diversas patologias, incluindo a dependência química, por se tratar de um modelo breve, empiricamente validado e estruturado de psicoterapia. Ela se utiliza de uma variedade de técnicas para modificar pensamentos, estados emocionais e comportamentos, inclusive aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas (SPAs), promovendo a abstinência e evitando recaídas.

Prochaska e DiClemente<sup>2</sup> propuseram um modelo de cinco estágios de mudança que descreve os processos pelos quais os comportamentos dependentes são modificados. Em cada um desses estágios, é possível identificar crenças e pensamentos característicos, sendo que as mudanças requerem a progressão por meio desses cinco estágios. São eles:

1. **Pré-contemplação** – Não há intenção de interromper o uso: “Uso SPAs e não tenho prejuízo algum, tampouco os outros são prejudicados.”;
2. **Contemplação** – O indivíduo torna-se mais consciente dos problemas relacionados ao uso de SPAs e considera ações para mudar: “Considero que o uso de SPAs esteja afetando minha vida e a vida de outras pessoas.”;
3. **Preparação** – Ocorrem ações parciais para cessação ou alteração nos padrões atuais de uso: “Amanhã vou ao médico, preciso parar de usar.”;
4. **Ação ou mudança** – Ocorrem ações concretas com o objetivo de cessar o uso: “Estou beneficiando a mim e a outras pessoas com essa mudança.”;
5. **Manutenção** – A abstinência é mantida, e são promovidas mudanças no estilo de vida: “Sou um dependente de SPAs que precisa manter o foco para que não ocorram recaídas.”

A TC oferece ferramentas que dão suporte no enfrentamento de situações relativas a cada uma dessas fases, utilizando-se de técnicas específicas.

## A ESCOLHA DAS TÉCNICAS

É importante que, ao escolher as técnicas cognitivas a serem utilizadas durante o processo terapêutico – seja para atendimento individual, em grupo ou de familiares –, o terapeuta conheça o modelo cognitivo para dependência química (ver Caps. 7 e 8), já tenha conduzido sessões iniciais de avaliação e análise funcional e considere o perfil de funcionamento cognitivo do paciente, além de ter sempre bem claro qual é a atual fase do tratamento (ver Cap. 19 – Estrutura das sessões, análise funcional e conceituação do caso). As técnicas se tornarão uma intervenção funcional quando forem adequadas a situações específicas.

Considerando o modelo cognitivo do abuso de substâncias, descrito por Beck e colaboradores,<sup>3</sup> as técnicas e estratégias cognitivas que serão descritas são consideradas as mais relevantes e as que demonstram maior eficácia para as necessidades dos pacientes dependentes. Estão relacionadas a intervenção funcional para situações de alto risco (externas e internas), crenças disfuncionais sobre as substâncias e sobre si mesmo em relação às SPAs, pensamentos automáticos que aumentam a fissura e a intenção de utilizar a SPA, crenças de permissão ou facilitadoras para o uso e reações disfuncionais a lapsos ou recaídas.

Ensinar ao paciente a utilização das técnicas aumenta as possibilidades de aplicação por conta própria, o que favorece a brevidade e o sucesso do processo terapêutico. Estudos<sup>4,5</sup> com pacientes deprimidos demonstraram uma melhora mais rápida e maior naqueles que eram colaborativos e executavam as tarefas de casa. Ellis diferenciou as estratégias em dimensões<sup>6</sup> não refinadas (centram-se na mudança do conteúdo do pensamento mediante intervenções autoinstrutivas) e refinadas (introduzem processos de raciocínio mais sofisticados para mudar o

conteúdo, o processo e a estrutura do pensamento mediante uma análise racional profunda).

As estratégias não refinadas são, de preferência, utilizadas na fase inicial de intervenção, pois funcionam melhor com indivíduos muito angustiados e com aqueles que estão em crise imediata. Dentre as estratégias de autoinstrução ou de controle, pode-se destacar a distração, os cartões de enfrentamento e a biblioterapia e/ou psicoeducação.

As estratégias refinadas são utilizadas após o sucesso das não refinadas e promovem a generalização dos ganhos terapêuticos, visto que focalizam a reestruturação cognitiva (mudança do processo de pensamento e seu conteúdo). As estratégias refinadas são a reatribuição (torta de responsabilidade), o registro de pensamentos automáticos (RPA), a flecha descendente, o diálogo socrático e o formulário de questionamento socrático.

## Estratégias não refinadas

É terapeuticamente mais produtivo, para os pacientes, avaliar e modificar seus pensamentos automáticos no ato das situações.<sup>7</sup> Entretanto, em algumas delas, essas estratégias consideradas refinadas tornam-se inviáveis: no início do tratamento, em situações de crise, em estágio motivacional de pré-contemplação para a abstinência ou quando os pacientes apresentam déficits cognitivos, entre outras situações. Na presença de tais condições, as técnicas que apresentam maior eficácia são as não refinadas, apresentadas a seguir.

### *Distração*

A distração pode ser útil quando uma situação está afetando<sup>8</sup> o indivíduo e ele ainda não tem outros recursos cognitivos ou comportamentais para enfrentá-la. As situações que eliciam fissura – ver outras pessoas usando, sentir o cheiro da substância ou encontrar um eventual companheiro de uso – e aquelas geradoras de estados emocionais negativos, como brigar com os pais, terminar relacionamentos ou ser reprovado em uma entrevista de emprego, podem ser consideradas situações de alto risco para lapsos e recaídas por estarem relacionadas à fissura fisiológica ou aos pensamentos de permissão para o uso com a finalidade de tranquilizar-se quando está ansioso ou ter prazer quando triste ou irritado.

Terapeuta e paciente, em um processo colaborativo, listam atividades prazerosas ou de fácil execução, anotando-as em um cartão de enfrentamento. O terapeuta, então, instrui o paciente a ler o cartão e executar a tarefa que escolheu sempre que perceber estados emocionais negativos ou estiver em situações de alto risco para o uso de substâncias ou para outros comportamentos indesejáveis. As atividades listadas podem ser jogos de celular, atenção a qualquer outra situação a sua volta e descrição detalhada desta para si mesmo, definição de um tema e de-

envolvimento de uma conversa com alguém que esteja próximo ou ligar ou enviar mensagens de texto para um amigo.

### *Cartões de enfrentamento*

Os cartões de enfrentamento<sup>7</sup> são produzidos de forma colaborativa e, de preferência, em papel do tipo cartão com medidas aproximadas às dos cartões de visita, para que possam ser consultados regularmente ou quando for necessário, conforme a orientação do terapeuta. Devem estar sempre ao alcance das mãos ou sempre à vista – na carteira, na capa da agenda, no bolso, no espelho do banheiro ou em outro lugar de fácil visualização. É recomendável que se tenha mais de uma cópia do mesmo cartão disponível em mais de um lugar.

No tratamento da dependência química, é possível destacar três formas de utilização dos cartões com objetivos específicos: projetar estratégias comportamentais para enfrentar situações difíceis, utilizar como um modelo de autoinstrução para a motivação e escrever neles respostas adaptativas a um pensamento automático.

#### CARTÃO DE ENFRENTAMENTO 1 – ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA SITUAÇÕES DIFÍCEIS

Uma maneira frequente de utilizar o cartão de enfrentamento com essa finalidade é listar com o paciente situações difíceis que poderiam ocorrer a qualquer momento e que poderiam estar relacionadas a situações de alto risco. Por exemplo, um amigo convida o paciente para uma balada, e este não fica confortável com a ideia de recusar o convite. Outra situação de alto risco pode ser a de comportamentos disfuncionais, como ser agressivo quando se está com raiva. Em seguida, para cada situação ou grupo de situações, o paciente anota no cartão as estratégias consideradas úteis e aplicáveis (Fig. 17.1).

#### CARTÃO DE ENFRENTAMENTO 2 – AUTOINSTRUÇÕES PARA MOTIVAÇÃO

O terapeuta pode recorrer a esse tipo de cartão de enfrentamento (Fig. 17.2) quando o paciente demonstrar desmotivação para mudar um comportamento disfuncional, fazer tarefas, participar das sessões ou até mesmo aderir ao tratamento farmacológico ou a grupos de mútua ajuda. De maneira colaborativa, paciente e terapeuta discutem a respeito de possíveis motivos que, se lembrados ou considerados, poderiam motivar o paciente. Ele anota os motivos no cartão, e cabe ao terapeuta instruí-lo a ler o papel três vezes ao dia, em momentos como ao acordar, depois do almoço e antes de deitar-se. Na sessão seguinte, eles reavaliarão se a estratégia ajudou o paciente a motivar-se.

**CARTÃO DE ENFRENTAMENTO TIPO 1**

Estratégias para quando estou com vontade de usar:

1. Usar as atividades de distração para adiar o uso em 5, 10 minutos, 1 hora, aumentando minha chance de continuar abstinente.
2. Pedir para meu irmão me encontrar.
3. Ligar para meu padrinho do NA e pedir ajuda.
4. Ler o cartão de motivos para continuar abstinente.

**CARTÃO DE ENFRENTAMENTO TIPO 1**

Estratégias para quando um amigo me convida para a balada:

1. Lembrar dos motivos para não sair.
2. Avisar que, por enquanto, não quero usar, então estou evitando situações como essa.
3. Pedir que, por enquanto, não me convide mais e que aguarde um contato.

>> **FIGURA 17.1** Exemplos de cartões de enfrentamento – tipo 1.

**CARTÃO DE ENFRENTAMENTO TIPO 2**

Meus motivos para ir à reunião do NA:

1. Lá encontrarei pessoas que já passaram pelo que estou passando e estão limpas há bastante tempo.
2. Eles entendem que estou doente e não me julgarão.
3. Da última vez que me afastei das reuniões, recaí.
4. Se tiver muita vontade de usar, vou ter mais pessoas a quem pedir ajuda.

>> **FIGURA 17.2** Cartão de enfrentamento – tipo 2.

### CARTÃO DE ENFRENTAMENTO 3 – RESPOSTA ADAPTATIVA A UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO

Esse tipo de cartão pode ser útil quando o paciente não consegue avaliar ou responder de maneira funcional a um pensamento automático muito aflitivo e recorrente, mesmo depois de tentar distrair-se com atividades prazerosas (Fig. 17.3A e B).

### *Psicoeducação – Biblioterapia<sup>8</sup> e material psicoeducacional*

Os pacientes apresentam pensamentos e crenças equivocadas sobre as substâncias e sobre si mesmos em relação a elas, além de desconhecerem a maneira como seu funcionamento cognitivo disfuncional está intimamente relacionado a comportamentos de dependência. Com a finalidade de apresentar novas e confiáveis informações ao paciente, é aconselhável que o terapeuta crie materiais psicoeducativos

### CARTÃO DE ENFRENTAMENTO TIPO 3 – frente

“Meu esforço não está valendo a pena.”

### CARTÃO DE ENFRENTAMENTO TIPO 3 – verso

“O fato de as pessoas não me tratarem como gostaria ou não acreditarem na minha recuperação parece normal para qualquer pessoa na mesma situação, e isso não é motivo para desistir. As coisas já estão bem melhores: minha família está mais próxima, voltei para casa e retomei o contato com meus amigos de verdade. Não estou mais correndo o risco de morrer e tenho, na maior parte do tempo, vontade de recuperar-me. Sou privilegiado por ter acesso ao tratamento.”

>> **FIGURA 17.3** (A) Frente do cartão de enfrentamento – tipo 3. (B) Verso do cartão de enfrentamento – tipo 3.

com temas variados e ofereça-os aos pacientes durante as sessões ou como tarefa de casa. Nesse caso, o tema se tornará item para ser discutido na próxima sessão – ou deve ser indicada uma bibliografia em terapia cognitiva com tema específico. O ideal é que o terapeuta escolha trechos com poucas páginas ou apenas um capítulo que resuma as informações sobre o tema discutido, e ofereça o material para que o paciente possa levá-lo consigo e devolver na próxima sessão.

Temas relevantes para materiais psicoeducativos são: textos sobre a dependência química e cada substância (mecanismos de ação, prejuízos, tolerância, síndrome de abstinência), modelos cognitivos (de funcionamento, do uso de substâncias, de processo de recaída) ou impressos.

## Estratégias refinadas

Com a utilização das estratégias refinadas – que correspondem à reestruturação cognitiva –, o paciente poderá avaliar seus pensamentos automáticos no momento em que ocorrem e modificá-los –, o que levará o indivíduo a responder de maneira funcional às situações, emitindo comportamentos funcionais, como, por exemplo, comportar-se de maneira a manter-se abstinente.

### *O método socrático e o questionamento socrático em terapia cognitiva*

O método socrático era praticado por Sócrates (469-399 a.C.), professor e filósofo grego, que colocava em dúvida crenças arraigadas dos seus contemporâneos. Em-



bora não tenha deixado nenhuma obra por escrito, seu discípulo Platão transmitiu seus diálogos (Diálogo de Sócrates, em A república). Sócrates acreditava que a prática disciplinada do questionamento consciente permitia ao indivíduo estudar ideias de maneira lógica para determinar sua validade<sup>9</sup> e que o conhecimento da verdade levava as pessoas a serem virtuosas. Para isso, ele usava perguntas simples e quase ingênuas, com o objetivo de revelar as contradições da atual forma de pensar de seus debatedores, normalmente baseada em valores e preconceitos da sociedade, e auxiliá-los, assim, a redefinir tais valores, aprendendo a pensar por si mesmos.

O questionamento socrático passou a ser utilizado e desenvolvido por diversos filósofos e foi incorporado à TC como estratégia central. De maneira colaborativa, o terapeuta educa o paciente a considerar seus pensamentos que emergem automaticamente apenas como hipóteses, para, então, avaliá-los de maneira crítica e gerar pensamentos alternativos mais adaptativos.

A descoberta orientada,<sup>10</sup> ou questionamento socrático, baseia-se em um questionamento genuíno e aberto, que transmite interesse e revela o que o terapeuta realmente quer compreender: como o paciente pensa, como se sente e como se comporta. Para que o processo seja positivo, o terapeuta deve conduzi-lo de maneira a capacitar e apoiar o paciente, utilizando-se da empatia terapêutica. Segundo Padesky,<sup>11</sup> devemos considerar o processo como uma abordagem de quatro estágios:

- Psicoeducação – Corresponde a eliciar a identificação das cognições/suposições importantes, emoções e comportamentos a ela associados;
- Escuta empática – O terapeuta incorpora a linguagem do paciente ao diálogo (repetindo as falas deste) e chama sua atenção para informações importantes, mas até o momento ignoradas (p. ex., informação do material de leitura de psicoeducação sobre a substância);
- Resumo das cognições/suposições, o que demonstra colaboração e cria oportunidades de corrigir quaisquer mal-entendidos;
- Reflexão sobre novas informações e reavaliação das cognições originais. Assim, as cognições são reavaliadas, as novas informações são sintetizadas na estrutura cognitiva do paciente e é desenvolvido um conjunto alternativo de crenças e suposições.

## O QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO COMO FACILITADOR DO PROCESSO DE AUTODESCOBERTA

Segundo Overholser,<sup>12</sup> são utilizados sete tipos de perguntas com diferentes funções, em vários estágios, para facilitar o processo de autodescoberta, entendimento, avaliação e reavaliação. Serão exemplificadas, a seguir, a utilidade dessas perguntas em pacientes dependentes químicos.

1. **Perguntas de memória descritiva:** objetivam esclarecer fatos ou detalhes e facilitam o desenvolvimento de um entendimento compartilhado. Exemplos:  
 “Quando começou a sentir fissura?”  
 “O que fez quando viu seus amigos cheirando?”
2. **Perguntas de tradução:** objetivam descobrir que significado o paciente atribui a eventos. Exemplos:  
 “O que isso significou para você?”  
 “Por que acha que isso aconteceu?”
3. **Perguntas de interpretação:** objetivam fazer relações ou conexões entre eventos/consequência lógica. Exemplos:  
 “Você percebe alguma ligação entre estar chateado com sua irmã e pensamentos de usar substâncias?”  
 “Há outras situações específicas em que nota esses pensamentos?”
4. **Perguntas de aplicação:** objetivam explorar conhecimentos ou habilidades anteriores do paciente que podem ter sido ignorados ou esquecidos. Exemplos:  
 “Quando não usava, o que você fazia se ficava chateado?”  
 “Em outra sessão, você me disse que já ficou abstinente por oito meses e que, na época, muitos conflitos com sua irmã também ocorriam. O que fazia para ficar abstinente?”
5. **Perguntas de análise:** objetivam ensinar o paciente a pensar de modo sistemático e lógico sobre seus problemas, pensamentos e estratégias de enfrentamento. Estimulam as conclusões lógicas. Exemplos:  
 “Que evidências apoiam a ideia de que seus pais não gostam de você?”  
 “O que seu amigo diria se você contasse esse pensamento a ele?”
6. **Perguntas de síntese:** objetivam levar a discussão para um nível mais elevado e encorajam o paciente a pensar “fora da caixa”, a fim de identificar outras explicações e soluções novas ou alternativas. Exemplos:  
 “Há outras hipóteses ou motivos que explicariam o comportamento deles com você, que não o de não darem apoio?”  
 “Como outras pessoas resolveriam esse problema?”
7. **Perguntas de avaliação:** objetivam reavaliar e mudar pensamentos, crenças e suposições iniciais. É a conclusão do processo socrático. Exemplos:  
 “Como você pensa sobre o comportamento deles agora?”  
 “Você ainda se considera fraco?”  
 “Existe outra maneira de pensar sobre o que aconteceu?”

Antes de utilizar o questionamento socrático com os pacientes, é recomendável que o terapeuta já o tenha utilizado consigo mesmo, de maneira sistematizada e em diversas situações, ou que tenha sido treinado nas técnicas cognitivas, além de considerar que o questionamento, quando aplicado, deve ser passível de ser res-

pondido de modo claro e específico e usar a linguagem do paciente, permanecer focado e orientado para o enfrentamento do momento presente e ajudar o indivíduo a considerar ou prestar atenção nas informações relevantes que tenham sido ignoradas.

## PRATICANDO O QUESTIONAMENTO COM OS PACIENTES

O uso do questionamento socrático é amplo, e o terapeuta pode utilizá-lo nas diferentes formas, como as apresentadas a seguir.

- Em forma de diálogo, denominado diálogo socrático: durante as sessões, o terapeuta pode utilizá-lo para familiarizar o paciente com os modelos cognitivos ou às técnicas ou quando pretender que o paciente perceba seu funcionamento disfuncional ou tome consciência de maneiras de pensar que podem conter distorções de pensamento, colocando aquela ideia original em dúvida para que possa começar a considerar outras hipóteses.

Terapeuta: Você me disse que a cocaína é sua melhor amiga? Correto?

Paciente: Sim.

T: O que você entende por amizade?

P: Um amigo está sempre com a gente para o que der e vier, para ajudar nos momentos bons e ruins.

T: O que mais um amigo faz?

P: Dá conselhos, fala o que pensa de verdade, critica quando tem de criticar, pensa no nosso bem.

T: De que a maneira a cocaína ajuda nos momentos bons e ruins?

P: Ela me deixa confiante, faço tudo que tenho vontade. Faz com que me sinta melhor quando estou mal.

T: Por quanto tempo fica bem? E depois, como é?

P: Só enquanto estou usando. Depois fica tudo ruim de novo.

T: Sob o efeito da cocaína, você já fez algo que tenha lhe causado prejuízo?

P: Muito sexo sem preservativo. Traí minha ex-esposa várias vezes, por isso ela pediu a separação. Também perdi dois empregos.

T: Você disse que um amigo dá conselhos e pensa no nosso bem. Como isso se aplica à cocaína?

P: É, agora parece que a cocaína, de amiga, não tem nada.

- De maneira estruturada, denominada questionamento socrático: em forma de formulário com perguntas previamente estabelecidas, com o objetivo de acostumar o paciente a considerar, de forma sistemática, seus pensamentos automáticos originais apenas como hipóteses, as quais serão confirmadas

(ou não) após as seguintes considerações: as evidências concretas a respeito do pensamento e a implicação de pensar assim, as maneiras alternativas de pensar ou explicar a mesma situação, a maneira como outras pessoas pensam a respeito, o resultado, se o pensamento fosse verdadeiro, e a reavaliação da hipótese com plano de ação caso ela seja confirmada.

Primeiro, o paciente deve ser capaz de reconhecer a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos. Utiliza-se, para esse fim, a psicoeducação, que consiste, aqui, em explicar o modelo cognitivo utilizando situações do cotidiano do paciente.

Terapeuta: Você me disse que tinha combinado, sexta-feira passada, de encontrar sua namorada, e, quando já estava a caminho, ela enviou uma mensagem dizendo que não sairia e que precisariam conversar depois. Quando isso aconteceu, o que passou pela sua cabeça?

Paciente: Pensei que ela queria terminar tudo e que foi a mãe dela que fez sua cabeça para não me encontrar.

T: Ao pensar assim, como se sentiu?

P: Com raiva e medo de que ela não quisesse mais me ver.

T: E como você se comportou em seguida?

P: Fiquei ligando e ela não atendeu, senti mais raiva.

T: O que pensou quando insistiu e mesmo assim ela não o atendeu?

P: Que ela não reconhece o esforço que estou fazendo. Fui, então, até a casa do meu primo para irmos buscar maconha na boca. Aí voltei a fumar.

T: Você percebe a relação entre o que pensou e sentiu e seu comportamento de voltar a usar drogas?

P: Sim.

Após socializar o paciente ao modelo, o terapeuta oferece um formulário de RPA para ser preenchido, nesse momento, como modelo. Com o modelo em mãos, o paciente é orientado a preencher registros entre as sessões como tarefa de casa,<sup>7</sup> sempre que perceber estados emocionais negativos ou comportamentos disfuncionais, de preferência aqueles relacionados à substância, a ele em relação à substância, fissura, raiva e permissão para o uso. O formulário de RPA deve conter, inicialmente, quatro colunas com os seguintes cabeçalhos (Fig. 17.4):

1. Situação
2. Pensamentos automáticos
3. Emoção(ões)
4. Comportamentos

Os registros escritos tendem a ajudar o paciente a examinar seus pensamentos e emoções com maior objetividade e facilitam a recordação de eventos

RPA – Registro de pensamentos automáticos					
Nome: _____				Data: _____	
1 – Situação	2 – Pensamentos automáticos	3 – Emoção(ões)	4 – Comportamentos	5 – Pensamentos alternativos	6 – Resultado
					1. Quanto acredita no pensamento quente agora? 2. Que emoção você sente agora? Com qual intensidade (de 0 a 100%)? 3. O que você fez ou fará a respeito?

Perguntas para ajudar a compor um pensamento alternativo:

1. Pensamento quente:
2. Quais são as evidências de que o pensamento quente é verdadeiro? Quais as evidências de que não é verdadeiro?
3. Há explicações alternativas ou outras maneiras de enxergar a situação?
4. Considerando as evidências e explicações alternativas, o que é mais realista?
5. No caso de o pensamento original ser verdadeiro, qual a implicação? O que você poderia fazer a respeito?

>> **FIGURA 17.4** RPA (Registro de pensamentos automáticos).  
 Fonte: Adaptada de Knapp.<sup>13</sup>

importantes,<sup>8</sup> devendo ser revisados em todas as sessões, assim como outras tarefas de casa.

Uma vez que o paciente esteja pronto para automonitorar estados emocionais negativos e tenha aprendido a rotular emoções da forma correta e a reconhecer pensamentos automáticos e comportamentos disfuncionais, o terapeuta pode prosseguir, auxiliando-o a identificar ou reconhecer as cognições quentes – consideradas pensamentos automáticos com grande equivalência emocional e com conteúdo relevante a ser avaliado. Beck<sup>14</sup> destaca os seguintes atributos criteriosais específicos às cognições quentes: elas são automáticas, irrazoáveis e disfuncionais; parecem plausíveis e são indiscriminadamente aceitas como válidas, mesmo que pareçam bizarras à reflexão; e são involuntárias, tornando-se recorrentes e ruminativas.

O terapeuta pede que o paciente, para cada pensamento automático registrado, estabeleça a equivalência emocional, o que corresponderia, em uma escala de 0 a 100, ao quanto cada pensamento, isoladamente, contribuiu de forma significativa para a emoção descrita no RPA. Com o pensamento quente identificado, é possível que o terapeuta ajude o paciente a buscar respostas razoáveis a suas cognições quentes originais. Para isso, pode incluir no RPA (Fig. 17.4) outras duas colunas

com os cabeçalhos “pensamento alternativo” (5) e “resultado” (6), além de perguntas de avaliação do resultado na coluna 6 e perguntas socráticas no rodapé, que ajudam a compor o pensamento alternativo.

Para socializar o paciente ao uso das perguntas socráticas do rodapé, o terapeuta faz a leitura delas em voz alta após definir o pensamento quente a ser avaliado. Em seguida, pede ao paciente que responda a três perguntas de avaliação de resultado na coluna 6. Quando a tarefa é concluída com êxito, o profissional pede para que o paciente escolha o próximo pensamento quente a ser avaliado e pratique, por escrito no formulário, as perguntas do rodapé. O próximo passo é incentivar o paciente a avaliar, de forma sistemática em seu cotidiano, um ou dois de seus pensamentos quentes ocorridos entre as sessões, como tarefa de casa. Planejar a atividade novamente de acordo com as dificuldades ou voltar, por hora, a utilizar estratégias não refinadas pode ser mais produtivo nesse momento, caso o paciente apresente dificuldades na execução das tarefas ou não traga os registros. Para isso, o terapeuta tentará determinar o que está desfavorecendo o uso da técnica: se falta motivação por ainda não experimentar resultado satisfatório ou por não desejar se esforçar para modificar seu humor, se há desânimo por considerar-se incapaz de melhorar ou de questionar seus pensamentos sem a ajuda do terapeuta, entre outras sensações.

### *Reatribuição (torta de responsabilidade)*

A torta de responsabilidade<sup>15</sup> é considerada uma técnica de reatribuição de significado que auxilia o paciente a buscar explicações alternativas relacionadas a sua responsabilidade ou culpa pela ocorrência de um evento. Muitas vezes, o indivíduo não tem a noção real de sua responsabilidade com relação a algum evento que tenha modulado seu humor, acreditando que é 100% responsável pelo que aconteceu, quando, na realidade, cada evento é justificado pelo acúmulo de vários fatores, que contribuem dentro de um todo.

Com o apoio do terapeuta, o paciente deverá, em primeiro lugar, listar possíveis causas que justifiquem a ocorrência de um determinado evento. O indivíduo pode colocar explicações mais elaboradas sobre a experiência, mas não é necessário considerar como parte integrante da listagem, pois, mais tarde, essas explicações podem promover a racionalização sobre o processo. Em seguida, com a ajuda do terapeuta, o paciente irá “fatiar a torta” utilizando-se da listagem das causas, determinando a porcentagem de participação de cada razão. A seguir, um exemplo ilustra como uma torta de responsabilidade deve ser usada: o paciente, dependente químico, sente-se totalmente culpado por sua mãe ser uma alcoólista.

Terapeuta: Você se sente 100% responsável pelo fato de sua mãe beber, certo?

Paciente: Sim, totalmente.

T: Vamos fazer um exercício chamado “torta de responsabilidade” para verificar se o que você pensa é verdadeiro, tudo bem?

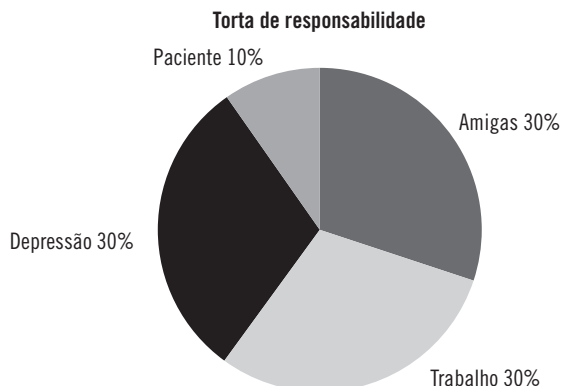
P: Sim, vamos lá.

- T: Primeiro, iremos fazer uma lista de outros possíveis motivos que levaram sua mãe a usar bebida, certo? Você consegue se lembrar de outras dificuldades na vida de sua mãe?
- P: Sim, ela sempre está muito triste, acho que é por causa da separação do meu pai.
- T: Mais alguma coisa que se lembre?
- P: O trabalho dela é muito estressante. Ela também tem muitas amigas que saem todo fim de semana para bares e festas, todas bebem muito.
- T: Algo mais que possa lembrar?
- P: Não, nada mais.
- T: Então vamos fazer a torta e fatiá-la. (O terapeuta desenha um círculo grande em uma folha de papel em branco [Fig. 17.5].) Você saberia cortar uma torta ou mesmo um bolo? Vamos fazer assim, para cada uma das causas que me disser, você dirá com quanto, em percentual, ela contribui para que sua mãe beba, certo?
- P: Claro!
- T: Qual o tamanho da responsabilidade que as amigas de sua mãe têm sobre esse todo?
- P: Talvez... 30%.
- T: Certo, e pelo fato de sua mãe estar triste a maior parte do tempo, depressiva?
- P: Acho que também é 30%.
- T: E o trabalho, ele é muito estressante, não? Quanto você dá para ele?
- P: Acho que a mesma proporção, 30%.
- T: Então, vamos ver quanto sobrou para você, qual a sua responsabilidade. Sobrou 10%, esse é o tamanho da sua responsabilidade por sua mãe beber. Quer rever algum número?
- P: Não.
- T: Agora olhe para nossa torta, o que você pensa sobre ela?
- P: Vejo que minha parte é pequena. Não é tão grande quanto eu imaginava.
- T: Sim, vamos anotar aqui embaixo essa sua frase. Agora me diga, vendo isso, o que acontece com seu sentimento de culpa neste momento?
- P: Nossa! Ele ficou bem menor.

A Figura 17.5 mostra os elementos de reatribuição considerados pelo paciente após a listagem das razões que contribuíam para o consumo de álcool da mãe. Dessa maneira, ele concluiu que sua responsabilidade sobre o todo era pequena.

### *Flecha descendente*

A flecha ou seta descendente<sup>15</sup> possibilita a identificação de crenças disfuncionais a partir de um pensamento e ajuda na descoberta de medos subjacentes de um paciente. A técnica consiste em fazer perguntas sobre o pensamento ou evento imaginado, por exemplo: “O que aconteceria se seu pensamento fosse verdadeiro?”;



>> **FIGURA 17.5** Torta de responsabilidade.

“Qual seria o significado para você se isso realmente acontecesse?”; “O que você pensaria?” ou “O que poderia acontecer a seguir?”.

Partindo do pensamento inicial, o terapeuta desenha uma seta para baixo e elabora as perguntas de acordo com as respostas obtidas.

De fato, um pensamento negativo pode realizar-se. Supondo que o paciente tenha medo de ser reprovado em uma entrevista de emprego, isso realmente poderá ocorrer; com a utilização da seta descendente, esse pensamento pode ser despotencializado (Fig. 17.6). No exemplo, conclui-se que o pensamento automático original do paciente é ativado por uma crença central de incapacidade.



>> **FIGURA 17.6** Flecha descendente.

Fonte: Adaptada de Leahy.<sup>15</sup>



Com a utilização sistemática das técnicas descritas aqui, chega-se a um momento muito importante do processo terapêutico para o paciente que já apresenta habilidades suficientes para resolver problemas, questionar seus pensamentos automáticos com sucesso e manter-se abstinente. Trata-se do momento certo para começar ativamente a questionar as regras condicionais e as crenças intermediárias e centrais do paciente, que, a essa altura, já são do conhecimento do terapeuta.

## O QUESTIONAMENTO DE REGRAS CONDICIONAIS E DE CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS E CENTRAIS

O desafio de regras condicionais e de crenças intermediárias e centrais pode ser feito em formulário específico ou em forma de diálogo socrático e deve conter questionamentos que contemplem o exame de evidências, a possibilidade de explicações alternativas, a análise de vantagem e desvantagem de pensar de tal maneira, um plano de ação para lidar com o problema no futuro e a reavaliação das crenças e emoções originais. Como resultado, é esperado que a crença anterior dê lugar a uma nova maneira de pensar, considerada mais funcional. As crenças e suposições ou regras a serem questionadas são escolhidas pelo terapeuta e fazem parte de um dos itens de agenda para a sessão, conforme ilustra a Figura 17.7. É aconselhável que o terapeuta, durante as sessões, familiarize o paciente com o questionamento de crenças relacionadas a todos os esquemas cognitivos que o indivíduo apresentar, antes de encorajá-lo a fazer sozinho, como tarefa de casa.

Enquanto o paciente avalia o conteúdo automático de seu pensamento, por meio do seu próprio raciocínio indutivo e ao considerar o raciocínio das pessoas a sua volta, suas capacidades cognitivas complexas são estimuladas. Portanto, fazê-lo sistematicamente, além de aplicar outras estratégias para as quais foi treinado, habilita o paciente a desenvolver autonomia pessoal, tornando-o flexível no aspecto cognitivo e bom solucionador de problemas. Nesse momento, pode-se considerá-lo hábil no aspecto metacognitivo.<sup>16</sup>

Uma estratégia muito útil para testar a aquisição e a sedimentação de novas crenças adaptativas é o uso do relatório de crença central (Fig. 17.8), que consiste em verificar o quanto o paciente acreditava na crença central original e o quanto acredita hoje, assim como o nível de crédito dado à nova crença adaptativa e em que base de evidências ela se apoia.

## A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A eficácia da TC foi amplamente demonstrada em diversos estudos clínicos para o tratamento de outros transtornos psiquiátricos,<sup>17</sup> como transtorno de pânico<sup>3</sup> e transtornos da personalidade.<sup>18</sup> A intervenção foi eficaz também para o tratamento

Regra/crença: “Sou um fracasso total”.

Emoção associada: tristeza

Intensidade da emoção: 80%

1. Evidências

- a) Quais são as evidências que apoiam essa ideia?

Não fui capaz de parar de fumar sozinha, como meu marido, por exemplo, e não tive uma carreira profissional.

- b) Quais são as evidências contrárias a essa ideia?

Sou uma ótima esposa e mãe exemplar. Eu que escolhi não trabalhar e acho que foi importante acompanhar meus filhos; hoje eles são ótimas pessoas. Tenho facilidade com trabalhos manuais e já ensinei muitas colegas que me são gratas.

2. O que eu diria (a um amigo) se ele ou ela estivesse na mesma situação?

Diria que ela tem muito valor como esposa e mãe; por isso, é bem-sucedida no que considera o mais importante. Diria também que deveria estar orgulhosa.

3. Considerando as evidências ou novas informações, existe uma explicação alternativa?

Sim.

- a) Qual?

Sou uma mulher virtuosa. Sou boa mãe e esposa.

- b) Qual é o resultado mais realista?

Tudo vai ficar bem.

- c) Quais as vantagens e desvantagens de pensar da maneira original?

Só tristeza.

4. O que poderia acontecer de melhor?

Minhas virtudes me ajudarem a nunca mais fumar.

5. Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento?

Fico mais confiante e alegre. Não me sinto diferente das pessoas.

6. Caso o pensamento fosse verdadeiro...

- a) O que eu deveria fazer em relação a isso?

Nesse caso, não é verdadeiro.

- b) Quais estratégias cognitivas ou comportamentais posso usar?

7. Reavalie o pensamento original: “Sou um fracasso total”.

- a) O quanto acredito nele agora?

0%.

- b) Meu pensamento original é realista? Se não, qual é a maneira mais realista e funcional de pensar agora?

“Sou virtuosa.”

- c) Pensando dessa maneira mais realista e funcional, como me sinto?

“Aliviada e motivada para prosseguir.”

>> **FIGURA 17.7** Formulário de questionamento socrático para desafio de regras condicionais e crenças intermediárias e centrais.

Fonte: Adaptada de Serra.<sup>19</sup>

do abuso de substâncias,<sup>3,17,20</sup> e os principais ganhos terapêuticos foram elevada taxa de adesão ao modelo de tratamento e manutenção da abstinência por um período maior de tempo, resultado da aplicabilidade da abordagem de prevenção de recaídas.

Relatório de crença central/esquema: inadequação	
Crença central antiga: "Sou fraco. Até o álcool é mais forte do que eu".	90%
Quanto você acredita na crença central antiga neste momento (0-100)?	10%
Qual foi o máximo que você acreditou nela esta semana (0-100)?	10%
Qual foi o mínimo que você acreditou nela esta semana (0-100)?	0%
Nova crença: "Sou normal. A doença me tornou dependente do álcool".	
Quanto você acredita na nova crença no momento (0-100)?	85%
Evidências que contradizem a antiga crença central e apoiam a nova crença:	
A dependência química é uma doença, meu organismo pedia o álcool, então me automedicava.	
Estou abstinente há oito meses e fiz tudo o que aprendi e precisava para ficar sóbrio, o que é um sinal de força de vontade.	
Hoje resolvo problemas, sigo em frente, não olho para trás e não sinto dó de mim, coisas que uma pessoa fraca faz.	

>> **FIGURA 17.8** Exemplo de relatório de crença central.

Fonte: Adaptada de Beck.<sup>7</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento da dependência química é considerado por muitos teóricos e clínicos um desafio quase intransponível, pois se trata de uma patologia muito complexa e que está, normalmente, associada a comorbidades e tantos outros problemas das mais diversas áreas de funcionamento do indivíduo. Por conta da urgência psicossocial atual, seria de grande utilidade que modelos de tratamento para a dependência química empiricamente validados fizessem parte do referencial teórico e/ou clínico dos profissionais da saúde. Para isso, a prática eficaz da TC poderia ser uma das abordagens a serem consideradas, haja vista ter caráter breve e estruturado, além de integrar a teoria à técnica e apresentar um modelo prescritivo de alta treinabilidade.

Portanto, cabe aos profissionais da saúde, detentores do conhecimento, o empenho em buscar modelos, estratégias e técnicas para que planos de tratamento mais eficazes possam ser oferecidos aos pacientes dependentes químicos ou com outros transtornos psiquiátricos.

## REFERÊNCIAS

1. Beck AT. Thinking and depression: II. Theory and therapy. Arch Gen Psychiatry. 1964;10:561-71.
2. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N, editors. Treating addictive behaviors: processes of change. New York: Plenum; 1986. p. 3-27.

3. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford; 1993.
4. Persons JB, Burns DD, Perloff JM. Predictors of drop-out and out-come in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognit Ther Res*. 1988;12(6):557-75.
5. Primakoff L, Epstein N, Covi L. Homework compliance: an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. *Behav Ther*. 1986;17(4):443-6.
6. Ellis A. Rational-emotive therapy as a new theory of personality and therapy. In: Ellis A, Whiteley JM, editors. *Theoretical and empirical foundations rational-emotive therapy*. New York: Brooks/Cole; 1979. p. 1-6.
7. Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
9. Stavemann H. *Sokrastische Gesprächsführung in Therapie und Beratung*. Weinheim: Beltz; 2007.
10. Stallard P. Guia do terapeuta para bons pensamentos-bons sentimentos: utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2007.
11. Padesky CA. Socratic questioning: changing minds or guiding discovery? *European Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*; 1993 Sep 24; London.
12. Overholser JC. Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. *Psychotherapy*. 1993;30(1):67-74.
13. Knapp P. Principais técnicas. In: Knapp P, organizador. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 139.
14. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press; 1976.
15. Leahy RL. *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
16. Andretta I, Silva JG, Susin N, Freire SD. Metacognição e aprendizagem: como se relacionam? *Psico*. 2010;41(1):7-13.
17. Cordioli AV, Knapp P. A terapia cognitiva-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatria*. 2008;30(2):51-3.
18. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford; 1990.
19. Serra AM. *Apostila do curso de Introdução à Terapia Cognitiva do Instituto de Terapia Cognitiva*. São Paulo; 2007. Não publicada.
20. Carroll KM. *A cognitive-behavior approach: treating cocaine addiction*. Rockville: NIDA; 1998.

## LEITURA RECOMENDADA

Liese BS, Franz RA. Tratamento dos transtornos por uso de substâncias com a terapia cognitiva: lições aprendidas e implicações para o futuro. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 405-35.



## >> **Parte 6**

Técnicas comportamentais



>> 18

## TÉCNICAS E TERAPIAS COMPORTAMENTAIS APLICADAS AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

André Q. C. Miguel  
Carolina de Meneses Gaya



### Pontos-chave

- >> Os tratamentos baseados em princípios comportamentais são considerados eficazes para diversos transtornos psiquiátricos, como, por exemplo, os transtornos por uso de substâncias.
- >> A terapia comportamental de casal, o tratamento por reforço comunitário e o manejo de contingências buscam modificar o ambiente do dependente de tal modo que ele seja mais reforçado por ficar abstinente do que por fazer uso de substâncias.
- >> Os tratamentos podem ser aplicados em conjunto com outras formas de intervenção, como entrevista motivacional, prevenção de recaída, terapias cognitivo-comportamentais, grupos de mútua ajuda e tratamento farmacológico.

Os tratamentos psicossociais para transtornos mentais foram considerados cientificamente efetivos apenas a partir de intervenções baseadas em princípios do condicionamento operante e respondente.<sup>1</sup> Nos anos 1970, os tratamentos baseados em princípios comportamentais já apresentavam eficácia para transtornos depressivos,<sup>2</sup> de pânico,<sup>3</sup> transtorno obsessivo-compulsivo,<sup>4</sup> esquizofrenia<sup>5</sup> e autismo.<sup>6</sup> O interesse da comunidade científica pelas intervenções de base comportamental decorreu, em parte, dos resultados positivos obtidos em estudos de ensaios clínicos, mas também de seu alto rigor metodológico. Deve-se considerar que, por meio desses estudos, as pesquisas de intervenções psicossociais alcançaram o mesmo rigor metodológico dos estudos farmacológicos.<sup>7</sup>

O transtorno por uso de substâncias é considerado o terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente, estando associado a inúmeros problemas sociais, de saúde, econômicos e ocupacionais para o indivíduo e para seus familiares.<sup>8</sup> Apesar dos altos investimentos feitos para o desenvolvimento de técnicas efetivas de tratamento psicológico, apenas algumas intervenções são consideradas eficazes para o tratamento

da dependência de substâncias. Em geral, essas intervenções seguem princípios comportamentais e cognitivo-comportamentais.<sup>9</sup> Porém, neste capítulo, serão abordadas apenas as técnicas comportamentais que apresentam evidência de eficácia.

Em resumo, pode-se dizer que a perspectiva comportamental para a dependência química pode ser dividida em duas correntes teóricas. Uma dá mais importância aos processos de condicionamento respondente,<sup>10,11</sup> enquanto a outra considera que são os processos operantes que ocupam um espaço de maior controle sobre os transtornos por uso de substâncias.<sup>12,13</sup> No início, acreditava-se que os processos de condicionamento respondente tinham um papel de maior importância no desenvolvimento e na manutenção da dependência. Para essa abordagem, os tratamentos que utilizavam procedimentos de extinção eram considerados mais efetivos. A técnica desenvolvida para promover tais procedimentos pode ser traduzida para o português como “tratamento por exposição a estímulos” (*cue exposure treatment*).<sup>10,11</sup>

Apesar da importância de processos respondentes em respostas como as de tolerância e de crise de abstinência, o tratamento por exposição a estímulos não alcançou resultados expressivos na promoção da abstinência (um dos objetivos centrais de um tratamento para dependência química). Ao mesmo tempo, tratamentos envolvendo procedimentos de condicionamento operante começaram a apresentar resultados expressivos, colocando a perspectiva respondente em um lugar de menor prestígio. Dessa forma, tratamentos de base operante, como a terapia comportamental de casal,<sup>14</sup> o tratamento por reforço comunitário<sup>14</sup> e o tratamento por manejo de contingências,<sup>15,16</sup> alcançaram maior destaque no tratamento da dependência química. O objetivo deste capítulo é aproximar o leitor dos princípios teóricos e práticos desses três tratamentos comportamentais, que, junto com técnicas cognitivo-comportamentais, apresentam os melhores resultados no tratamento da dependência química.

Como será visto, os três métodos de tratamento apresentam certas similaridades, o que, provavelmente, se deve ao fato de terem a mesma origem teórico-metodológica, a qual acredita que os comportamentos ligados ao consumo de substâncias sejam operantes, isto é, comportamentos controlados pelas consequências que produzem. Por isso, o foco das intervenções é modificar o ambiente do paciente de tal modo que ele seja mais reforçado por manter a abstinência do que por fazer uso de substâncias. Outro ponto importante, que ficará claro ao longo do capítulo, diz respeito às técnicas que podem e devem ser aplicadas em conjunto com outras abordagens, tais como tratamento cognitivo-comportamental, entrevista motivacional, prevenção de recaída e tratamento farmacológico.

## TERAPIA COMPORTAMENTAL DE CASAL

A dependência química sempre foi concebida pela sociedade e pela comunidade científica como um problema individual, para o qual tratamentos específicos indi-

viduais seriam os mais eficazes. Porém, nos últimos 40 anos, a importância da família no contexto de consumo de substâncias começou a ser percebida. De fato, no início dos anos 1970, a terapia familiar passou a ser considerada um dos principais avanços de tratamentos psicoterapêuticos focados na dependência química.<sup>17</sup> Um estudo de metanálise sugere que tratamentos que incluem outros integrantes do núcleo familiar (mãe, pai, marido e mulher) têm maior probabilidade de promover a abstinência e sua durabilidade quando comparados a tratamentos que trabalham apenas com o usuário de substâncias.<sup>18</sup>

## Perspectiva teórica

Baseada nos princípios comportamentais, a terapia comportamental de casal sustenta que interações familiares disfuncionais produzem contingências que reforçam o consumo de álcool e outras substâncias. Dessa maneira, o objetivo central dessa terapia é modificar as contingências presentes na relação familiar, eliminando aquelas que reforçam o comportamento de usar substâncias e estimulando novas contingências que reforçam comportamentos favoráveis à abstinência.<sup>19,20</sup> De acordo com essa perspectiva, a relação entre uso de substâncias e problemas no relacionamento do casal é complexa, porém recíproca. Casais em que um dos cônjuges faz uso abusivo de álcool ou outra substância vivem, em geral, uma relação problemática, com altos índices de insatisfação, instabilidade e agressão verbal e física.<sup>21</sup> Da mesma maneira, disfunções na relação do casal estão associadas ao aumento do uso abusivo de substâncias e de recaída pós-tratamento. Assim, o uso abusivo e a relação problemática entre o casal cria um círculo vicioso em que um problema induz ao outro.<sup>19,21</sup>

## Princípios práticos

A terapia comportamental de casal apresenta alguns formatos, e o mais comum consiste em um tratamento que vai de 15 a 20 sessões, com duração de 5 a 6 meses de atendimento.<sup>19,21</sup> Nesse período, o terapeuta trabalha com o paciente usuário e seu cônjuge. A terapia pode ser feita como tratamento único ou em conjunto com outras intervenções, como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA), tratamento farmacológico e terapia individual.<sup>19</sup>

### *Para quem o tratamento é indicado*

A terapia comportamental de casal é sugerida, principalmente, para casais que vivem juntos há pelo menos um ano, em que um dos cônjuges apresenta problemas relacionados ao consumo de uma ou mais substâncias. No entanto, essa terapia não



trata apenas casais, sendo empregada também com o paciente e algum familiar. A abordagem é contraindicada em casos de relacionamentos destrutivos, nos quais são frequentes situações de violência física, e/ou quando um dos cônjuges apresenta medo constante do outro. Ela também é contraindicada nos casos em que ambos os cônjuges são dependentes de substâncias.<sup>21</sup>

### *Procedimentos gerais das sessões*

A terapia é altamente estruturada, e o terapeuta elabora uma agenda específica para cada sessão. Em geral, durante as duas primeiras sessões, o profissional busca reduzir sentimentos e interações negativos do casal relacionados aos problemas gerados pelo consumo de álcool ou outras substâncias. Para isso, o terapeuta deve contemplar a fala do casal ao mesmo tempo em que reduz a culpa de ambos, ao explorar o fato de que é muito difícil cuidar de problemas relacionados à dependência sem ajuda ou orientação de pessoas ou serviços especializados. Ao mesmo tempo, o profissional deve encorajar a troca de falas e comportamentos positivos entre o casal.

Nas sessões seguintes, o terapeuta precisa iniciar com o casal o treinamento de habilidades de comunicação (tom de voz, críticas construtivas, etc.) e estratégias para resolver problemas (quais são os principais problemas, como se pode tentar resolvê-los). Ao fazer isso, o terapeuta tende a criar um ambiente de diálogo construtivo em que os problemas centrais do casal estão claros. Nesse momento, o profissional deve encorajar a mudança de comportamento, e uma das estratégias para fazer isso é criar entre os pacientes um *contrato de modificação de comportamento*. Esse contrato deve ser desenvolvido entre os pacientes e o terapeuta para depois poder ser cobrado em sessão e, em geral, inclui comportamentos como participar do grupo de mútua ajuda, tomar o medicamento corretamente ou fazer o *pacto diário de sobriedade*.

No pacto diário de sobriedade, todas as manhãs, o paciente usuário de substâncias deve dizer ao seu cônjuge que esteve sóbrio nas últimas 24 horas e que vai fazer de tudo para continuar sóbrio nas próximas 24 horas. Em réplica, seu cônjuge deve agradecer o esforço de seu companheiro e dizer que fará de tudo para ajudá-lo a alcançar seu objetivo de manter-se abstinente pelas próximas 24 horas. Em casos de alcoolismo – em que o paciente toma medicamentos como naltrexona ou dissulfiram para ajudá-lo a manter a abstinência –, a ingestão diária do medicamento pode fazer parte do pacto de sobriedade: o parceiro não usuário encoraja e reforça verbalmente o comportamento de ingestão do fármaco.<sup>22</sup>

Outro instrumento que o terapeuta pode introduzir no atendimento, com o intuito de aumentar a chance de os pacientes realizarem as atividades estipuladas no contrato de modificação de comportamento, é o *calendário semanal de atividades de recuperação*. Nele, são colocadas todas as atividades que foram estipuladas durante a última sessão e que devem ser realizadas até a sessão seguinte (pacto de sobriedade, ingestão do medicamento, frequentar grupo de mútua ajuda, etc.).

O calendário deve ficar em algum lugar visível, como a porta da geladeira, para que ambos os pacientes possam vê-lo com frequência. Trata-se de um instrumento importante não só por recordar as atividades que devem ser feitas pelos pacientes – reafirmando, assim, seu compromisso com o tratamento –, mas também porque o terapeuta pode usá-lo para mostrar (visual e temporalmente) o processo de modificação de comportamento, bem como todos os progressos do paciente ou a falta de comprometimento com alguma atividade.

Outra condição que o terapeuta encoraja os pacientes a incluir no contrato de modificação de comportamento é não discutir sobre temas relacionados ao uso de substâncias entre as sessões, mas registrar aquilo que trouxe o desconforto para ser discutido na sessão seguinte. Esse acordo tem como objetivo reduzir os riscos de recaída que, muitas vezes, ocorrem após discussões e brigas relacionadas ao uso de drogas.

Além de atividades que objetivam promover e ajudar na manutenção da abstinência, a terapia comportamental de casal também propõe atividades para melhorar a interação do casal e, assim, aumentar os sentimentos agradáveis e positivos de um para o outro. Entre essas atividades, pode-se citar:

- O exercício de ficar atento para perceber algo que o companheiro faz ou fez de carinhoso.
- Um dia na semana no qual um dos companheiros deve preparar alguma surpresa ou atividade gostosa para fazer com o outro.
- Planejar e executar juntos atividades que são consideradas prazerosas para ambos.

A execução com sucesso desse tipo de atividade favorece a promoção e a manutenção da abstinência.<sup>19</sup> A execução das atividades propostas na terapia é considerada fator determinante para o sucesso do tratamento. Dessa maneira, atividades planejadas, mas não realizadas, não podem ser ignoradas, devendo ser discutidas em sessão. O terapeuta deve fazer o possível para encorajar a realização das atividades. Às vezes, a estratégia pode ser propor ações menos ambiciosas e mais fáceis de cumprir. Outra estratégia é fazer ligações telefônicas periódicas para recordar o casal das atividades estipuladas.

Quando o casal encontra-se mais estável, com maior habilidade de comunicação, e o paciente usuário de drogas encontra-se abstinente há algum tempo (pelo menos um mês), inicia-se o planejamento de término do tratamento. Nessas sessões, o casal e o terapeuta discutem estratégias que podem ser usadas para manter os ganhos obtidos na terapia. Uma das ações pensadas para a última sessão é criar um registro escrito das atividades que o casal propõe serem mantidas após o término da terapia. Por exemplo:

- Atividades que visam a manutenção da abstinência (frequentar grupos de mútua ajuda, pacto diário de sobriedade).

- Atividades que propõem garantir a qualidade da relação do casal (ter um dia da semana para fazer alguma atividade prazerosa juntos).
- Estratégias que devem ser usadas em caso de lapsos ou recaídas.

## Resultados obtidos

A terapia comportamental de casal é reconhecida por promover desfechos importantes, inclusive na promoção da abstinência. Estudos que compararam a eficácia da terapia no tratamento para o alcoolismo (em comparação a tratamentos individuais tradicionais) sugerem que os pacientes tratados com essa intervenção beberam com menor frequência, tiveram menos problemas relacionados ao álcool, desenvolveram uma relação mais saudável com seu cônjuge e tiveram menos separações matrimoniais (resultados obtidos durante o tratamento e até 12 meses após seu término).<sup>22-25</sup> Tais resultados foram obtidos também em estudos envolvendo dependência de outras substâncias.<sup>18-25,26</sup> Fals-Stewart e colaboradores<sup>26</sup> verificaram também um menor índice de agressão física do marido com sua mulher no grupo recebendo terapia comportamental de casal em comparação à terapia individual. Esse estudo incluía dependentes de álcool e outras substâncias. O número de recaídas e frequência de uso também foi menor para o grupo em tratamento com a terapia comportamental de casal.<sup>26</sup>

Além dos resultados favoráveis na promoção da abstinência e no melhoramento na relação do casal, outros resultados positivos envolvendo filhos de casais com problemas de dependência foram encontrados. Crianças filhas de pais dependentes de álcool e/ou outras substâncias apresentam problemas psicossociais com maior frequência – ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar, baixa habilidade verbal e uso de álcool e outras substâncias. Um estudo realizado por Kelley e Fals-Stewart<sup>25</sup> apontou que filhos de usuários que receberam a terapia comportamental de casal apresentaram menor consumo de álcool e/ou outras substâncias, melhora no relacionamento com seus pais, redução de sintomas de depressão e de ansiedade e melhor rendimento escolar, quando comparados a filhos de pais usuários que receberam outras formas de tratamento.

É importante ressaltar que os resultados aqui apresentados referem-se ao tratamento de casais em que apenas um dos cônjuges apresenta dependência química. Em casos nos quais ambos os cônjuges são dependentes, o tratamento com a terapia comportamental de casal não demonstrou ser mais eficaz que outras formas de tratamento em grupo ou individual. Não obstante, há evidências de que essa terapia, associada ao tratamento por manejo de contingências, pode ser efetiva para essa população.

Outro dado importante a ser considerado é que, embora tenha sido demonstrada a eficácia da terapia comportamental de casal, assim como todos os outros tratamentos existentes para dependência de substâncias, os efeitos positivos do tra-

tamento tendem a declinar com o passar do tempo. Assim, outras estratégias devem ser desenvolvidas para a obtenção de resultados que sejam mais prolongados após o término do tratamento.

## **Considerações finais sobre a terapia comportamental de casal**

O objetivo da terapia comportamental de casal é dar o suporte necessário para que casais que buscam ajuda para questões ligadas ao abuso de substâncias tenham condições de alcançar a abstinência e de melhorar sua relação interpessoal. Estudos mostram que a terapia produz melhores resultados do que tratamentos individuais tradicionais na promoção da abstinência, na melhora do funcionamento do casal e na redução da violência doméstica e dos problemas emocionais dos filhos. Além disso, a intervenção produz melhores resultados quando associada a outras formas de tratamento, tais como 12 passos, tratamentos cognitivo-comportamentais, treinamento de habilidades, prevenção de recaída e tratamento farmacológico.

## **TRATAMENTO POR REFORÇO COMUNITÁRIO**

Existe, hoje, um número significativo de estudos que demonstram a importância do condicionamento operante no uso, no abuso e na dependência de substâncias.<sup>16,27</sup> Isso significa que contingências presentes no contexto socioambiental em que o indivíduo vive atua de maneira direta no surgimento e na manutenção de comportamentos ligados ao consumo de substâncias. De acordo com essa perspectiva, o uso abusivo é desenvolvido e mantido por características reforçadoras da substância em associação a outros reforçadores presentes no ambiente onde ela é usada e pela falta de outros reforçadores alternativos não associados ao consumo. Assim, para reduzir ou eliminar o uso de substâncias, é importante modificar as contingências presentes no ambiente social do indivíduo, a fim de que o comportamento de manutenção da abstinência seja mais reforçado que o comportamento de consumo.<sup>16,27,28</sup>

Do ponto de vista teórico-metodológico da perspectiva comportamental, há duas formas em que se pode atuar sobre as contingências para eliminar o consumo de substâncias. Uma forma é aumentar as consequências aversivas relacionadas ao uso de substâncias com o intuito de deixá-las menos atrativas. Isso é feito, por exemplo, quando são criadas leis que punem os usuários. Embora essa estratégia possa ser eficaz em alguns casos, ela produz efeitos indesejáveis que eliminam a eficácia dessa técnica quando pensada em serviços ambulatoriais. O motivo é bem simples: pacientes que são punidos pelos profissionais responsáveis por ajudá-los criam um sentimento negativo por esses profissionais e pelo serviço, assim, muitas vezes, abandonam o tratamento. Quando isso ocorre, o serviço e seus profissionais ficam impossibilitados de ajudar esse paciente. É por

isso que o uso de punição em tratamentos abertos demonstra ser ineficaz em reduzir o consumo de substâncias.<sup>29</sup>

Alternativamente a essa metodologia, existe o princípio que fundamenta o tratamento por reforço comunitário (TRC): em vez de punir o comportamento de usar a substância, são reforçados positivamente comportamentos alternativos ao uso.

## Perspectiva teórica

O TRC pode ser caracterizado como um aconselhamento interventivo comportamental ou cognitivo-comportamental centrado em modificar o estilo de vida do usuário de substâncias. Essa abordagem considera tanto a importância dos reforçadores que atuam sobre o comportamento de consumo quanto a falta de outros reforçadores para a realização de atividades alternativas ao consumo. Assim, centra seus objetivos em modificar o ambiente do usuário, aumentando ao máximo a presença de reforçadores ligados a outras atividades. Ao fazer isso, o tratamento oferece mais opções de atividades prazerosas que o paciente pode fazer e que são alternativas ao consumo de substâncias.<sup>30,31</sup>

O TRC, portanto, transcende o *setting* terapêutico, tendo um olhar mais social cujo objetivo é manipular algumas contingências para aumentar os reforçadores presentes nos ambientes profissional, familiar e recreativo, criando, como consequência, um novo estilo de vida mais reforçador do que aquele em que há o consumo de substâncias.<sup>31</sup>

## Princípios práticos

O TRC é composto de uma variedade de estratégias:

- Aumentar a motivação do paciente em parar de fazer uso de substâncias;
- Fazer uma análise funcional do padrão de uso;
- Promover a experiência de ficar abstinente;
- Aumentar a presença de reforçadores positivos relacionados a comportamentos alternativos ao uso;
- Incluir uma pessoa importante no tratamento.

O primeiro passo do TRC é aumentar a motivação do indivíduo em cessar o consumo de substâncias. Em geral, o terapeuta busca criar um vínculo positivo e de confiança com o paciente. Quanto melhor for esse vínculo, maior será o impacto da fala do profissional. Nessa fase, podem ser usadas estratégias presentes no modelo da entrevista motivacional; além disso, outras técnicas cognitivo-comportamentais – treinamento de habilidades de enfrentamento e prevenção de recaída – podem e devem ser usadas em conjunto com o TRC.

## **Análise funcional do padrão de consumo**

A análise funcional do padrão de consumo de substâncias consiste em identificar, junto com o paciente, os contextos ambientais (onde, quando, com quem) nos quais, em geral, o consumo ocorre. Esse exercício é importante, pois, além de compreender melhor o que o paciente busca com o consumo, permite saber quais são os ambientes de maior risco e, assim, pensar estratégias para evitar esses locais ou o que fazer nessas situações para minimizar os riscos. Em geral, um ambiente que pode ser de risco para um paciente não o é para outro; dessa maneira, a análise funcional permite uma intervenção mais individualizada, pensada para cada pessoa. Ela serve também como instrumento importante para desenvolver estratégias de enfrentamento e prevenção de recaída.

## **Promover a experiência de ficar abstinente**

Muitas vezes, o paciente reluta em ficar abstinente imediatamente e de forma permanente. Desse modo, pressioná-lo a já ficar abstinente e com o objetivo de permanecer assim pode levá-lo a abandonar o tratamento. Se isso ocorrer, o terapeuta não conseguirá ajudar o indivíduo. Dessa maneira, garantir a permanência do paciente em tratamento deve ser sempre considerado um ganho. No intuito de garantir isso e ainda estimular a abstinência, o profissional pode buscar objetivos intermediários, como propor ao indivíduo, de início, tentar ficar dois dias abstinente. Se ele concordar e conseguir ficar abstinente durante esse período, cria-se uma ótima oportunidade para o terapeuta valorizar a conduta do paciente e trabalhar com ele os prós dessa experiência. Ao mesmo tempo, o sujeito ganha confiança e recursos para manter-se sem a substância. Aos poucos, esse tempo de experiência pode ir aumentando, e, quando se vê, embora o paciente não esteja abstinente por completo, seu consumo foi reduzido, e sua confiança fortalecida. De fato, há evidências de que pacientes que são encorajados a tentar uma experiência de ficar abstinente por uma semana procuram ficar abstinentes com mais frequência do que aqueles que são encorajados a uma abstinência total e permanente.<sup>32</sup>

## **Aumentar a presença de reforçadores positivos relacionados a comportamentos alternativos ao uso de substâncias**

Quando um paciente desenvolve dependência grave por alguma substância, ele perde o hábito de fazer diversas atividades que não estão relacionadas ao consumo, como *hobbies*, esportes e interações sociais. Com o tempo, essa falta de atividades resulta em isolamento social. Nessa fase do tratamento, o objetivo é fazer o percurso oposto.

O aconselhamento social e recreativo é utilizado para ajudar o paciente a retomar atividades que antes eram prazerosas e que foram deixadas de lado em decorrência do uso de substâncias. Um serviço interessante desenvolvido pelo TRC

são os clubes de diversão (*fun club*). Esses clubes são espaços onde ocorrem diversas atividades sociais, como jogos, esportes e viagens. O objetivo é ter um espaço seguro e livre de substâncias, no qual os pacientes podem conhecer pessoas e realizar atividades prazerosas durante o dia, não relacionadas ao consumo de substâncias. Em geral, esses clubes abrem também nos fins de semana – nesses casos, são os próprios pacientes (aqueles mais engajados) que tomam conta do espaço. Esse tipo de abordagem pode ser facilmente pensada junto aos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD), por exemplo.

Além do clube de diversão, há também o clube de trabalho. Como se sabe, muitos dos usuários de substâncias estão desempregados. Todos os problemas relacionados à falta de emprego contribuem, muitas vezes, para a recaída. No clube de trabalho, os pacientes aprendem a desenvolver seus currículos, onde e como procurar emprego, como se portar em entrevistas, etc. Nesses espaços, é incentivada também a busca por cursos de aperfeiçoamento técnico. O objetivo desses grupos, portanto, é estimular o paciente a engajar-se em novos comportamentos alternativos ao consumo de substâncias que possam gerar consequências reforçadoras (novos amigos, emprego, etc.). Se isso for alcançado, haverá uma melhora na qualidade de vida do indivíduo, o que fortalece sua busca pela abstinência.

## Inclusão de uma pessoa importante no tratamento

Seguindo os princípios da terapia comportamental de casal, o TRC acredita que o ambiente social do paciente tem papel importante no comportamento do indivíduo. Em geral, a relação de um usuário pesado de substâncias com seus familiares e amigos (não usuários) fica muito deteriorada, além de o convívio ficar cada vez menos frequente e agradável. Isso leva ao isolamento do paciente e faz ele conviver mais com outros usuários, para os quais o uso de substâncias não é motivo de discussão. No TRC é importante modificar esse contexto, por isso a participação de outra pessoa (não usuária de drogas) no tratamento é estimulada. Essa pessoa pode ser o cônjuge, um amigo ou familiar, bastando apenas estar interessado na recuperação do indivíduo e ser uma fonte de reforço positivo. A ideia é que essa pessoa participe com mais frequência da vida do paciente, sobretudo em momentos recreativos que antes eram destinados ao consumo de substâncias.

## Resultados obtidos

A maioria dos estudos de revisão da literatura sobre tratamentos psicossociais para dependência química sugere que o TRC produz ganhos relevantes para o paciente.<sup>33</sup> Em um estudo de metanálise organizado por Roozen e colaboradores,<sup>34</sup> em que foram incluídos apenas estudos randomizados controlados, demonstrou-se que existe forte evidência de que, para o tratamento do alcoolismo, o TRC é mais eficaz que o tratamento tradicional no que diz respeito aos desfechos: número de

dias nos quais o indivíduo ficou abstinente, abstinência prolongada e redução do consumo pesado. Além disso, o TRC associado ao tratamento com dissulfiram foi mais eficaz em reduzir o consumo de álcool e promover a abstinência continuada quando comparado ao tratamento apenas com dissulfiram.<sup>34</sup>

Não foram encontrados estudos comparando o TRC com abordagens diferentes para outras substâncias que não álcool. No entanto, a terapia em associação com o manejo de contingências aparece como uma das intervenções mais eficazes na promoção da abstinência continuada de cocaína.<sup>34</sup> Da mesma maneira, Roozen e colaboradores<sup>34</sup> sugerem que há indícios limitados de que o TRC isolado ou em conjunto com o manejo de contingências é mais eficaz do que tratamentos psicossociais tradicionais no tratamento da dependência por heroína. Outra questão importante é que o TRC apresenta resultados expressivos em melhoras secundárias. Em geral, pacientes utilizando essa terapia apresentam maior adesão ao tratamento como um todo, maior adesão farmacológica (p. ex., dissulfiram), menos dias de-sempregados e melhoras nas habilidades sociais.<sup>33,34</sup>

## **Considerações finais sobre o tratamento por reforço comunitário**

O TRC foi estudado principalmente como tratamento para dependência de álcool, demonstrando ser uma abordagem eficaz na promoção da abstinência e na adesão ao tratamento. Embora tenha sido pouco estudado como terapia para outras dependências, há indícios de que se trata de uma técnica que pode ser eficaz também para a população cujo consumo não é de álcool. O TRC utiliza técnicas importantes derivadas de outras abordagens, como prevenção de recaída e treinamento de habilidades, e, por isso, é difícil definir se ele é uma intervenção comportamental ou cognitivo-comportamental.

O TRC é uma técnica que se sustenta nos princípios operantes, sendo, por isso, incluída neste capítulo. De qualquer modo, parece que um de seus diferenciais em relação a outras abordagens é o desenvolvimento dos clubes de diversão e de trabalho que objetivam, por meio de uma ação mais interventiva, modificar a motivação do paciente ao alterar seu ambiente. Outro ponto positivo está no fato de que, assim como a terapia comportamental de casal, o TRC pode ser utilizado em conjunto com outras formas de intervenção, como tratamento farmacológico, manejo de contingências e prevenção de recaída.

## **TRATAMENTO POR MANEJO DE CONTINGÊNCIAS**

O tratamento por manejo de contingências (MC) é, seguramente, o método de tratamento mais recente na literatura científica e na prática de serviços especializados. Os resultados obtidos por estudos envolvendo essa técnica sugerem que o MC pode ser um instrumento muito útil no tratamento da dependência por substâncias.<sup>12</sup> Esse reconhecimento veio apenas depois dos estudos desenvolvidos por Higgins e



colaboradores no início dos anos 1990.<sup>35</sup> Hoje, o MC é um tratamento de referência nos Estados Unidos e em alguns países europeus.

## Perspectiva teórica

Assim como para a terapia comportamental de casal e o TRC, a perspectiva por trás do MC sustenta que o condicionamento operante tem um papel central nos comportamentos ligados a uso, abuso e dependência de substâncias.<sup>12</sup> De acordo com essa perspectiva, sustentada por diversos estudos, pacientes usuários de substâncias conseguem diminuir seu consumo e, às vezes, pará-lo quando algumas contingências de seu ambiente são manipuladas, aumentando a disponibilidade de reforçadores alternativos àqueles ligados ao uso de substâncias.

O objetivo do tratamento por MC é promover a mudança de comportamentos (relacionados ao consumo de substâncias) ao manipular certas contingências presentes no dia a dia do paciente. Elas podem ser organizadas para propiciar reforçadores positivos (recompensas) após a emissão de um comportamento adequado (p. ex., permitir que o filho saia com os amigos no fim de semana caso tome de maneira correta o medicamento diário), ou podem ser organizadas para punir um comportamento inadequado (não dar dinheiro para o marido desempregado após ele aparecer embriagado). Como visto no TRC, o uso de ambas as técnicas é eficaz, mas a punição geralmente provoca atritos, os quais, muitas vezes provocam o abandono do tratamento, enquanto o reforço positivo melhora a interação entre equipe técnica e paciente, aumentando também a chance de permanência em tratamento.<sup>12</sup>

Até aqui, o MC parece idêntico ao TRC, mas há uma diferença importante: enquanto o TRC procura reforçar comportamentos alternativos ao consumo de substâncias (p. ex., jogar bola com amigos, sair com os filhos), o tratamento por MC tenta reforçar comportamentos alternativos incompatíveis com aqueles ligados ao consumo de substâncias (p. ex., o comportamento de ficar abstinente é incompatível com o de consumo).

## Princípios práticos

O tratamento por MC busca modificar comportamentos considerados nocivos apresentando recompensas que possam ser reforçadoras logo após a emissão de um comportamento desejado que seja incompatível ao comportamento-problema.

Muitos comportamentos são considerados nocivos no repertório de um dependente. Imagine-se um caso extremo de dependência de *crack*: um dependente grave que vive nas ruas muitas vezes se prostitui, rouba e trafica. Todos esses comportamentos são nocivos para ele e para a sociedade. No entanto, ele faz isso quase sempre

para obter dinheiro, que será revertido em *crack*. Assim, todos esses comportamentos ocorrem para que o usuário possa fazer uso da droga. Se conseguirmos eliminar o comportamento de consumir drogas, é muito provável que o paciente pare de emitir (ou reduza muito) tais comportamentos. Essa abordagem considera, portanto, que o comportamento-problema central do usuário de drogas é o comportamento de usá-las, sendo justamente esse o alvo da maioria dos tratamentos à base de MC.

## Aplicação do manejo de contingências

Para explicar de maneira mais detalhada como se utiliza essa técnica, será apresentado o primeiro estudo usando MC, que, até hoje, serve de referência para todos os estudos que se seguiram.<sup>35</sup> Nesse estudo, Higgins e colaboradores<sup>35</sup> dividiram usuários dependentes de cocaína em dois grupos: um recebeu o tratamento-padrão do serviço (baseado nos 12 passos), e o outro recebeu o tratamento por MC.

O tratamento por MC foi feito da seguinte forma: durante as 12 semanas de intervenção, os pacientes do grupo MC eram encorajados a deixar amostras de urina três vezes por semana (segunda, quarta e sexta-feira). Esse exame é sensível ao resíduo metabólico da cocaína, a benzoilecgonina, que permanece no organismo de 2 a 4 dias após o consumo. Dessa forma, três exames de urina têm alta probabilidade de cobrir o uso de cocaína desses indivíduos durante toda a semana.

Com a aplicação dos exames, Higgins manipulou o ambiente de seus pacientes. Ele orientou que, no primeiro exame negativo que eles apresentassem, ganhariam imediatamente uma ficha no valor de US\$ 2,50. A cada exame consecutivo negativo, o valor da ficha aumentaria em US\$ 1,25. A cada três exames negativos consecutivos (o que corresponde a uma semana), o paciente ganharia um bônus de US\$ 10,00. Entretanto, se o paciente entregasse um exame positivo, ele não ganharia ficha nesse dia, e, em seu próximo exame negativo, o valor da ficha retornaria aos US\$ 2,50 iniciais. Essas fichas poderiam, então, ser trocadas por bens materiais, como compras de supermercado, roupas, crédito de celular, ingressos para *shows*, entre outros. Caso o paciente apresentasse todos os exames negativos, ele ganharia US\$ 997,00. O intuito de Higgins era premiar o comportamento de ficar abstinente (e reforçá-lo aumentando a chance de ele ocorrer novamente), que é incompatível com o consumo de substâncias. Os resultados desse estudo foram os seguintes:<sup>35</sup>

- Dos pacientes recebendo MC, 85% permaneceram em tratamento até o final (12 semanas), o que ocorreu com 33% dos que receberam tratamento-padrão.
- Dos pacientes recebendo MC, 46% conseguiram ficar abstinentes por pelo menos oito semanas, enquanto nenhum paciente que recebeu tratamento-padrão alcançou esse resultado.
- Dos pacientes recebendo MC, 22% ficaram abstinentes durante as 12 semanas de tratamento, comparados a nenhum do grupo-controle.

Após esse estudo, muitos outros foram desenvolvidos utilizando metodologias parecidas. Em geral, a maioria dessas pesquisas demonstrou que tratamentos que utilizam o MC são mais eficazes em promover a abstinência e manter o paciente em tratamento do que outros.<sup>36,37</sup> Também é importante destacar que, embora os melhores resultados de estudos envolvendo MC no quesito manutenção da abstinência utilizem o comportamento de ficar abstinente como o alvo que se deseja reforçar, é possível usar essa metodologia para reforçar outros comportamentos, como presença em tratamentos para prevenção de recaída, grupos de mútua ajuda e adesão farmacológica a medicamentos que o paciente nem sempre gosta de tomar.

## Resultados obtidos

Estudos de revisão da literatura e de metanálise apontam que o tratamento por MC, aplicado sozinho ou em conjunto com técnicas cognitivo-comportamentais, é a forma de tratamento mais eficaz em promover a abstinência continuada e garantir o paciente em tratamento.<sup>36,37</sup> O MC foi estudado no tratamento de dependência a diversas substâncias, como cocaína, heroína, álcool, anfetamina, metanfetamina, maconha e tabaco, demonstrando eficácia na promoção de abstinência em todas as substâncias estudadas.<sup>36-38</sup> Além da eficácia demonstrada para esses diferentes tipos de substâncias, os resultados do MC tendem a generalizar-se para diversas populações. A terapia demonstrou ser efetiva no tratamento para mulheres grávidas, adolescentes, moradores de rua, homossexuais, bissexuais, indivíduos com diagnósticos psiquiátricos graves (como esquizofrenia), portadores de HIV e indivíduos com hepatite B e C.<sup>36,37</sup>

É importante ressaltar, porém, que, assim como para a maioria das intervenções existentes, os resultados obtidos pelo MC tendem a diminuir depois que o tratamento termina.<sup>35</sup> Assim, um dos desafios atuais é desenvolver novas metodologias que garantam a durabilidade dos resultados obtidos. Estratégias como aumentar a duração do tratamento, associá-lo a abordagens cognitivo-comportamentais e TRC e estimular a inclusão do paciente em um ambiente de trabalho (usando o próprio MC para isso) parecem prolongar os efeitos positivos do tratamento.<sup>38</sup>

## Considerações finais sobre manejo de contingências

O MC é um dos tratamentos psicossociais que apresentam maior eficácia em desfechos importantes, como a promoção da abstinência continuada e a aderência ao tratamento. Essa intervenção pode ser facilmente aplicada, tanto como tratamento único quanto em conjunto com outras abordagens.

Os resultados obtidos por estudos envolvendo o MC foram tão positivos que, em 1998, o National Institute on Drug Abuse desenvolveu um manual prático sobre as formas adequadas de implementar essa técnica em serviços de tratamento

aberto para cocaína.<sup>39</sup> Quase 10 anos após os norte-americanos, em 2007, foi a vez do National Institute for Health and Clinical Excellence recomendar a adesão do tratamento por MC à Agência Nacional do Tratamento ao Abuso de Substância do Reino Unido.<sup>40</sup>

Embora muitos estudos apontem para a eficácia do MC, ainda não existe nenhum estudo com essa técnica na população brasileira, de modo que ela não é aplicada em nossos serviços. O primeiro estudo envolvendo o MC no Brasil já está em andamento, o que será um passo importante para que serviços brasileiros especializados em dependência química possam aplicar técnicas psicossociais consideradas pela literatura científica internacional como as mais efetivas no tratamento das dependências.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo operante sustenta que o uso, o abuso e a dependência de substâncias envolvem comportamentos fortemente influenciados pelos efeitos reforçadores produzidos pela substância. Dessa maneira, o uso de substâncias é um comportamento controlado por sua habilidade de produzir certas consequências (p. ex., sensações prazerosas produzidas pela intoxicação), sendo, assim, um comportamento operante. Há evidências empíricas de que tratamentos que manipulam o ambiente do usuário, criando novos reforçadores contingentes a comportamentos alternativos ao consumo de substâncias (como a terapia comportamental de casal e o TRC), são eficazes em reduzir o consumo, engajar o indivíduo no tratamento e promover melhoras secundárias em diversas áreas de sua vida (família, trabalho, etc.).

No entanto, o modelo de intervenção comportamental que apresenta reforçadores ligados a comportamentos incompatíveis ao de consumir substâncias (o manejo de contingências) apresenta os melhores resultados na promoção da abstinência continuada e na garantia da adesão do paciente em tratamento. O objetivo deste capítulo foi aproximar o leitor das três técnicas comportamentais baseadas em princípios do condicionamento operante aplicadas ao tratamento dos transtornos por uso de substâncias. Deve-se destacar que o uso dessas técnicas pode e deve ser feito em conjunto com outras abordagens, a fim de produzir resultados melhores e mais duradouros.

## REFERÊNCIAS

1. Carroll KM, Onken LS. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry*. 2005;162(8):1452-60.
2. Sargent S. The treatment of depressive states. *Int J Neurol*. 1967;6:53-64.
3. Agras WS, Chapin HN, Oliveau DC. The natural history of phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26(4):315-7.

4. Marks IM. New approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1973;156(6):420-6.
5. Ayllon T, Azrin NH. The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *J Exp Anal Behav.* 1965;8(6):357-83.
6. Bostow DE, Bailey JB. Modification of severe disruptive and aggressive behaviors using brief timeout and reinforcement procedures. *J Appl Behav Anal.* 1969;2(1):31-7.
7. Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: Active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry.* 1988;145(8):909-17.
8. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593-602.
9. Emmelkamp PMG, Vedel E. Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: a practitioner's guide to theory, methods, and practice. New York: Routledge; 2006.
10. Siegel S, Ramos BC. Applying laboratory research: drug anticipation and the treatment of drug addiction. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2002;10(3):162-83.
11. Siegel S. Drug tolerance, drug addiction, and drug anticipation. *Curr Dir Psychol Sci.* 2005;14:296-300.
12. Higgins ST, Heil SH, Lussier JP. Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Ann Rev Psychol.* 2004;55:431-61.
13. Higgins ST, Sigmon SC, Wong CJ, Heil SH, Badger GJ, Donham R, et al. Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;68(1):64-72.
14. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Alcohol abuse. *J Marital Fam Ther.* 2003;29(1):121-46.
15. Higgins ST, Heil SH, Dantona RL, Donhan R, Matthews M, Badger GJ. Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction.* 2007;102(2):271-81.
16. Higgins ST, Petry MN. Contingency management: incentives for sobriety. *Alcohol Res Health.* 1999;23(2):122-7.
17. Keller M. Trends in treatment of alcoholism. In: Chafetz ME. Second special report to the U.S. Congress on alcohol and health. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; 1974. p. 145-67.
18. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull.* 1997;122(2):170-91.
19. Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR. Family therapy techniques. In: Rodgers F, Morgenstern J, Walters ST, editors. Treating substance abuse: theory and technique. 2nd ed. New York: Guilford; 2003. p. 140-65.
20. Fals-Stewart W, Birchler GR, O'Farrell TJ. Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: effects o relationship adjustment and drug-using behavior. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(5):959-72.
21. Fals-Stewart W, Birchler GR, O'Farrell TJ. Drug-abusing patients and their intimate partners: dyadic adjustment, relationship stability, and substance use. *J Abnorm Psychol.* 1999;108(1):11-23.
22. Fals-Stewart W, O'Farrell TJ. Behavioral family counseling and naltrexone compliance for male opioid-dependent patients. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(3):432-42.
23. McCrady B, Stout R, Noel N, Abrams D, Nelson H. Effectiveness of three types of spouse-involved alcoholism treatment. *Br J Addict.* 1991;86(11):1415-24.

24. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Family-involved alcoholism treatment: an update. In: Galanter M, editor. Recent developments in alcoholism. Vol. 15, Services research in the era of managed care. New York: Plenum; 2001. p. 329-56.
25. Kelley ML, Fals-Stewart W. Couples *versus* individual-based therapy for alcoholism and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning. J Consult Clin Psychol. 2002;70(2):417-27.
26. Fals-Stewart W, Kashdan TB, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. J Subst Abuse Treat. 2002;22(2):87-96.
27. Griffiths RR, Bigelow GE, Henningfield JE. Similarities in animal and human drug-taking behavior. In: Mello NK. Advances in substance abuse: behavioral and biological research. Greenwich: JAI; 1980. p. 1-99.
28. Vuchinich RE, Tucker JA. Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. J Abnorm Psychol. 1988;97:181-95.
29. Miller WR, Andrews NR, Wilbourne P, Bennett ME. A wealth of alternatives: effective treatments for alcohol problems. In: Miller WR, Heather N, editors. Treating addictive behaviors: processes of change. 2nd ed. New York: Plenum; 1998. p. 203-16.
30. Smith JE, Meyers RJ, William RM. The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. Am J Addict. 2001;10:51-9.
31. Schottenfeld RS, Pantalon MV, Chawarski, MC, Pakes, J. Community reinforcement approach for combined opioid and cocaine dependence: patterns of engagement in alternate activities. J Subst Abuse Treat. 2000;18:255-61.
32. Miller WR, Meyers RJ, Hiller-Sturmhöfel S. The community-reinforcement approach. Alcohol Res Health. 1999;23(2):116-21.
33. Sanchez-Craig M, Annis HM, Bornet AR, MacDonald KR. Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. J Consult Clin Psychol. 1984;52:390-403.
34. Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CAJ, Kerkhof AJFM. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. Drug Alcohol Depend. 2004;74:1-13.
35. Higgins ST, Delaney DD, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F, et al. A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. Am J Psychiatry. 1991;148:1218-24.
36. Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST. A meta-analysis of voucher based reinforcement therapy for substance use disorders. Addiction. 2006;101(2):192-203.
37. Stitzer ML, Petry NM. Contingency management for treatment of substance abuse. Annu Rev Clin Psychol. 2006;2:411-34.
38. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Power MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. Am J Psychiatry. 2008;165:563-70.
39. Budney AJ, Higgins ST. Manual 2: a community reinforcement plus vouchers approach: treating cocaine addiction. Rockville: NIDA; 1998.
40. Pilling S, Strang J, Gerada C. Psychosocial interventions and opioid detoxifications for drug misuse: summary of NICE guidelines. Br Med J. 2007;335:203-5.

## LEITURA RECOMENDADA

Hunt GM, Azrin NH. A community reinforcement approach to alcoholism. Behav Res Ther. 1973;11(1):91-104.



## >> **Parte 7**

Estrutura das sessões



## ESTRUTURA DAS SESSÕES, ANÁLISE FUNCIONAL E CONCEITUAÇÃO DO CASO

Neide A. Zanelatto  
Fabiola Boschetti



### Pontos-chave

- >> As sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC) devem ser estruturadas, com agenda programada e com duração de 50 a 60 minutos, divididas em três partes.
- >> A análise funcional pode ser definida como a identificação de pensamentos, sentimentos e circunstâncias antes e depois do uso de substâncias.
- >> A conceituação do caso, do ponto de vista cognitivo, auxilia o terapeuta e o paciente a compreenderem melhor a forma como o pensamento está intimamente relacionado ao afeto e aos comportamentos, abrindo a possibilidade de uma reestruturação cognitiva com consequências mais funcionais para o indivíduo.

As sessões de TCC são estruturadas, com uma agenda programada que deve atender as demandas do paciente. É importante fazer uma diferenciação entre os termos *tema* e *sessão*. O termo *tema* será utilizado para identificar o assunto a ser abordado durante a sessão. *Sessão* refere-se ao encontro terapêutico propriamente dito. Dessa forma, um tema pode ser abordado em uma ou mais sessões, dependendo da necessidade de cada caso. O número de sessões também varia (não há um número específico), mas há temas que são centrais para o tratamento e, portanto, não podem faltar.

### ESTRUTURA DAS SESSÕES

O tempo de duração de cada sessão pode variar entre 50 e 60 minutos.<sup>1,2</sup> Sessões muito curtas podem não abordar todo o conteúdo necessário sobre cada tema, assim como sessões muito longas podem ser cansativas para o paciente. Se o terapeuta usar o modelo com 50 minutos de duração, ele terá um tempo de 10 minutos entre as sessões para suas anotações pessoais. Caso o paciente chegue atrasado, ainda assim a estrutura poderá ser mantida, pois o tema central, nesse caso, se o tempo é curto, será a dificuldade de o paciente cumprir com seu compromisso e qual o significado do atraso.



As sessões estruturadas auxiliam no desenvolvimento e na manutenção de um componente colaborativo no tratamento, devendo ser absorvidas e internalizadas pelo terapeuta e, depois, divididas com o paciente. As sessões colaboram no uso adequado do tempo, em que paciente e terapeuta dividem essa responsabilidade e enfatizam controle e planejamento, os quais, automaticamente, tendem a reduzir distorções cognitivas e comportamentos automáticos que geram emoções negativas. Um aspecto importante, é que, a partir da estrutura observada dentro da sessão terapêutica, espera-se que o paciente possa aplicar essa mesma experiência estruturada em seu cotidiano.<sup>3</sup>

As sessões podem ser estruturadas com o tempo dividido da seguinte forma: para sessões de 60 minutos, a primeira, a segunda e a terceira parte devem ter 20 minutos de duração; para sessões de 50 minutos, a primeira parte deve ter 15 minutos, a segunda deve ter 20 e a terceira deve ter 15 minutos.

## Primeira parte da sessão<sup>1</sup>

**Duração:** 15 ou 20 minutos (dependendo do tempo total, podendo variar entre um terço e um quarto da sessão).

### **Objetivos:**

- Apresentar-se ao paciente (na primeira sessão);
- Acolher o paciente, deixando-o à vontade;
- Revisar os principais acontecimentos (eventos de vida) entre as sessões;
- Verificar se há algum tema importante a ser agregado ao tema central ou se há necessidade de abordar outro tema de acordo com a demanda do paciente;
- Verificar a tarefa de casa, discutindo os resultados (automonitoramento, treinamento de habilidades) com o paciente;
- Aplicar testes de urina (coleta de material), se for o caso;
- Anunciar o tema da sessão, obtendo a concordância do paciente a respeito.

Nos primeiros 15 ou 20 minutos, após as boas-vindas ao paciente, o terapeuta (em todas as sessões) deve procurar saber como foram as experiências significativas durante a semana e como foi o consumo de substâncias (caso o paciente tenha feito um diário, este deve ser solicitado e guardado para discussão); se o indivíduo estiver abstinente, o profissional deve reforçar positivamente. Caso o paciente traga alguma questão nova ou que não faz parte do problema central em pauta, é importante que o terapeuta saiba como encaminhá-la. Desconsiderar algo trazido pela pessoa pode prejudicar o vínculo paciente/terapeuta e o comprometimento do paciente com seu tratamento. O indivíduo deve ser informado se a questão será abordada neste momento; se não, ele deve ser informado sobre o momento em que a discussão será feita.

Antes de pedir para revisar a tarefa de casa, o profissional deve fazer um *link* com as sessões anteriores (p. ex., fazendo uma rápida revisão de alguns dos temas já abordados ou das tarefas já concluídas), de modo que as atividades da agenda não sejam vistas como procedimentos protocolares que não variam de paciente para paciente ou que sejam temas estanques sem nenhuma relação entre eles. Conforme o terapeuta desenvolve seu estilo de trabalho nesse modelo e nessa área específica, fica muito fácil fazer ligações entre as atividades ou entre o que é trazido pelo paciente e as atividades em sequência. A revisão da tarefa deve ser rápida, e as maiores demandas devem ser trabalhadas na segunda parte da sessão. O encorajamento para a prática das habilidades treinadas entre as sessões deve ser constante. O terapeuta precisa estar ciente de que os pacientes tendem a resistir às tarefas de casa, mas, com o apoio do profissional, a resistência pode diminuir. É importante que o profissional identifique o pensamento que está aumentando a resistência para o envolvimento mais intenso com o processo terapêutico. Muitas vezes, pensamentos como “isso não funcionará”, “apenas perdedores fazem esse tipo de coisa” ou “não sei fazer isso” devem ser identificados e questionados, auxiliando o paciente a desenvolver respostas adaptativas mais funcionais.<sup>4</sup>

Finaliza-se a primeira parte com a introdução do assunto “tema” da sessão. Isso deve ser feito de modo que o paciente também participe desse processo. O tema poderia já estar delimitado (p. ex., algo que foi trazido na sessão anterior e combinado que seria discutido nesse momento) ou pode ser uma questão relativa ao conteúdo trazido nessa sessão relacionado a algum evento importante ocorrido durante a semana. O terapeuta deve perguntar ao paciente qual dos temas ele gostaria de ver ampliado no momento.<sup>5</sup> Caso haja uma alteração na agenda e o tema previsto não seja abordado, deve-se combinar com o paciente quando ele será discutido. É importante que nenhum dos temas centrais seja descartado.

A primeira parte da sessão (quando for a primeira sessão com o paciente) é fundamental no estabelecimento de um clima colaborativo. Deve-se explicar ao paciente o porquê das sessões estruturadas, considerando que ele pode já ter tido experiências com vários modelos de atendimento terapêutico e que o conceito de estrutura de sessão pode ser totalmente novo para ele. Caso o indivíduo mostre-se pouco confortável com o modelo da TCC, deve-se propor a ele uma experiência terapêutica com mais 1 ou 2 encontros, a fim de que ele possa analisar como se sente, e, então, dar continuidade ao tratamento.

## Segunda parte da sessão

**Duração:** 20 minutos.

**Objetivos:**

- Apresentar o tema central da sessão;
- Evidenciar como o tema está relacionado com a vida do paciente;

- Identificar quais habilidades o paciente apresenta e quais precisam ser desenvolvidas;
- Verificar quais os desdobramentos desse tema para as próximas sessões.

Os temas centrais serão apresentados de forma detalhada, iniciando na primeira sessão (ver Cap. 20, “Motivação para a mudança”).

## Terceira parte da sessão

**Duração:** 15 ou 20 minutos (dependendo do tempo total, podendo variar entre um terço e um quarto da sessão).

**Objetivos:**

- Receber *feedback* do paciente sobre os conteúdos abordados durante a discussão do tema central;
- Oferecer *feedback* ao paciente sobre as questões evidenciadas durante a sessão;
- Combinar qual será a tarefa da semana ou qual habilidade deverá ser treinada;
- Identificar situações de alto risco, antecipando-se a elas (prevenção da recaída entre as sessões);
- Trabalhar o aumento da motivação para a mudança, caso seja necessário. É importante que o terapeuta atente para pensamentos automáticos expressos, que podem evidenciar a flutuação da ambivalência;
- Fazer um resumo do que foi discutido e estabelecer um tema para o próximo encontro.

É importante que se reserve um tempo para essa parte da sessão. Muitas vezes, o terapeuta envolve-se com o tema central da sessão, reservando pouco tempo para a finalização, o que pode comprometer grande parte do trabalho por encerrar a sessão de forma inadequada. Na terceira parte da sessão, são obtidos dados importantes sobre a visão do paciente em relação ao que foi discutido; é também, a oportunidade para evidenciar se foram percebidos sinais de falta de colaboração por parte do paciente. A ambivalência está sempre muito presente em indivíduos com problemas de dependência de álcool e outras substâncias, e, nessa parte da sessão, há a oportunidade de identificar e pontuar, de forma não confrontativa, quais aspectos dificultam a mudança para que sejam objeto de reflexão. Além disso, o terapeuta deve estar ciente de que a terapia em si é um processo constante de aprendizado para si mesmo e para o paciente.

A tarefa de casa, para ser realizada entre as sessões, deve ter instruções bem claras e ser bem específica em relação ao tema central da sessão ou a demanda do paciente, atendo-se ao que realmente importa para o tratamento e para o indiví-

duo. Não é adequado pedir uma série de tarefas com muitos detalhes, atividades para as quais o paciente não foi treinado ou tarefas que não tenham relação com o momento terapêutico, pois esse tipo de conduta aumenta a possibilidade de o paciente não se envolver com a tarefa e gera resistência para as próximas solicitações que venham a ser feitas no decorrer do processo.

A sessão deve ser finalizada com um breve resumo do que foi discutido e dos pontos importantes, ainda verificando se alguma dúvida ficou pendente. Uma técnica que pode ser aplicada para aumentar o envolvimento do paciente com a experiência terapêutica é a seguinte: o terapeuta, nas primeiras sessões, faz o resumo final, já indicando para o paciente que este deverá fazê-lo a partir de uma determinada sessão. Algumas vezes, fica acordado entre terapeuta e paciente que o profissional ficará encarregado do resumo final; nesse caso, deve-se sempre verificar se o paciente está de acordo com o resumo apresentado.

Todas as sessões do tratamento deverão seguir o mesmo padrão apresentado, isto é, a primeira e a terceira parte repetem-se, enquanto a segunda trará sempre um novo tema, ou um mesmo tema poderá ser desdobrado, segundo a necessidade, em duas sessões ou mais. Ao finalizar a terceira parte da primeira sessão com o paciente, o terapeuta deve abrir um espaço para verificar se há algo que ele ainda gostaria de dizer naquele momento. Deve-se considerar que esse é o primeiro contato e que o vínculo está sendo construído, mas existem informações determinantes para o planejamento do tratamento. É aconselhável que o terapeuta mostre-se empático e ofereça ao paciente oportunidades e seus contatos telefônicos, de modo que o sujeito saiba que pode procurá-lo entre as consultas, se houver necessidade.

## ANÁLISE FUNCIONAL E CONCEITUAÇÃO DO CASO

Kouimtsidis e colaboradores<sup>1</sup> sugerem que a avaliação inicial seja realizada a partir de um modelo mais integrativo dos dados, objetivando a compreensão não do que aconteceu na vida do paciente, mas do que cada evento de vida significa. Os dados coletados durante a entrevista inicial devem permitir a elaboração de uma análise funcional do uso de substâncias<sup>2</sup> e uma conceituação cognitiva do caso.<sup>6</sup>

A coleta da história clínica (que pode ser feita a partir de um formulário já pronto, cujo conteúdo deve ser dominado pelo terapeuta),<sup>7</sup> dependendo do caso, será feita em mais de uma sessão. O objetivo é esclarecer, primeiro para o terapeuta e depois para o paciente, qual é o papel da substância na vida do indivíduo, quais os fatores precipitadores e mantenedores do uso e quais as consequências desse comportamento. A partir daí, os próximos passos são desenvolver um plano para modificar as variáveis mantenedoras do comportamento-problema e, partindo de intervenções positivas, ensinar novos comportamentos que substituirão os comportamentos geradores de prejuízo. A conceituação cognitiva é construída em paralelo, o que auxiliará o terapeuta no entendimento do caso<sup>8</sup> e o paciente no

processo de reestruturação de pensamentos automáticos, crenças centrais e crenças construídas sobre as substâncias psicoativas.

A análise funcional, também chamada de avaliação funcional, refere-se a uma variedade de formas de tentar identificar antecedentes e consequências de um determinado comportamento.<sup>9</sup> Partindo-se da premissa de que a substância funciona como um reforçador positivo, aumentando a chance de uso em função dos efeitos positivos que ela tem para o indivíduo,<sup>10</sup> é importante que tanto o terapeuta quanto o paciente consigam identificar quais são os elementos reforçadores e quais as crenças construídas a partir dessas experiências para orientar os rumos do tratamento na reestruturação cognitiva. Esse processo busca, então, identificar quais pensamentos, sentimentos e circunstâncias antecederam o uso de substâncias e quais as consequências desse comportamento. No início do tratamento, a análise funcional auxiliará o paciente a estabelecer conexões entre o que ele pensa e faz em relação ao uso de substâncias; mais tarde, esses dados auxiliarão na identificação das situações que levam ao risco de recaída e nas decisões aparentemente irrelevantes<sup>11</sup> tomadas pelo paciente que dificultam o alcance e a manutenção da abstinência. Os 5Ws<sup>12</sup> (em inglês, *when, where, why, with* e *what happened*) são perguntas que devem ser respondidas nesse processo. Questões como “onde?”, “quando?”, “por que?”, “com quem?” ou “de quem?” e “o que aconteceu depois?” auxiliarão na compreensão do papel desempenhado pelo uso de substâncias na vida do indivíduo.

As sessões de avaliação devem ser conduzidas no início do tratamento, podendo incluir também sessões com a família do paciente, para maior elucidação do caso. Antes, porém, o paciente deve ter sido informado e estar de acordo com a presença da família. A participação dele durante a entrevista com seus parentes também deve ser alvo de discussão e acordo entre terapeuta e paciente. A fim de que o tratamento não demore a ser iniciado, nos casos em que serão feitas até três entrevistas com o paciente e uma com a família, as conversas poderão ser feitas em dois atendimentos semanais, sendo utilizadas, assim, duas semanas para o término da análise funcional. Os objetivos centrais são:

- Identificar os comportamentos que integram o problema da dependência e as variáveis que estão na origem do seu aparecimento e sua manutenção;<sup>13</sup>
- Colher dados sobre o padrão de consumo e problemas associados ao uso;
- Investigar quais as razões que levaram o paciente a buscar tratamento;
- Identificar como foi a progressão do uso e quais os tratamentos anteriores já realizados;
- Colher dados para a conceituação cognitiva;
- Apresentar o modelo cognitivo;
- Fazer um contrato estabelecendo quais as metas do tratamento e quais as condutas esperadas de ambas as partes (terapeuta e paciente) para o progresso da terapia.

## Sessões de avaliação inicial

Na primeira sessão de avaliação, é importante que o terapeuta obtenha detalhes bem específicos a respeito do consumo de álcool e/ou outras substâncias, reconstruindo, para isso, o processo exato de uso. É importante que essas informações sejam incorporadas ao modelo cognitivo, que fique claro onde será colocada a ênfase do tratamento e também o quanto o paciente está preparado para o tratamento nesse modelo<sup>1</sup>.

A seguir, são apresentadas algumas questões importantes que devem ser respondidas nessa primeira sessão. (Ver Anexo 19.1 como sugestão de guia para a entrevista.)

1. Qual é a queixa principal? O que trouxe o paciente até o serviço?
2. Quais são as substâncias utilizadas e como estão relacionadas entre si? Por exemplo: o uso de cocaína é sempre precedido pelo uso de álcool? Quando o paciente usa maconha, sente-se mais propenso a usar ácido ou *ecstasy*?
3. Auxiliar o paciente a perceber a relação do seu pensamento com o uso da substância. Algumas perguntas que ajudarão o terapeuta na conceituação do caso e, principalmente, ajudarão o paciente a compreender melhor sua condição e onde podem estar os pontos cegos a serem trabalhados incluem:
  - a) Diga-me sobre a última vez em que você usou...
  - b) Onde você estava?
  - c) O que estava fazendo?
  - d) O que havia acontecido antes?
  - e) Você consegue lembrar-se sobre o que pensava naquele momento?
  - f) E como se sentia naquele momento?
  - g) Você consegue lembrar-se quando foi a primeira vez que teve consciência de que queria usar?
  - h) Você se lembra de consequências positivas do uso? Quais foram?
  - i) Quais foram as consequências negativas do fato de ter usado substâncias?
4. Como as substâncias são utilizadas (frequência, quantidade, via de uso) e como é um dia típico?
5. Quais as circunstâncias sociais do uso: o paciente usa sozinho ou com outras pessoas, com quem usa e em quais lugares?
6. Onde a substância é adquirida? Com quais pessoas? (Esse tipo de informação pode auxiliar o terapeuta a orientar o paciente na prevenção de comportamentos que podem ser gatilhos para o uso.)
7. Qual é o tipo de suporte familiar? Há outros usuários na família? (É importante saber qual o estilo de vida da família, se auxiliará no tratamento ou se será um fator de risco para a abstinência.)<sup>14</sup>
8. Qual é a situação profissional e financeira? (O fato de o paciente estar empregado pode tanto ser um fator de proteção como de risco: de proteção, como aspecto organizador da rotina; de risco, em função da autonomia financeira.)

9. Existem problemas médicos ou psicológicos? (Do mesmo modo que uma complicação de saúde pode ser um fator estimulante para a cessação do uso de substâncias – como enfisema pulmonar em indivíduo tabagista –, uma distorção cognitiva, como a catastrofização, pode reforçar a manutenção do consumo: “Vou morrer mesmo”. A presença de problemas de ordem psicológica pode causar distorções cognitivas que devem ser identificadas e apontadas para questionamento futuro.)
10. Existem problemas com a justiça? O paciente tem uma demanda pessoal para o tratamento ou este foi recomendado ou encaminhado por outrem? Qual o nível de motivação para o tratamento nesse momento? Ele está sendo imposto como parte do cumprimento da pena (ou opção para o cumprimento dela)? Caso ele não esteja motivado, existe um terreno fértil para o aumento dessa motivação? Existe tempo hábil para isso? Como será construído o vínculo entre paciente/terapeuta e quão sólido será?
11. Fazer um exame rápido das funções mentais do paciente observadas durante a sessão, o que contribuirá significativamente para a construção da hipótese diagnóstica, para a formação e para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica, sendo fundamental para o planejamento do tratamento.<sup>15</sup>

Ao final dessa primeira sessão de avaliação, o terapeuta deve pedir ao paciente para, em um diário de automonitoramento, fazer um registro das vezes em que usou a substância, registrando o que aconteceu antes e depois do uso, onde e com quem estava no momento anterior ao consumo. Caso o paciente já esteja abstinente (tenha acabado de sair de uma internação ou já tenha iniciado a abstinência antes mesmo de começar efetivamente o tratamento psicoterápico), pode-se pedir a ele que registre os momentos em que sentiu fissura, mas não usou a substância, e que traga o formulário na próxima sessão (quando a avaliação continuará sendo feita) para discussão logo no início do próximo encontro. A Figura 19.1 mostra um modelo que pode ser usado como exemplo para o diário de automonitoramento.

Data	Hora	Contexto: local, companhia, atividade	Antecedentes: o que estava pensando, sentindo e fazendo antes do consumo	Quantidade consumida	Consequências: o que estava pensando, sentindo e fazendo depois do consumo

>> **FIGURA 19.1** Diário de automonitoramento.

Na segunda sessão de avaliação, deve-se focar a história do uso e sua progressão, objetivando coletar informações sobre início do uso, desenvolvimento do comportamento de consumo e dados mais específicos sobre o desenvolvimento cognitivo e emocional do paciente. A partir dessas informações, pode-se elaborar uma hipótese clínica baseada nos conceitos teóricos da TCC. O exercício da “linha da vida” pode auxiliar o paciente a relacionar os eventos de vida e a progressão do uso de substâncias. As Figuras 19.2 e 19.3 exemplificam como esses gráficos podem ser construídos a partir das informações obtidas.

São exemplos de questões que podem auxiliar na compreensão da problemática da dependência química do caso tratado:

- Como era a vida do paciente (qual era seu funcionamento) antes do uso de álcool ou outras substâncias?
- O que fez o paciente começar o consumo?
- Como o uso inicial causou o abuso ou a dependência?
- O que está impedindo o paciente de ser capaz de parar com o uso?
- Quais foram as crenças que ele desenvolveu (crenças centrais e crenças a respeito do uso das substâncias)?

Deve-se investigar também quais foram os tratamentos anteriores e como ajudaram o paciente até aquele momento, bem como quais as dificuldades enfrentadas por ele com as intervenções realizadas. Essas informações ajudam a aproveitar e até mesmo repetir as intervenções que são vistas como positivas pelo paciente e que auxiliaram-no no alcance e/ou na manutenção da abstinência e a não recair

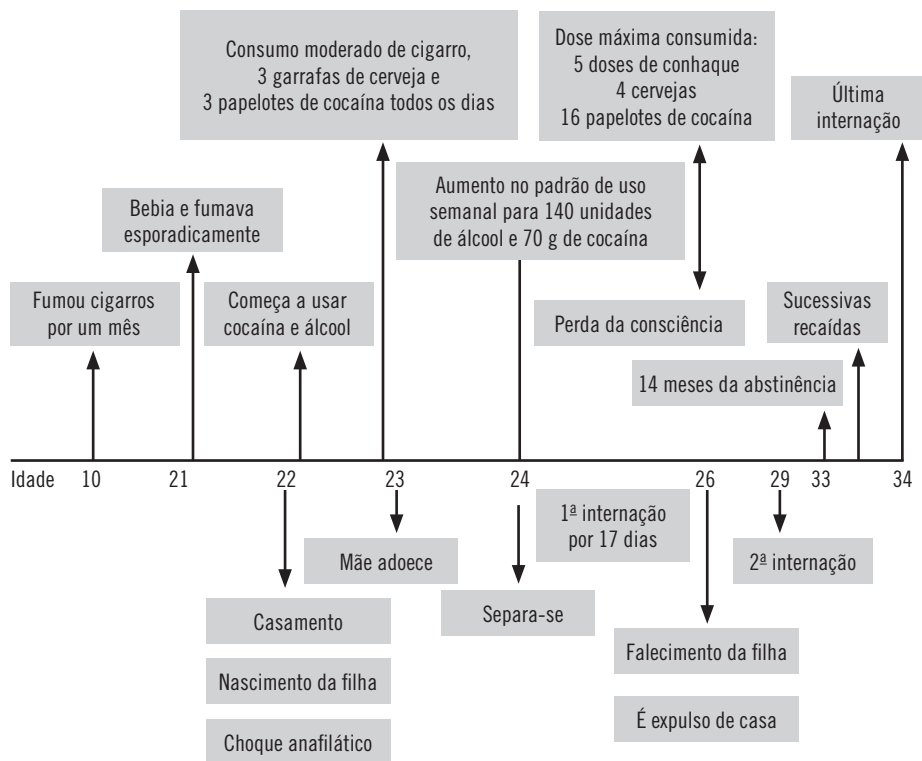
Histórico do consumo transversal

Idade	9	13	15	17	18	20	22	24	26
Substâncias psicoativas	Álcool	Nicotina Maconha ↑ álcool	Inalantes ↑↑ álcool	Cocaína ↑↑↑ álcool		— uso — intenso cocaína e álcool	— Abst. —	— uso — intenso cocaína e álcool	Crack
Problemas associados ao uso		Tímido	Parou os estudos			14 overdoses Perdeu 1ª loja			Perdeu 2ª loja
						8 internações			
Eventos marcantes	Bebia com a família		Amigos Namorada			Mancha verde	Abstinente Noivado		Fim do noivado
			Brigas com a mãe						

>> **FIGURA 19.2** Histórico do consumo de substâncias e eventos associados.

Fonte: Figura desenvolvida e cedida gentilmente por Adriano Geraldini.





>> **FIGURA 19.3** Linha da vida – relação dos eventos de vida e progressão no uso de substâncias.

Fonte: Figura desenvolvida e cedida gentilmente por Osana A. Reis.

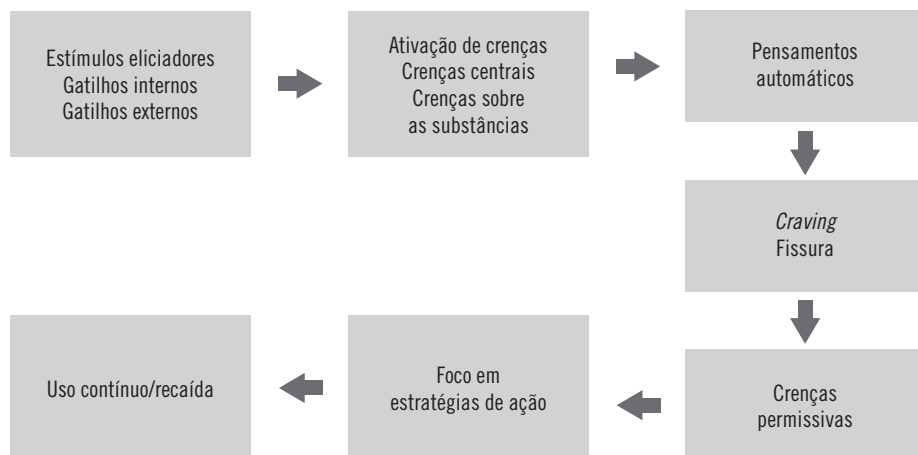
nos erros anteriores, não repetindo ou insistindo no que não deu certo no passado. As questões a seguir podem ajudar no levantamento dos dados:

- Você recebeu tratamento para a dependência de... antes? Quando isso aconteceu? Conte-me a respeito. Nesse caso específico, conte-me o que o agradou e o que não agradou no programa de tratamento do qual você participou. O que o fez interromper o tratamento? (Caso exista dependência de outras substâncias, repita a pergunta para cada caso.)
- Você já conseguiu ficar abstinente? Qual foi o maior período? Quando foi? Conte-me sobre a última vez que esteve sem usar substâncias. O que acha que o ajudou a manter-se abstinente? O que acha que contribuiu para o retorno ao uso?
- Nos últimos três meses, você conseguiu ficar abstinente? O que o ajudou a iniciar a abstinência e o que facilitou a recaída?
- Todos têm pontos fortes e vulnerabilidades. Quais são seus pontos fortes e quais são os aspectos que você tem maior dificuldade de manejo?

Essas informações contribuirão para a conceituação do caso da dependência química no contexto da TCC. É importante que o profissional tenha um referencial teórico que dê suporte a sua interpretação do caso. Se o terapeuta não tiver experiência suficiente no modelo teórico para compreender com segurança o caso, sessões de orientação ou supervisão com um profissional mais experiente serão necessárias e bem-vindas. Os dados colhidos sobre história de vida pessoal, eventos de vida, experiências e interações significativas, crenças básicas sobre si mesmo, seu mundo e os outros, suposições, regras, atitudes e estratégias desenvolvidas para lidar com as crenças negativas integrarão a conceituação cognitiva do paciente, que vai sendo revista conforme novos dados são revelados e hipóteses são ou não confirmadas<sup>8</sup> (ver Cap. 7, Teoria e terapia cognitiva). Aliadas, a compreensão da dependência química do ponto de vista cognitivo-comportamental e a conceituação cognitiva do paciente fornecerão os dados necessários para o planejamento da intervenção como um todo (vide exemplo de intervenção na página 343).

Como já citado, uma terceira sessão pode ser feita com familiares do paciente, com o objetivo de acrescentar dados que ficaram faltando ou que o indivíduo não sabe ou não lembra, bem como colher as opiniões e os sentimentos da família em relação ao familiar dependente. No momento seguinte, antes de iniciar o tratamento propriamente dito, deve-se apresentar o modelo cognitivo ao paciente, de modo que ele se familiarize com a terminologia e compreenda as relações entre o pensamento, os sentimentos, os comportamentos e as reações fisiológicas. No início, para uma compreensão mais rápida, pode-se usar exemplos que não estejam relacionados ao problema da dependência química do paciente. Pode-se dar exemplos do cotidiano, nos quais, claramente, o pensamento determina os sentimentos, os comportamentos e as reações físicas. Quando o paciente começar a perceber as relações entre essas instâncias, deve ser apresentado o modelo cognitivo de Aaron Beck para a recaída<sup>16</sup> (exemplificando cada passo) e preenchendo os espaços com as situações trazidas durante as sessões, para que o indivíduo compreenda melhor seu problema. Pode-se oferecer um formulário, como o apresentado na Figura 19.4, com espaços para que o paciente possa preencher com exemplos de suas vivências. Sugere-se que a apresentação do modelo seja feita com formulários ou apresentação em computador no formato *Power point*<sup>®</sup>, cuja cópia impressa o paciente possa levar consigo ao término da sessão.

Por fim, é preciso definir com o paciente as metas centrais do tratamento e os temas abordados durante o processo terapêutico, além de estabelecer um contrato para que a terapia transcorra de forma adequada. Enfatiza-se a necessidade do comparecimento às sessões no horário marcado, a importância das tarefas de casa e de avisar quando não puder comparecer à sessão – solicitando a remarcação –, do sigilo restrito quando se tratar de adolescente e da necessidade da aplicação de testes de urina. Dependendo do tipo de serviço no qual a terapia ocorre, outras regras podem ser estabelecidas.



>> **FIGURA 19.4** Modelo cognitivo de Beck.

Fonte: Beck e colaboradores.<sup>16</sup>

### Considerações importantes

Antes de iniciar a TCC, o terapeuta deve identificar dificuldades e obstáculos a serem transpostos:<sup>2</sup>

- O paciente reconhece a necessidade de submeter-se ao tratamento e interromper o uso de substâncias?
- Ele é capaz de identificar quais os gatilhos que levam ao uso?
- Ele é capaz de iniciar períodos de abstinência (sem internação), mesmo que sejam breves?
- Ele reconhece (quando é o caso) que existe relação entre as substâncias utilizadas, e que, muitas vezes, o uso de uma é gatilho para o início do uso de outra?
- O paciente possui comorbidades psiquiátricas que podem comprometer seus esforços para a mudança do comportamento de usar substâncias?

As dificuldades identificadas serão contempladas durante todo o tratamento, de forma a serem transpostas, não comprometendo o resultado final esperado. A prática da TCC supõe que o paciente queira e esteja disposto a participar de maneira colaborativa do processo de tratamento,<sup>17</sup> de modo que, se ele ainda não sente a necessidade de tratar-se, o terapeuta pode, utilizando técnicas de entrevista motivacional,<sup>18</sup> auxiliá-lo no processo de mudança de consciência e prontidão, em um primeiro momento, e, depois, de comportamento. A existência de comorbidades

psiquiátricas exige maior atenção e cuidados. O contato com a rede de profissionais especializados para eleição de uma conduta unificada é necessário e importante.

## Exemplo de intervenção

Para descrever na prática a elaboração da conceituação cognitiva e do planejamento de intervenção para um paciente dependente químico, um caso clínico será apresentado como exemplo.

### **Dados de identificação e do encaminhamento:**

M., uma mulher de 64 anos, branca, casada, tem dois filhos, ensino fundamental incompleto, católica não praticante, do lar. Encaminhada pelo cirurgião vascular, pois a dependência de nicotina inviabilizava um procedimento cirúrgico necessário. A indicação do médico era que estivesse abstinente por pelo menos três meses para a realização da cirurgia.

### **Dados obtidos durante as sessões de avaliação, a serem considerados na elaboração da conceituação cognitiva:**

Dados relevantes ao longo da vida: a mãe morreu no parto, tem pouquíssimas informações dela e de sua família de origem, foi criada como filha pela tia paterna. Aos 8 anos, o pai faleceu; então, M. foi morar com os tios, avós, irmãos e primos, todos juntos e em situação financeira “desconfortável”. Compartilhavam tudo, inclusive a comida, que era racionada. Estudou até o 4º ano primário e, quando foi para o “curso de admissão”, escolheu não estudar e, em vez disso, aprender “prendas domésticas”, pois idealizava um bom casamento. Começou a trabalhar com 16 anos como recepcionista; aos 21, começou a namorar com P., com quem se casou aos 26 anos. Aos 29, parou de trabalhar, antes do nascimento do primeiro filho, a pedido do marido. Teve mais um filho, cujo parto foi por cesárea. Teve duas perdas significativas: a morte da tia e da prima.

M. era pré-contemplativa para a ideia da abstinência. Entre o encaminhamento médico e o telefonema para marcar a consulta, houve um intervalo de dois meses. Os pensamentos de M. eram: “Gosto de fumar, não queria parar”, “Nem sei por que vim, não vou conseguir parar de fumar!”. Prejuízos reconhecidamente relacionados ao fumo: perda do paladar, evitação de situações sociais e fortes dores na garganta.

Começou a fumar eventualmente aos 21 anos com o marido – na época, namorado. Motivada pelas propagandas da época (final da década de 1960), progrediu no hábito, e, dos 23 aos 40 anos, fumava 20 cigarros por dia. Aos 40 anos, sua tia paterna, que a criara, faleceu. Deprimida, M. aumentou, em curto espaço de tempo, o consumo para 30 cigarros. Aos 55 anos, com o falecimento de sua prima, criada como irmã e considerada melhor amiga, M. ficou ainda mais deprimida e passou a fumar 40 cigarros por dia e a evitar atividades de lazer para não sentir saudades.

Aos 63 anos, sem ajuda profissional, diminuiu o consumo para 20 cigarros após angioplastia de urgência, tendo sido orientada, na ocasião, a procurar tratamento e abster-se. Sua falta de efetividade reforçou seus esquemas de inadequação e incapacidade.

Em geral, M. fuma dois cigarros logo que acorda, enquanto prepara o café da manhã; até o almoço, fuma outros 10 cigarros, aproximadamente, enquanto se ocupa das tarefas de casa. Fuma outros cinco cigarros durante a tarde, antes do retorno do marido, enquanto assiste televisão ou faz bordados. À noite, na companhia do marido, fuma mais dois cigarros.

Os fatores de risco para abstinência são a preocupação com o filho que se mudou para outro país, a perda de um ente querido, o medo de engordar, a ansiedade com a proximidade da cirurgia e a falta de atividades prazerosas. Os fatores de proteção para a abstinência são a aversão ao desconforto causado pelas fortes dores na garganta, o marido estar abstinente há 10 anos, as ideias de inadequação (“Posso prejudicar outras pessoas”) e o apoio da família.

### **Pensamentos, suposições e crenças/esquemas:**

- Sobre si mesma em relação à substância, sobre a substância e permissão para o uso: “Gosto de fumar”, “Fumei até hoje e meu pulmão está limpo”, “Fiz a outra cirurgia, continuei fumando e não aconteceu nada” e “Já sou velha mesmo”.
- De inadequação e incapacidade: “Nem sei por que vim, não vou conseguir parar de fumar!”, “Sou uma velha fracassada, até o cigarro é mais forte do que eu!”.
- De vulnerabilidade: “E se eu morrer na cirurgia?”, “Se dessa vez não parar de fumar, vou decepcionar muito meu marido e meus filhos”.

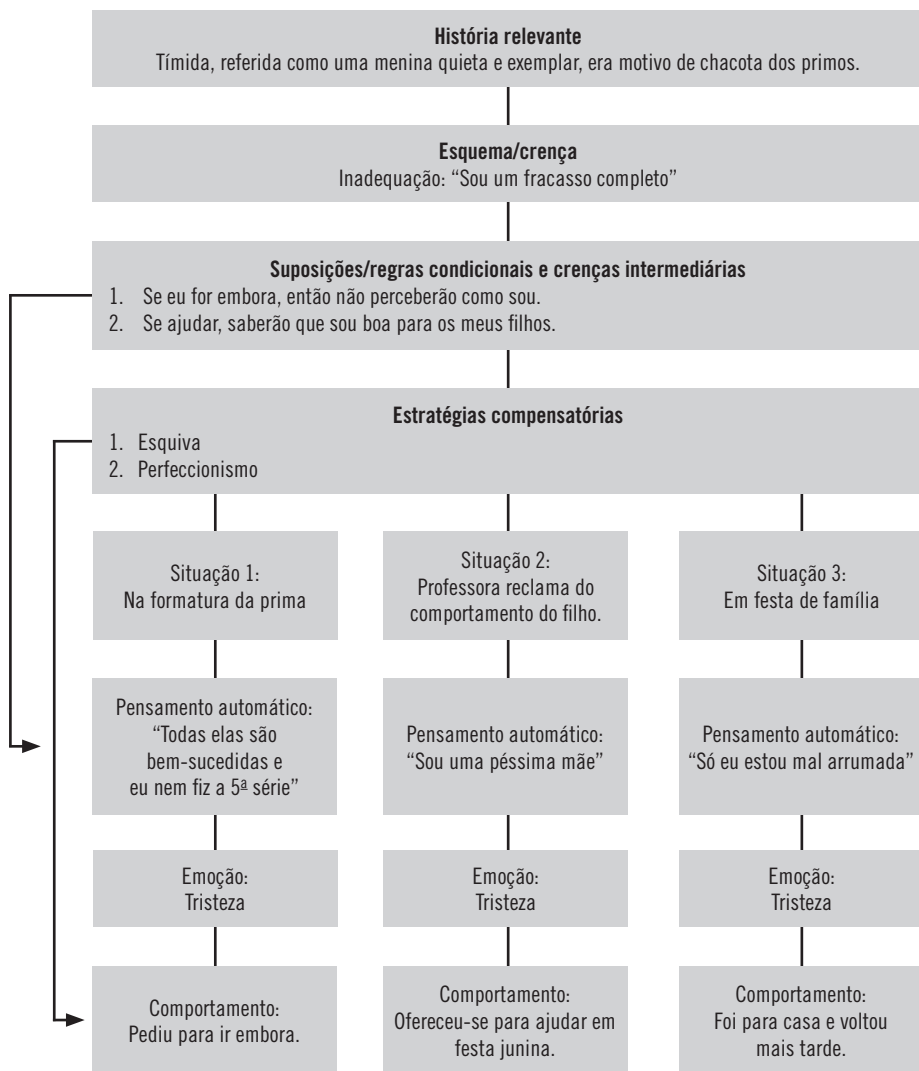
### **Estratégias compensatórias:**

- Evitação: não procurou tratamento de imediato e desconversava sobre o retorno ao cirurgião.
- Perfeccionismo: tornou-se esposa e mãe dedicada e passiva.

Considerando os dados coletados desde o primeiro encontro, foram formuladas hipóteses a respeito dos sistemas de crenças disfuncionais de M., as quais anotadas em formulários específicos, utilizando um formulário para cada esquema hipotetizado. Como exemplo para esse caso, será apresentado a seguir um dos formulários de conceituação cognitiva de M (Fig. 19.5).

### *Considerações importantes*

O terapeuta inicia a elaboração da conceituação cognitiva desde o primeiro contato com a paciente, por se tratar de um processo continuado, sempre sujeito a modifi-



>> **FIGURA 19.5** Conceitualização cognitiva.  
Fonte: Adaptada de Beck.<sup>8</sup>

cações, à medida que novos dados são revelados e hipóteses anteriores são confirmadas ou rejeitadas. A conceitualização cognitiva revela ao terapeuta como se constitui o sistema de crenças e regras da paciente e o consequente transtorno, o que é fundamental para determinar a trajetória mais eficiente e efetiva de tratamento.

De posse das informações relevantes e das hipóteses iniciais de conceitualização cognitiva de M., foi definido um planejamento de intervenção, que consiste em

um plano estratégico geral de tratamento subdividido em três fases, as quais serão apresentadas a seguir.

- Fase inicial
  - Estabelecer contrato e meta sobre o uso.
  - Motivar para a abstinência:
    - 1. Psicoeducação
      - Modelo cognitivo, aplicado aos pensamentos pré-contemplativos da paciente e ao desafio de seu conteúdo;
      - Material psicoeducativo a respeito da nicotina e da dependência química.
    - 2. Análise das vantagens e desvantagens em manter o uso.
    - 3. Construir uma aliança terapêutica forte.
  - Monitorar o uso de substâncias:
    - 1. Preenchimento do diário de automonitoramento do uso.
  - Promover a remissão de estados emocionais negativos:
    - 1. Identificação e avaliação do conteúdo dos pensamentos automáticos.
  - Socialização ao registro de pensamentos automáticos (RPA);
  - Uso do diálogo socrático para o pensamento “Nem sei por que vim, não vou conseguir parar de fumar!”;
  - Ensinar a monitorar e responder a pensamentos sabotadores.
    - 2. Treinamento inicial de habilidades para resolver problemas.
  - Elaborar a lista de problemas e metas para as seguintes áreas: familiar (preocupações com o filho), lazer (atividades prazerosas) e autoimagem (controle do peso).
  - Escolher estratégias de fácil aplicação e resolução, tais como uso do *Skype* para contatar o filho todos os dias, convidar a irmã para caminhar três vezes por semana iniciar curso de artesanato e/ou hidroginástica.
- Fase intermediária
  - Promover a abstinência:
    - 1. Encaminhamento ao médico psiquiatra para tratamento farmacológico.
    - 2. Socialização aos modelos cognitivos para uso de substâncias e para recaídas.
    - 3. Uso de técnicas cognitivas (ver Cap. 17, Técnicas cognitivas).
  - Cartão de enfrentamento para autoinstrução – “*Meus motivos para permanecer abstinente*”.
  - Cartão de enfrentamento para situações difíceis – “*Minhas estratégias para enfrentar a fissura*”.
  - Cartão de enfrentamento para responder de forma adaptativa ao pensamento disfuncional: “*O cigarro é mais forte que eu!*”.
  - Socialização ao uso do RPA.

- Identificação e avaliação dos pensamentos quentes – *Construindo pensamentos alternativos*.
- 4. Monitoramento e manejo de fissura.
- Preenchimento do diário de automonitoramento de fissura, sem uso da substância.
- Estratégias de enfrentamento de fissura.
- 5. Identificação e manejo de situações de alto risco.
- Reestruturação cognitiva:
  1. Técnicas de questionamento socrático para pensamentos, suposições e crenças:
    - Sobre si mesma em relação à substância e sobre a substância e permissão para o uso: “Gosto de fumar”, “Fumei até hoje e meu pulmão está limpo”, “Fiz a outra cirurgia, continuei fumando e não aconteceu nada” e “Já sou velha mesmo”.
    - De inadequação e incapacidade: “Nem sei por que vim, não vou conseguir parar de fumar!”.
    - De vulnerabilidade: “E se eu morrer na cirurgia?”, “Se dessa vez não parar de fumar, vou decepcionar muito meu marido e meus filhos”.
- Treinamento reforçador de habilidades para resolver problemas:
  - Incluir metas e estratégias na lista de problemas e metas para as seguintes áreas – saúde/prevenção de recaídas, autoimagem/controle de peso e lazer.
  - Escolher estratégias de resolução, como dar os maços e a carteira de cigarros para a vizinha, fazer uma lista de perguntas sobre a cirurgia para o médico, pedir liberação para começar a hidroginástica e efetivar a matrícula, deixar combinado o serviço de manicure uma vez por semana, iniciar as estratégias do manual do paciente – Pense Magro, entre outras.
  - Implementar estratégias e identificar e responder funcionalmente aos pensamentos sabotadores.
- Fase final ou de terminação
  - Promover a manutenção dos ganhos terapêuticos:
    1. Verificar se M., fora da sessão, utiliza as estratégias e técnicas aprendidas. Se não, encorajá-la a fazê-lo.
    2. Monitorar a efetividade das novas crenças funcionais por meio de minuta de crenças.
  - Preparar para o término e prevenir recaídas:
    1. Demonstrar o progresso terapêutico, atribuindo à paciente a responsabilidade pela melhora.
    2. Identificar as expectativas de M. em relação ao progresso e ajustá-las.
    3. Questionar a paciente sobre suas preocupações em relação ao término do processo terapêutico.



4. Revisar o que foi aprendido na terapia e como poderia ser útil em situações futuras.
5. Informar que sessões de reforço poderão ser agendadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A crença do terapeuta de que o paciente é capaz de mudar seu comportamento de uso, mesmo que ainda não sinta a necessidade ou esteja pronto para isso, é fundamental. Embasado nessa crença, o profissional correrá menos riscos ao realizar a análise funcional e a conceituação do caso, com menores vieses de interpretação do conteúdo da história clínica. Caso contrário, o envolvimento do terapeuta pode estar comprometido, o que afetará todo o processo de tratamento e, por consequência, o resultado obtido.

A análise funcional do uso de substâncias e a conceituação do caso orientarão o profissional na escolha dos temas específicos a serem trabalhados, além de orientarem a ordem em que os temas centrais serão apresentados e quanto tempo será despendido para cada um deles. A continuidade do acompanhamento pós-tratamento e o processo de alta bem-orientados também estão embasados na interpretação correta dos dados da história do paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Kouimtsidis C, Reynolds M, Drummond C, Davis P, Tarrier N. Cognitive behavioural therapy in the treatment of addiction: a treatment planner for clinicians. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.
2. Carroll KM. Manual 1: a cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. Rockville: NIDA; 2002.
3. Simmons J, Griffiths R. CBT for beginners. London: Sage; 2009.
4. Leahy RL. Superando a resistência em terapia cognitiva. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2009.
5. Kadden R, Carroll K, Donovan D, Cooney N, Monti P, Abrams D, et al. Cognitive behavioral coping skills therapy manual. Rockville: NIAAA; 1995.
6. Beck AT. Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International University Press; 1976.
7. Jungerman FS, Zanelatto NA. O tratamento psicológico do usuário de maconha e seus familiares: um manual para terapeutas. São Paulo: Roca; 2007.
8. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.
9. Martin G, Pear J. Modificação de comportamento: o que é e como fazer. São Paulo: Roca; 2009.
10. Garcia-Mijares M, Silva MTA. Dependência de drogas. Psic-USP. 2006;17(4):213-40.
11. Marlatt AG, Gordon J. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford; 1985.

12. United Nations. Office on Drugs and Crime. Leader's guide: cognitive behavioural & relapse prevention strategies [Internet]. [S.l.]: UN; 2007 [capturado em 03 jan. 2012]. Disponível em: <http://www.unodc.org/ddt-training/treatment>.
13. Becoña E, Vazques FL. Heroína, cocaína y droga de síntesis. Madrid: Sintesis; 2001.
14. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. Cienc Saúde Colet. 2005;10(3):707-17.
15. Nogueira MJ, coordenador. Exame das funções mentais: um guia. São Paulo: Lemos; 2005.
16. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford; 1993.
17. Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence: current status and future directions. Alcohol Res Health. 1999;23(2):78-85.
18. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.

## >> ANEXO 19.1

### Roteiro de entrevista inicial

Paciente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivação para o tratamento ☐ própria ☐ familiares \_\_\_\_\_

#### 1. Dados pessoais

#### 2. Queixa principal

#### 3. Último uso de substâncias psicoativas

#### 4. História do uso de substâncias psicoativas

Idade	Substância	↑ padrão de uso	Frequência	Contexto do uso	Tempo de uso	Abstinência

#### 5. Contextualização do uso de substâncias

Subst. de preferência \_\_\_\_\_

Substâncias associadas no uso \_\_\_\_\_

Efeitos esperados \_\_\_\_\_

Efeitos indesejados \_\_\_\_\_

Sintomas de abstinência \_\_\_\_\_

## 6. Fatores de risco para o uso de substâncias psicoativas

Iniciais	Atuais

## 7. Internações

Idade/ano	Local	Tempo internação	Abstinência pós-internação

## 8. Problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas

Pessoais/Afetivos/Sexuais	Profissionais/Legais/Financeiros
Familiares	Sociais

## 9. História familiar

Família de origem:



Família constituída:



## 10. História pessoal

Principais doenças físicas e psíquicas na vida:

Comportamentos prevalentes:

Desenvolvimento escolar:

Desenvolvimento profissional:

Relacionamento social e afetivo:

Sexualidade:

Motivação para a abstinência ☐ baixa ☐ moderada ☐ elevada

## 11. Fatos relevantes na vida

## 12. Relatos da autopercepção

## 13. Vida social/Esportes/Lazer

Antes do uso	Após o uso

## 14. Fatores de proteção contra o uso de substâncias

15. Rede de apoio

Familiar	Social

16. Dinâmica emocional/Aspectos da personalidade

17. Finalização da entrevista

Disponibilidade para continuar o tratamento ☐ sim ☐ não

Motivação para a abstinência ☐ baixa ☐ média ☐ elevada

Hipótese diagnóstica: \_\_\_\_\_

Plano de tratamento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fonte: Roteiro elaborado pela equipe clínica da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) em 2007.

## ESTRUTURA DAS SESSÕES: TEMAS CENTRAIS

Neide A. Zanelatto



### Pontos-chave

- >> Os temas apresentados neste capítulo são importantes no tratamento de dependentes químicos, e cada tema pode e deve ser abordado em um número conveniente de sessões.
- >> O número de sessões e a ordem de apresentação dos temas variarão de acordo com a demanda específica de cada paciente.
- >> A não exploração dos temas e a falta de treino nas habilidades necessárias para o manejo da dependência química são fatores que podem contribuir para o processo de recaída.
- >> O terapeuta deve estar treinado para atuar tanto no tratamento da dependência química quanto em questões de saúde mental em geral.

O tratamento da dependência química, fenômeno considerado complexo e de difícil abordagem, pode requerer um tempo maior e um acompanhamento intensificado. O cuidado nesse aspecto é fundamental, pois o desligamento precoce do tratamento, as habilidades não treinadas ou a reestruturação cognitiva não realizada com sucesso podem levar ao processo de recaída. No Capítulo 19, foram citados alguns obstáculos que, uma vez transpostos, indicam que o tratamento pode começar. O mais importante é que o paciente esteja disposto para o tratamento, e, visto que o indivíduo é parte fundamental do processo, sua anuência é de fundamental importância.

A ordem de apresentação dos temas e o número de sessões necessárias para a exploração de cada um dos temas centrais serão determinados pelo terapeuta em conjunto com o paciente, em função da necessidade específica de cada caso. Se o tratamento acontecer em uma unidade de internação, talvez seja conveniente que as sessões de prevenção de recaída aconteçam mais perto da alta do paciente, ou ao menos sejam reforçadas nesse momento. Se o tratamento for realizado em regime ambulatorial (ou em um consultório particular) e o paciente comparecer abstinente, tendo saído de uma internação, urge que as sessões de prevenção de recaída aconteçam logo no primeiro momento, sendo os outros temas abordados na sequência.

Com a formulação do caso em mãos, apresentada ao paciente e reformulada (se for o caso), após a discussão, o processo pode ser iniciado. Deve-se cuidar para que o paciente tenha uma experiência positiva com a terapia, pois isso facilitará seu engajamento no trabalho terapêutico, construindo uma aliança terapêutica mais forte e aumentando sua autoconfiança.<sup>1</sup> A ambivalência pode continuar ao longo do tratamento, o que não significa falta de adesão.<sup>2</sup>

O objetivo deste capítulo é apresentar os temas centrais que devem ser discutidos com o paciente durante o tratamento da dependência química. Para cada tema, será apresentado um embasamento teórico que dá suporte ao terapeuta para o preparo do material a ser utilizado e para as discussões durante a sessão. As técnicas utilizadas em cada sessão estão descritas em capítulos específicos desta obra e devem ser utilizadas em função do tema escolhido. É importante que o terapeuta domine a aplicação da técnica, pois conhecimento teórico e manejo pertencem a domínios completamente diferentes. São apresentados também os objetivos que devem ser atingidos ao final da sessão e cuidados importantes que devem ser tomados visando o alcance das metas. A apresentação da estrutura da sessão em que o tema será abordado e a sugestão para tarefas de casa fazem parte do manual de conduta do terapeuta para o tratamento da dependência de substâncias no modelo cognitivo-comportamental. Sugestões de modelos de sessões estruturadas, incluindo temas centrais, procedimentos a serem adotados pelo terapeuta e tarefas de casa, também são apresentadas nos capítulos relativos a populações específicas que fazem uso de determinada substância. A mescla das diretrizes oferecidas nesses capítulos tornará o conteúdo das sessões mais apropriado a cada caso, com consequente chance de resultados mais favoráveis em relação às metas estabelecidas no planejamento da intervenção.

## **TEMA: CONSTRUÇÃO E MANUTENÇÃO DA MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA**

A entrevista motivacional pode ser definida como um estilo de aconselhamento centrado no cliente, com o objetivo de aumentar a motivação intrínseca para a mudança por meio da exploração e da resolução da ambivalência<sup>2</sup> (ver Cap. 16 – Entrevista motivacional e as terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da dependência química).

Os objetivos da sessão incluem:

- Introduzir o conceito de estágios de mudança, para que o paciente se localize, compreenda como se dá o processo de mudança e perceba-se na espiral à medida que sua ambivalência é resolvida;
- Desenvolver um plano de ação para a implementação da mudança (caso o paciente esteja ambivalente).



É importante observar que, durante o tratamento, deve-se ficar atento, observando as armadilhas terapêuticas que podem ser produzidas na relação profissional/paciente em função do estágio de prontidão para mudança em que se encontra o paciente. Deve-se tomar cuidado com a argumentação excessiva ou a polarização nas argumentações para o paciente em estágio de pré-contemplação, assim como estabelecer metas irrealistas sem cuidar possíveis barreiras, não dando espaço para o reconhecimento das incertezas quando o paciente estiver em contemplação da mudança. A garantia do sucesso nas primeiras experiências de mudança, a manutenção do programa de tratamento e da agenda dos temas e a atenção com o paciente que ainda não pode caminhar sozinho são cuidados que evitam armadilhas para os pacientes em estágios mais avançados da mudança.

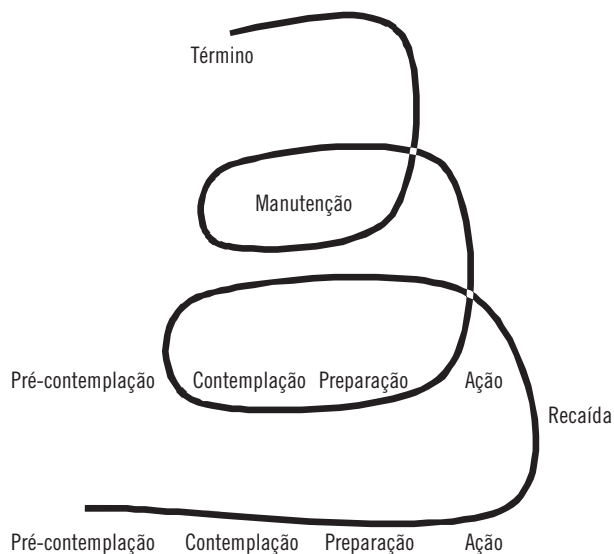
Quando o paciente chega ao tratamento no estágio de “ação”,<sup>3</sup> a sessão poderá ter caráter informativo, pois o processo de mudança já ocorreu. Deve-se lembrar, no entanto, que pacientes com dependência química oscilam com muita frequência quanto à disposição para a mudança, de modo que os conteúdos dessa sessão poderão ser retomados, de acordo com a necessidade do caso, a qualquer momento do tratamento, e mais de uma vez, se necessário.

## Estrutura da sessão (segunda parte)

Iniciar a explanação do tema da sessão, explicando a teoria dos estágios de mudança,<sup>3</sup> a importância desses conceitos (cada estágio) e por que estão dispostos em uma espiral (Fig. 20.1). Oferecer ao paciente um formulário impresso com a espiral e pedir, após a explanação, que se localize naquele instante. Esse formulário poderá ser apresentado em outros momentos do tratamento, para que o paciente, ao localizar-se, veja como seu estado de consciência e de atitude muda diante da questão do uso de substâncias.

Deve-se discutir com o paciente por que escolheu determinado estágio e anotar em seu prontuário. Pode-se utilizar o “questionário de motivação” para ampliar a discussão e elucidar ao paciente algumas questões que ele pode não ter considerado (Fig. 20.2). Retomar com ele a espiral, rever o estágio em que ele se encontra e anotar novamente em seu prontuário.

Se a ambivalência é grande, outra técnica que pode ser utilizada é a balança decisória, que consiste em solicitar ao paciente, em formulário próprio, que identifique quais as vantagens de usar e de não usar a substância (Fig. 20.3). Como ele se sente quando não usa (vantagens e desvantagens) e como se sente quando usa (vantagens e desvantagens). Os espaços *Vantagens – Não usando* e *Desvantagens – Usando* remetem aos ganhos com a abstinência, enquanto os demais exaltam os benefícios do uso. Após a aplicação do exercício, discutir qual a visão do paciente no momento sobre o uso da substância, qual dos lados da balança pesa mais e o porquê.



>> **FIGURA 20.1** Espiral de mudança.

Fonte: Diclementi e colaboradores.<sup>4</sup>

#### QUÃO MOTIVADO VOCÊ ESTÁ PARA MUDAR?

- Reconhecimento do problema  
Quais dificuldades você teve ou tem que podem estar relacionadas ao seu consumo de álcool e/ou outras substâncias?  
Como você e outras pessoas têm sido prejudicadas pelo seu consumo?
- Preocupação  
No seu hábito de beber ou usar substâncias ilícitas, o que pode ser visto como um motivo de preocupação para você ou para as pessoas ao seu redor?  
O que você acha que vai acontecer se não parar de usar?
- Intenção de mudar  
Sua presença aqui indica que uma parte de você quer mudar. Quais os motivos para essa mudança?  
Quais seriam as vantagens de mudar?  
Quais seriam as desvantagens de manter o comportamento de consumir álcool e/ou outras substâncias?
- Otimismo  
O que você acha que funcionaria para você, se decidisse mudar?  
Como ficaria sua vida sem o uso dessa(s) substância(s)?

>> **FIGURA 20.2** Questionário de motivação para a mudança.

Fonte: Miller e Rollnick.<sup>2</sup>

	Não usando	Usando
Vantagens		
Desvantagens		

>> **FIGURA 20.3** Balança decisória.  
 Fonte: Miller e Rollnick.<sup>2</sup>

Utilizar “réguas de importância e confiança” para reforçar a necessidade e a capacidade (percebidas) de mudança do paciente (Fig. 20.4). Discutir os resultados com ele, enfatizando a necessidade de seu envolvimento com a mudança (ser importante mudar) e o quanto se sente confiante para mudar (um dos objetivos da terapia é justamente o auxílio na construção da autoconfiança do paciente).

Se necessário, desenvolver um plano de ação com o paciente (Fig. 20.5), utilizando o estilo de comunicação da entrevista motivacional, seguindo estes passos:

- a) fazer um resumo das percepções do paciente acerca de seu problema. Apresentar quais os pensamentos baseados em quais crenças foram reveladas por ele durante a sessão;
- b) deixar claro o quanto ele ainda está ambivalente, mostrando que ainda vê aspectos positivos no uso de substâncias;

Quão importante é para você fazer uma mudança sobre seu uso de álcool e/ou outras substâncias neste momento?

POUCO IMPORTANTE

MUITO IMPORTANTE

012345678910

Quão confiante você está de que pode ficar sem beber ou usar outras substâncias?

NADA CONFIANTE

MUITO CONFIANTE

012345678910

>> **FIGURA 20.4** Réguas de importância e confiança.  
 Fonte: Velasquez e colaboradores.<sup>5</sup>

METAS E PLANO DE MUDANÇA
Problemas com uso de álcool e/ou outras substâncias:
As mudanças que quero fazer nos próximos 12 meses são:
As razões mais importantes pelas quais quero fazer essas mudanças são:
Os passos que planejei para colocar minha mudança em prática são:
As pessoas que podem me ajudar são:
As formas pelas quais elas podem me ajudar:
Algumas coisas que podem interferir no meu plano são:
Saberei que meu plano de mudança está funcionando se:

>> **FIGURA 20.5** Plano de mudança.

Fonte: Miller e colaboradores.<sup>6</sup>

- c) apresentar as evidências objetivas que conduzem a riscos e problemas para o paciente;
- d) reforçar todas as indicações que o paciente apresenta de que quer – ou ao menos pretende – fazer uma mudança;
- e) oferecer um *feedback* honesto, sobretudo nos pontos que convergem com aqueles nos quais o paciente mostra interesse.

É fundamental oferecer informação, orientação e “conselhos”, baseando-se sempre nos preceitos da entrevista motivacional. Dar conselhos, quando o paciente pede, valorizar as opções dadas por ele; ainda que o terapeuta precise fazer ressalvas, deve-se oferecer várias opções e deixar que o paciente decida qual caminho tomar. Negociar um plano estabelecendo metas (plausíveis) e considerando as opções de mudança (o que o indivíduo quer mudar, quais as consequências disso, o que pode dar certo e o que pode dar errado, quem pode ajudar e como o paciente saberá se aquilo que planejou está funcionando).

### *Tarefas de casa*

A seguir, são apresentadas algumas sugestões para tarefas de casa.<sup>1</sup> É importante que as tarefas solicitadas sejam adequadas ao momento do paciente, ou seja, que

ele consiga realizá-las. Se perceber que ele não conseguirá, o terapeuta pode retirar uma parte da tarefa, deixando outra.<sup>7</sup>

- Pedir ao paciente que faça uma lista das principais razões pelas quais quer parar o consumo de álcool e/ou outras substâncias.
- Retomando o formulário de vantagens e desvantagens (na Fig. 20.3), pedir ao paciente que, em casa, para cada vantagem/desvantagem, escreva o “peso” de 0 a 10 (i.e., a importância) e, ao final, some os valores, obtendo uma visão geral de cada um dos lados.
- Solicitar ao paciente que, três vezes ao dia, use a régua de confiança em questões não relacionadas ao álcool e/ou outras substâncias, mas nas quais ele esteja pensando em fazer mudanças.
- Orientar para que o paciente converse com um indivíduo não usuário de álcool e/ou outras substâncias, a fim de que este forneça auxílio para a mudança, perguntando quais as vantagens e desvantagens de mudar o comportamento de usar/não usar ou beber/não beber (essa atividade pode ser praticada sobretudo em caso de paciente em internação).
- Escolher um ponto do plano de ação e pedir para o paciente decompô-lo em passos e trazer para a próxima sessão.

## TEMA: PSICOEDUCAÇÃO – SESSÃO INFORMATIVA

O modelo psicoeducacional, não caracterizado como modalidade terapêutica, mas útil tanto no tratamento dos pacientes quanto no suporte aos familiares, é concebido como uma intervenção que interliga os domínios da saúde e da educação, constituindo-se em um conjunto de conhecimentos oferecidos ao paciente por meio de uma didática estruturada.<sup>8</sup> Essa intervenção caracteriza-se por informar ao paciente dados sobre seu diagnóstico, que inclui a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico, entre outras informações.<sup>9</sup> Pode ser vista como o estabelecimento de um fluxo de informações entre terapeuta e paciente, e, como qualquer intervenção, é baseada no bom senso.<sup>10</sup>

O modelo psicoeducacional é parte fundamental em praticamente todos os protocolos para tratamento dos transtornos psiquiátricos cujo suporte teórico seja o cognitivo-comportamental. Seu papel educativo está presente durante todo o tratamento, sendo tarefa do terapeuta a educação e familiarização do paciente com sua patologia e suas consequências (problemas). Um dos principais objetivos é fazer do paciente um colaborador ativo, um aliado dos profissionais envolvidos com o tratamento, tornando o procedimento terapêutico mais eficaz.<sup>11</sup> A psicoeducação, como já citado, também pode e deve ser aplicada ao tratamento familiar, visto que evidências apontam para a melhoria da comunicação e a diminuição do estresse nas relações familiares e das taxas de recaída e

reinternações, além de facilitar o processo de recuperação do familiar portador do transtorno psiquiátrico.<sup>12</sup>

Os objetivos da sessão incluem:

- Oferecer informação científica sobre o transtorno da dependência de substâncias (e sobre outra comorbidade, se houver) para o paciente e/ou os familiares, em toda sua amplitude;
- Discutir mitos e verdades a respeito do transtorno.

É importante que o terapeuta tenha preparado, com antecedência, uma sessão informativa sobre o transtorno da dependência química e sobre qualquer outro transtorno psiquiátrico que o paciente tenha (ver Cap. 5, Principais comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias), que pode ser feita no computador ou a partir de formulários impressos. É fundamental que as informações transmitidas sejam verdadeiras e apoiadas em evidências. Não utilizar uma política de amedrontamento ou de ameaça, pois condutas como essas prejudicam o vínculo entre terapeuta e paciente e não favorecem o tratamento. Mesmo que a apresentação seja feita em computador, recomenda-se que o paciente, ao final da sessão, tenha seu material impresso para levar consigo. É preciso considerar que, caso o paciente ainda esteja muito ambivalente, informações precisas sobre seu problema podem ser um aliado valioso para o favorecimento da mudança.

## Estrutura da sessão (segunda parte)

Iniciar a sessão de psicoeducação (dependência química, substâncias psicoativas, efeitos do uso agudo e crônico), certificando-se de que todas as dúvidas estejam sendo esclarecidas conforme a apresentação avança. Após, deve-se oferecer ao paciente um formulário com mitos e verdades sobre a dependência química. Discutir o quanto o indivíduo conhece do assunto, apresentando dados relevantes. A exploração desses temas oferecerá informações importantes sobre as crenças do paciente a respeito das substâncias utilizadas, dos seus efeitos, das consequências e dos prejuízos do uso. Fazer anotações em seu prontuário para uso posterior. O mesmo cuidado e atenção para a discussão devem ser mantidos para a intervenção de psicoeducação para outro diagnóstico psiquiátrico que o paciente apresente, podendo ser realizada na sessão seguinte.

É preciso estar atento para não ocupar o papel de especialista no assunto, mas mostrar-se interessado no conteúdo trazido pelo paciente. No caso de indivíduos cuja ambivalência oscila muito, e, portanto, a motivação para mudança também sofre altos e baixos, a informação sem confrontação pode auxiliar no processo da mudança. Muitas vezes, os pacientes podem trazer informações que confirmam suas crenças sobre as substâncias, colhidas em *sites*, publicações de revistas, entre outros: “Maconha não é droga”, “Beber um pouquinho todos os dias faz bem ao

coração”, “É melhor fumar maconha do que usar cocaína ou *crack*”. Deve-se acolher os argumentos e discuti-los com o paciente, além de auxiliá-lo no posicionamento; porém, a decisão sobre a mudança da crença cabe ao paciente. No final da sessão, o paciente leva o material impresso e outros materiais que o terapeuta tenha para distribuir, assim como a lista de mitos e verdades.

### *Tarefas de casa*

Uma sugestão para tarefa nessa sessão é a biblioterapia<sup>13</sup> (indicação de material de leitura com função terapêutica). Há evidências de que essa prática é uma ferramenta importante para o desenvolvimento do autoconhecimento pela reflexão do aspecto emocional pelas experiências vicárias, auxiliando na mudança do comportamento e reforçando padrões sociais de comportamentos desejáveis.

- Pedir que o paciente leia um capítulo de algum livro sobre dependência química ou sobre a dependência de uma substância específica que tenha linguagem clara e fácil. O terapeuta pode elaborar uma apostila, e sua leitura, nesse caso, se torna a tarefa de casa.
- Informar ao paciente quais são os *sites* que oferecem material informativo de qualidade e pedir que ele faça a leitura. Para adolescentes, há *sites* muito bem elaborados e adaptados à idade, com atividades interativas.
- Solicitar ao paciente que pesquise sobre o assunto ou leia algo recentemente publicado em revistas ou jornais e que traga para uma discussão rápida no início da próxima sessão. Investigar quais as crenças do sujeito sobre o assunto. Isso pode auxiliar o terapeuta a identificar em qual estágio de mudança o paciente realmente está.
- Em uma segunda sessão de psicoeducação, sobre uma outra entidade diagnóstica (comorbidade), repetir a sugestão de tarefa de casa.

## **TEMA: PREVENÇÃO DE RECAÍDA – COMO IDENTIFICAR E LIDAR COM SITUAÇÕES DE ALTO RISCO**

A prevenção de recaída é um programa de automanejo que tem como objetivo a melhora do estágio de manutenção do processo de mudança de comportamento, utilizando como ferramentas o treino de habilidades comportamentais associado a intervenções cognitivas e mudanças no estilo de vida. O objetivo geral do programa é auxiliar e treinar o indivíduo a prevenir e lidar com o problema da recaída, se for o caso (ver Cap. 10, Prevenção de recaída).<sup>14</sup>

Os objetivos da sessão<sup>1</sup> incluem:

- Explicar o que são situações de alto risco (SARs) para a recaída;
- Auxiliar o paciente a identificar quais são as SARs mais problemáticas para ele;

- Identificar que estratégias de enfrentamento o paciente apresenta (evitação/enfrentamento);
- Desenvolver outras formas de enfrentar as SARs de maneira satisfatória;
- Capacitar o indivíduo para não se colocar em SAR, identificando previamente quais situações poderiam ser arriscadas;
- Desenvolver um plano de enfrentamento mais geral.

A abordagem da prevenção de recaída (essencial no tratamento da dependência química) será feita utilizando-se como ferramentas uma série de formulários. Alguns deles serão apresentados no decorrer deste capítulo ou citados nos anexos, e alguns devem ser confeccionados a partir da consulta a outros capítulos desta obra, específicos sobre o assunto. Todos os formulários utilizados devem estar prontos para serem oferecidos durante a sessão ao paciente, que deverá levá-los consigo ao fim da sessão. Para os profissionais que fazem uso do computador durante o encontro terapêutico, o paciente poderá utilizar tal recurso durante o processo, mas, ao final, deve-se imprimir o material produzido e entregá-lo a ele.

## **Estrutura da sessão (segunda parte)**

Como a recaída é uma condição com a qual o paciente terá de lidar, este tema será abordado durante praticamente todo o tratamento. Neste capítulo, sugere-se que esse modelo (tema central) seja discutido com o paciente em três sessões, que serão detalhadas a seguir. Cada sessão descrita será sempre o tema discutido na segunda parte da sessão.

### *Primeira sessão de prevenção de recaída – conhecendo a recaída*

Essa sessão tem como objetivo específico apresentar ao paciente o modelo cognitivo de recaída, de Beck, e o modelo de prevenção da recaída, de Marlatt, além de permitir ao paciente que inicie o processo de reflexão sobre seus pensamentos e comportamentos favoráveis à recaída. Inicia-se a sessão apresentando ao paciente um formulário que será preenchido por ele; a partir de suas lembranças sobre o último episódio de recaída, será discutido o que ele pensava, sentia e fazia antes, durante e depois daquele momento (Fig. 20.6).

Após o preenchimento desse formulário, que deverá ser feito durante a sessão, o profissional discutirá com o paciente de que maneira o pensamento e o sentimento do indivíduo estão relacionados ao início do comportamento de retorno ao uso ou de manutenção. O terapeuta deve certificar-se de que o paciente percebe o momento anterior ao uso como determinante da consequência e qual seria a possível intervenção para mudar o desfecho. O profissional deve auxiliá-lo, a partir da discussão, a perceber como o pensamento e as crenças nas quais ele se basea-



Última vez que usou	Pensando (pensamento)	Sentindo (sentimento)	Fazendo (comportamento)
Antes			
Durante			
Depois			

>> **FIGURA 20.6** Última recaída.  
Fonte: Jungerman e Zanelatto.<sup>15</sup>

va foram responsáveis pela continuidade do processo. Deve-se apresentar, então, o modelo de Beck (sessão de psicoeducação sobre o modelo cognitivo e modelo cognitivo da recaída de A. Beck), relembrando o paciente dos conceitos básicos; logo após, pedir que ele contextualize a última recaída (já discutida) dentro desse modelo. O terapeuta deve identificar, junto com o paciente, qual a situação de risco e quais as crenças centrais e permissivas que favoreceram o lapso ou o retorno ao uso (ver Cap. 8, A dependência química e o modelo cognitivo de Aaron Beck).

Introduzir o modelo de Marlatt (informando sobre os determinantes intra e interpessoais da recaída), evidenciando os dois caminhos e solicitando ao paciente uma resposta de enfrentamento que poderia ter sido aplicada à situação, gerando um resultado mais positivo. Enfatizar a importância dos fatores contextuais, dos riscos distais e dos aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais, como facilitadores ou protetores para a recaída (ver Cap. 10, Prevenção de recaída). Ao final, entregar ao paciente os formulários utilizados, inclusive aquele que foi preenchido durante a sessão. Como tarefa de casa, pedir que faça um diário para suas situações de risco, pensamentos e estados de humor, identificando a forma como lidou com essas situações (Fig. 20.7).

### *Segunda sessão de prevenção de recaída – Identificando situações de alto risco e desenvolvendo estratégias de enfrentamento*

Ao comentar com o paciente sobre o diário de situações de risco, o terapeuta deve fazer uma relação daquelas que apareceram com maior frequência e aplicar o Questionário de Confiança Situacional<sup>16</sup> (Anexo 20.1), que ajudará o paciente a identificar um número maior de situações que ele não contemplou durante a semana.

Data	SARs (situações de alto risco)	Pensamento	Sentimento	Comportamento (como lidou – uso/não uso)

>> **FIGURA 20.7** Diário de pensamentos e sentimentos ante situações de alto risco.

Fonte: Adaptada de Knapp e Bertolote.<sup>17</sup>

A partir do preenchimento do questionário, deve-se discutir com o paciente quais as situações que podem representar estímulos para a recaída. Baseando-se em um formulário a ser preenchido pelo paciente, e que contém três opções de estratégias de enfrentamento para cada situação de risco, o terapeuta deve evidenciar para o indivíduo a existência de várias formas de lidar com tais ocorrências (deixar que as possibilidades partam do paciente, mas oferecer opções de comportamentos mais funcionais, caso fique claro que ele não consegue encontrar alternativas positivas), além de mostrar que essas formas têm um desfecho positivo no qual a substância não está presente. É importante que, ao término da sessão, o paciente seja capaz de identificar possíveis situações de risco e a hierarquia de tais situações (o que desencadeia o que), revisar as estratégias usadas no passado e que deram certo, prever e antecipar-se a futuras situações de risco. Deve-se aproveitar a oportunidade para frisar que, no início do tratamento, a estratégia de evitação é bem-vinda, já que as habilidades de enfrentamento podem ainda não estar desenvolvidas ou treinadas. Com o desenrolar do tratamento, assim que o grau de perigo ao qual é exposto diante de determinadas situações de risco for claramente identificado pelo paciente, as estratégias de enfrentamento (desde que treinadas) poderão ser colocadas em prática (Fig. 20.8).

Knapp e Bertolote<sup>17</sup> apresentam formulários para identificação de situações de risco divididos nos seguintes grupos: como lidar com emoções negativas, situações difíceis, diversão e prazer, problemas físicos ou psicológicos, hábito de usar álcool ou outras substâncias e também como lidar com o tratamento. Dada a diversidade de formulários, haveria necessidade de mais tempo para preenchimento e discussão; no entanto, o procedimento poderia ser similar ao questionário anteriormente sugerido (Anexo 20.1).

Depois que os formulários forem preenchidos, pode-se pedir como tarefa de casa que o paciente pratique o exercício de uma das estratégias identificadas como viáveis durante a sessão. É preciso estar atento para que, ao pedir que se exponha a situações de risco, o paciente não corra o risco da recaída. Esse experimento

1.	Situação de risco _____
a)	_____
b)	_____
c)	_____
2.	Situação de risco _____
a)	_____
b)	_____
c)	_____
3.	Situação de risco _____
a)	_____
b)	_____
c)	_____

>> **FIGURA 20.8** Estratégias para enfrentamento de situações de alto risco para o uso de álcool e outras substâncias.

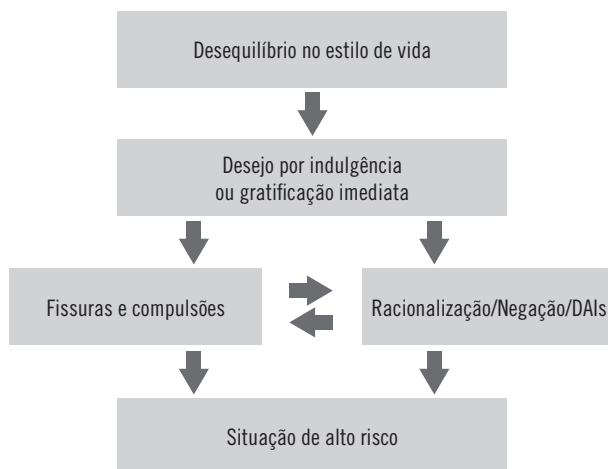
Fonte: Knapp e Bertolote.<sup>17</sup>

comportamental deve ser planejado, começando por ações bem simples e seguras, garantindo o sucesso. Salienta-se novamente que a prática da evitação de situações de risco ainda é fundamental nesse momento. É comum que os pacientes revelem ansiedade quanto ao enfrentamento, pois a evitação parece colocá-los em uma situação anormal da vida (“Nunca mais poderei ir a uma festa” ou “Não acredito que eu não posso mais ficar com dinheiro ou com meu cartão de crédito”). O paciente deve ser auxiliado a manejar sua ansiedade, com o terapeuta sinalizando que a evitação é uma estratégia para ser usada durante um tempo predeterminado (enquanto se desenvolvem outras estratégias) e que o enfrentamento acontecerá quando ele estiver pronto, correndo o menor número de riscos possível.

### *Terceira sessão de prevenção de recaída – Lidando com as decisões aparentemente irrelevantes*

Ao discutir a tarefa da semana anterior, o profissional deve identificar quais os pontos fortes das habilidades treinadas e o que necessita de maiores desenvolvimento e treinamento. Voltar para as situações de risco e, ao apresentar o Modelo dos Antecedentes Encobertos, pedir ao paciente que avalie o equilíbrio entre os desejos e deveres em seu cotidiano e como um desequilíbrio pode levá-lo a tomar decisões com desfecho voltado para o uso (Fig. 20.9). O profissional também deve questionar o paciente quanto a pensamentos e desejos por autoindulgência.

Disponibilizando um modelo em branco, pedir ao paciente que identifique, em seu momento de vida atual, uma possível situação de desequilíbrio (ou a sua percepção em relação às situações vivenciadas), quais as crenças permissivas, quais



>> **FIGURA 20.9** O processo de recaída e seus antecedentes encobertos.

DAIs: decisões aparentemente irrelevantes.

Fonte: Marlatt e Gordon.<sup>14</sup>

as decisões aparentemente irrelevantes (DAIs) e como poderiam ter sido evitadas. Trazer para a discussão as questões relativas a culpa e conflito, bem como a racionalização e a negação. Para facilitar a aquisição dos conceitos das DAIs, o terapeuta pode criar histórias fictícias nas quais a recaída aconteceu e, junto com seu paciente, identificar quais foram as decisões que resultaram em recaída, sempre contemplando quais seriam as melhores estratégias para impedir que isso tivesse acontecido. Fornecer as histórias impressas para o paciente levar (Anexo 20.2) com as DAIs demarcadas no texto e o modelo de antecedentes encoberto das SARs e, a partir da situação de risco trazida no início da sessão, desenvolver com o paciente um plano de evitação ou enfrentamento daquela situação. Pode ser um plano de enfrentamento para situações de risco mais genéricas (p. ex., situações de crise), o qual deve incluir alguns números de telefone para os quais o paciente possa ligar, se for necessário, um exercício cognitivo de análise das vantagens e desvantagens de usar a substância, um conjunto de pensamentos funcionais para substituir crenças e pensamentos já constituídos sobre as substâncias e uma lista de lugares seguros onde o paciente esteja livre de gatilhos. Pedir a ele que, durante a semana, coloque o plano em prática, escrevendo em seu diário como este funcionou.

É importante que o tema sobre as DAIs seja retomado sempre que forem percebidas atitudes nas quais o cuidado com a investigação sobre pensamentos automáticos e crenças sobre as substâncias for negligenciado pelo paciente, favorecendo a configuração de situações de risco para a recaída.

## TEMA: MANEJO DA FISSURA

Um aspecto ainda pouco compreendido em sua amplitude, embora seja muito estudado na área da dependência de substâncias, é o pensamento relativo ao desejo subjetivo pela experiência geradora da sensação dos efeitos ou das consequências do uso de álcool e outras substâncias. O fato de a expectativa de resultados estar relacionada de forma direta com o surgimento do *craving* nos permite concebê-lo também como um fator cognitivo, e não apenas como uma resposta fisiológica.<sup>18</sup>

Alguns autores identificam a fissura de acordo com o tipo de resposta envolvido: resposta aos sintomas de abstinência (fissura somática) ou às condições de desconforto (busca de melhora do humor, situações de angústia – fissura afetiva) e resposta condicionada aos gatilhos e sinalizadores (em função das crenças formadas a respeito da substância e de seus efeitos prazerosos – fissura cognitiva).<sup>19</sup> Apesar de não ser experimentada por todos os indivíduos dependentes, a fissura pode ser intensa e o principal gatilho para um lapso ou mesmo o retorno ao consumo. Pode variar em intensidade, isto é, desde uma sensação passageira até horas de envolvimento com pensamentos e sentimentos a respeito da substância ou do comportamento de uso e seus contextos. O paciente deve ser informado de que o surgimento da fissura é normal (não significa fraqueza ou fracasso do tratamento), que essa sensação é autolimitada (ou seja, tem tempo determinado para acabar, visto que a maioria dos episódios se resolve em menos de uma hora) e que pode aparecer ao longo de grandes períodos de abstinência da substância.<sup>1</sup> Conseguir vencer um episódio de fissura fortalece o sujeito para o enfrentamento da próxima situação.

Os objetivos da sessão<sup>20</sup> incluem:

- Definir o que significa fissura;
- Auxiliar o paciente na compreensão de como ele entende sua experiência no contexto da fissura;
- Identificar quais gatilhos a desencadeiam;
- Aumentar a consciência e o controle do paciente sobre os fatores desencadeantes da fissura;
- Desenvolver e praticar técnicas de controle da fissura.

A dificuldade em lidar com a fissura é um fator importante, que contribui para a falha no tratamento; por isso, é fundamental auxiliar os pacientes o mais cedo possível, durante o tratamento, na forma mais correta de monitorar e lidar com a urgência do uso. Caso o paciente esteja abstinente já no início do tratamento e revele, nas primeiras sessões, dificuldades no manejo de pensamentos desencadeadores de desejo pela substância, deve-se iniciar o trabalho com esse tema, logo após a apresentação do modelo cognitivo de Aaron Beck para a recaída, enfatizando como o surgimento da fissura está ligado ao pensamento e qual será a consequência caso o pensamento disfuncional não seja interrompido.

## Estrutura da sessão (segunda parte)

Iniciar a explanação do tema com uma apresentação sobre a fissura e como ela pode ser classificada (em função do tipo de resposta envolvido, ou da forma como é percebida pelo paciente). Conforme a exposição é feita, deve-se investigar com o paciente como ele percebe essa situação e de que habilidades dispõe para lidar com a fissura quando ela aparece. O ideal é que a psicoeducação tenha um caráter interativo com o caso tratado pelo terapeuta e não fique apenas como uma exposição protocolar, em que todos os expectadores vivem a mesma experiência. A estrutura dessa sessão foi dividida em três partes para melhor atingir os objetivos propostos. Dada a extensão e a importância do tema, pode ser dividida em mais de uma sessão, se necessário.

O primeiro passo é fazer o paciente *reconhecer a fissura*. Para isso, pode-se partir de um diário de automonitoramento (Anexo 20.3) – que o terapeuta pode ter solicitado como tarefa nas sessões anteriores, como objetivo de indicar quando a fissura aparece e como o paciente lida com ela – ou dos resultados da aplicação de uma escala de fissura (Anexo 20.4, Escala de avaliação da fissura de maconha; Anexo 20.5, Escala de avaliação da fissura de cocaína; Anexo 20.6, Escala de avaliação da fissura do tabaco; e o Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool – IECPA<sup>21</sup>). Outra opção para a aplicação da escala é solicitar ao paciente que, em uma escala de 0 a 10 (em que zero é igual a nenhuma fissura e 10 equivale a uma fissura intensa), indique qual número melhor reflete seu estado em relação à fissura. Caso sejam usadas escalas, é importante que sejam específicas para a mensuração da fissura de cada substância específica. A seguir, são apresentadas algumas perguntas que podem ajudar o paciente a compreender melhor sua experiência com a fissura.

1. Você poderia descrever o que pode ter desencadeado a fissura? Que pensamentos você teve que podem tê-lo conduzido para essa situação?
2. Quais foram as situações de risco? Você poderia colocá-las em uma lista? Vamos ver quais foram as principais nas últimas duas semanas.
3. O que você precisaria fazer para impedir ou lidar com essas sensações de fissura? O que você tentou fazer da última vez e deu certo?
4. Quanto tempo dura a sensação do desejo de consumir a substância?

Alguns autores sugerem que se elicie a fissura durante a sessão por meio de um exercício em que o paciente deverá lembrar-se dos detalhes da última vez que usou, quais foram as sensações experimentadas, etc. A prática desse exercício é um risco que pode facilitar a recaída caso o paciente ainda esteja sentindo vontade de usar ao sair da sessão. De modo geral, as perguntas citadas podem fornecer dados suficientes para o trabalho com o paciente, sem colocá-lo em um risco maior.

O segundo passo consiste em *lidar com a fissura propriamente dita*. Para isso, o terapeuta desenvolverá e treinará com o paciente um conjunto de estratégias que o auxiliem a superar essa dificuldade. Sugerem-se as seguintes técnicas:<sup>20</sup>

- Distração – ter ações que tirem o foco do pensamento de usar. Essas atividades precisam estar treinadas para que possam ser usadas no momento necessário. Exemplos: fazer caminhadas, participar de um jogo, fazer exercícios físicos, exercitar técnicas de relaxamento<sup>22,23</sup> e jogar *video game*. São sugeridas atividades que o paciente goste de fazer e, principalmente, que façam sentido a ele (ver Cap. 17, Técnicas cognitivas).
- Falar sobre a fissura – conversar com outros indivíduos abstinentes e que possam dar suporte nesse momento. Essa prática pode auxiliar na diminuição da ansiedade e da sensação de vulnerabilidade que normalmente a acompanha. A família também pode funcionar como suporte, mas, para isso, deve ser acompanhada por um profissional que a oriente e indique como agir no momento em que seu familiar dependente compartilha o desejo de usar a substância. Os pacientes que não têm amigos não usuários ou que têm poucos amigos nessa condição terão dificuldade na prática dessa estratégia. A sessão de suporte social vai auxiliá-los a aumentar o número de amigos abstinentes, permitindo a prática dessa técnica. O terapeuta deve estar ciente de que ele próprio deve estar na lista de pessoas com quem o paciente pode falar no momento de fissura.
- Repensando as consequências negativas – o exercício dessa técnica fará o peso das consequências negativas ser maior. Em geral, os pensamentos automáticos, quando eliciam o aparecimento do desejo de usar substâncias, são de cunho positivo e prazeroso. A prática do questionamento socrático aumentará a flexibilidade cognitiva, e pensamentos mais funcionais (baseados em evidências) surgirão. Tais pensamentos deverão ser colocados na balança decisória, fazendo o comportamento de usar substâncias ser constantemente reavaliado. Dados que podem contribuir para a construção desses pensamentos estão no exercício da “balança decisória”, feito na primeira sessão do tratamento.
- Uso de imagens – substituir a imagem positiva associada ao uso da substância por uma imagem negativa ligada aos prejuízos ou visualizando a si próprio como um vencedor que adquire benefícios a partir da interrupção do uso.
- Conversa interna (“falar com seus botões”) – é uma prática que estimula a autorreflexão e a autoconsciência, sendo uma ferramenta importante quando os terapeutas deparam-se com problemas complexos que exigem solução. É uma conversa consigo mesmo, buscando evidenciar que pensamentos são apenas pensamentos, e não é porque pensamos fazer algo que isso se traduzirá, necessariamente, em um comportamento.

O terceiro momento da sessão supõe capacitar o paciente para *fluir com a fissura*: a ideia central é fazer o indivíduo compreender que a fissura é algo que ocorre

e passa após algum tempo, sem luta interna para não sentir, mas, ao mesmo tempo, sem ceder a ela. O paciente deve ser treinado para “surfar” a fissura, sem deixar que ela o envolva. Ele pode usar técnicas de distração com imagens ou mesmo técnicas de *mindfulness* (ver Cap. 12, *Mindfulness* e terapia cognitivo-comportamental na prevenção de recaída) que o ajudam a vivenciar as sensações sem julgar se elas são positivas ou não, apenas experimentando-as sem fazer opções no momento. Até mesmo o ato de retardar a decisão de usar deve ser reforçado. O terapeuta pode fazer a analogia da onda: quando ela nos atinge, temos a sensação de que sua força vai nos engolir, mas, conforme olhamos para a praia, vemos que ela vai se tornando cada vez menor e mais fraca. O propósito, portanto, não é fazer o paciente deixar de sentir a fissura, mas que ele aprenda a experimentá-la de forma o menos desprazerosa possível, não tendo a recaída como consequência. Um formulário pode ser entregue ao paciente como resumo da sessão e como um lembrete que pode ser utilizado nas situações em que o desejo for intenso (Anexo 20.7). Deve ser preenchido durante a sessão ou ser entregue na sessão e preenchido no intervalo dos encontros, como tarefa de casa.

### *Tarefas de casa*

- Pedir que o paciente preencha um diário de automonitoramento de ocorrência de fissura, incluindo, além de dados como data, contexto, pensamentos e sentimentos, a coluna “como eu lidei”.
- Em uma situação real entre as sessões no qual surja fissura, exercitar uma das técnicas explicitadas durante a sessão.
- Se forem praticados exercícios de relaxamento (Anexo 20.8), o terapeuta deve orientar o paciente para que os faça ao menos uma vez por dia, começando em momentos em que esteja relaxado e passando para situações nas quais haja fissura.
- Para imagens ou pensamentos negativos e positivos sobre usar ou não usar, pedir que o paciente faça cartões de lembrete e mantenha-os sempre ao alcance ao longo do tratamento. Escrever tantos lembretes quanto possível no cartão.

## **TEMA: COMO RECUPERAR-SE DE UM LAPSO**

A ocorrência de um lapso é definida por Marlatt e Gordon<sup>14</sup> como um uso episódico que pode levar a uma recaída caso o paciente não consiga recuperar-se. A autoeficácia é vista por muitos autores como importante e mantenedora da abstinência, pois estudos



mostram que o lapso está mais propenso a acontecer quando a autoeficácia é baixa; porém, até a mais alta das autoeficácias tende a cair quando o lapso acontece.<sup>24,25</sup> A autoeficácia é definida como as crenças das pessoas sobre suas capacidades para produzir determinados comportamentos cujo desempenho exerce influência sobre os eventos que afetam a vida. A forma como a autoeficácia é percebida determina como as pessoas sentem, pensam, motivam-se e comportam-se. Essas crenças produzem efeitos por meio de processos cognitivos, afetivos e motivacionais.<sup>26</sup> Na prevenção de recaída, a autoeficácia pode ser definida como a crença do indivíduo de que tem capacidade suficiente para enfrentar situações de risco de forma eficaz, não recaindo.

Os lapsos podem ativar algumas crenças disfuncionais do paciente, por exemplo: “Sou um fracasso, não tenho mais jeito e não vou conseguir me recuperar mesmo”. É importante que o indivíduo não catastrofize o lapso e que este seja visto como uma oportunidade de aprendizagem para que, em uma próxima situação, a conduta adotada seja mais adequada.<sup>19</sup> Alguns pacientes acreditam, erroneamente, que, uma vez tendo voltado a beber ou usar substâncias ilícitas (lapso), não conseguirão mais refrear seu consumo, ou que, mesmo que estejam cometendo um pequeno deslize, isso não os levará à recaída. Os dois tipos de pensamentos, ambos disfuncionais em muitos casos, dificultam que o paciente aprenda com o lapso e retorne mais fortalecido ao tratamento. O registro dos lapsos, incluindo quando, com quem, o que precedeu e qual a consequência do uso, bem como quais os pensamentos no momento que antecedeu o consumo, tem como objetivo evidenciar qual o “caminho da recaída”.

Os objetivos da sessão incluem:

- Fazer o paciente diferenciar os termos “lapso” e “recaída” dentro do modelo da prevenção de recaída;
- Trabalhar mitos e verdades sobre a recaída, corrigindo o pensamento catastrófico em relação a lapsos e fracasso do tratamento;
- Desenvolver habilidades para recuperar-se de um lapso, impedindo que o evento tenha a recaída como consequência única.

Essa sessão, embora esteja entre os temas centrais de um tratamento para a dependência química, pode não se aplicar em um caso no qual não haja recaídas. No entanto, o tema deve ser abordado em uma sessão de prevenção de recaída mais geral. O paciente deve ter bem claro o quanto se considera seguro para fazer opções comportamentais visando a manutenção da abstinência.

## **Estrutura da sessão (segunda parte)**

O terapeuta inicia a segunda parte da sessão retomando os conceitos de lapso e recaída discutidos nas sessões de prevenção de recaída e reforça com o paciente os mitos e as verdades sobre a recaída, destacados a seguir:<sup>14</sup>

**Mito:** A recaída faz parte do tratamento.

**Verdade:** A recaída faz parte do processo de construção da abstinência, da mudança de comportamento (do uso para o não uso de substâncias), de conscientização da necessidade de interromper o uso, da recuperação das crenças e dos valores que o indivíduo tinha antes de iniciar o uso abusivo e a consequente dependência.

**Mito:** A recaída é uma falha no tratamento.

**Verdade:** A recaída é um erro evitável, podendo ser utilizada para a detecção de estímulos antes desconhecidos.

**Mito:** A recaída ocorre no exato momento em que o paciente usa substâncias.

**Verdade:** O processo da recaída parece começar dias antes do consumo. Mudanças de comportamentos e atitudes e exposições inadvertidas a situações de risco precedem o consumo da substância.

**Mito:** Lapsos e recaídas indicam que o paciente está pouco motivado para o tratamento.

**Verdade:** Mesmo o paciente mais motivado pode apresentar episódios de recaída. O processo de prevenção de recaída e estabilidade do estágio de abstinência pode ser árduo e demorado.

**Mito:** O lapso ou a recaída anulam o que o paciente já havia conquistado no período de abstinência.

**Verdade:** Durante o processo de tratamento, o paciente vai estruturando sua rotina aos poucos, e, quando ocorre a recaída, muitas das modificações são mantidas. A recaída fornece “pistas” que deverão ser utilizadas de forma positiva para preparar o paciente para lidar com essas situações no futuro.

**Mito:** A ausência de lapsos ou recaídas indica que o paciente conseguiu recuperar suas crenças e valores anteriores ao uso de substâncias e fez modificações em seu sistema de crenças relativos à substância.

**Verdade:** Há muitos pacientes que não apresentam episódios de recaída, mas não mudaram sua forma de pensar a respeito da substância (ainda estão vivendo uma experiência de evitação constante) ou não mudaram seu estilo de vida e estão correndo riscos importantes que podem precipitar a recaída a qualquer momento.

**Mito:** A recaída é um acidente (conceito muito bem explicado na frase: “Quando eu percebi, já estava usando...”).

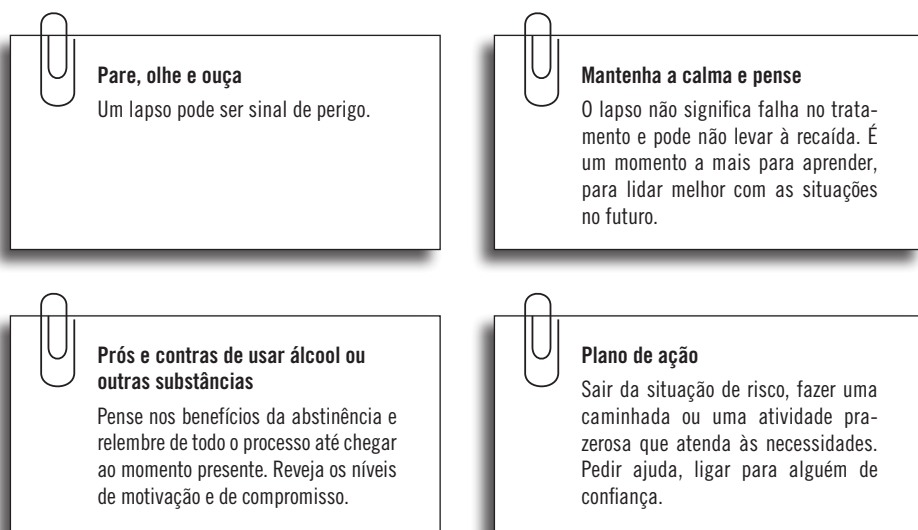
**Verdade:** A recaída é previsível e, portanto, evitável.

O terapeuta pode utilizar uma apresentação em *Power point*, mas é importante que o paciente leve uma versão impressa consigo ao final da sessão. Nesse momento, é importante identificar quais os pensamentos que estão levando ao lapso e quais estão impedindo que o paciente se recupere dele, antes de configurar uma recaída (retorno ao padrão anterior de uso). O profissional deve sempre

ênfatisar a importância do pensamento, da sensação de diminuição da autoeficácia e das expectativas positivas em relação ao uso antes de fazê-lo. Após serem identificados, esses pensamentos devem ser questionados à luz das evidências de realidade, de modo a promover uma reestruturação cognitiva nesse aspecto específico. Se isso não acontecer, um próximo episódio ocorrerá, e a chance do lapso será maior.

### *Tarefas de casa*

- Pedir ao paciente que pense a respeito do tema e que traga, para a próxima sessão, um resumo para ser apresentado sobre o que é lapso, o que o antecede e quais suas possíveis consequências.
- O indivíduo pode escrever quais as estratégias a serem utilizadas no momento do lapso (para não se transformar em recaída) e um plano para lidar com ele. Com quais pessoas entrar em contato, como investigar e questionar o seu pensamento durante a situação.
- Solicitar ao paciente que liste os pensamentos automáticos que poderiam desencadear um lapso (baseados em crenças antecipatórias, orientadas para o alívio ou permissivas) e questioná-los buscando respostas alternativas mais adaptativas.
- O paciente pode fazer cartões-lembrete ou cartões de enfrentamento (Fig. 20.10) e levar na próxima sessão (ver Cap. 17, Técnicas cognitivas).



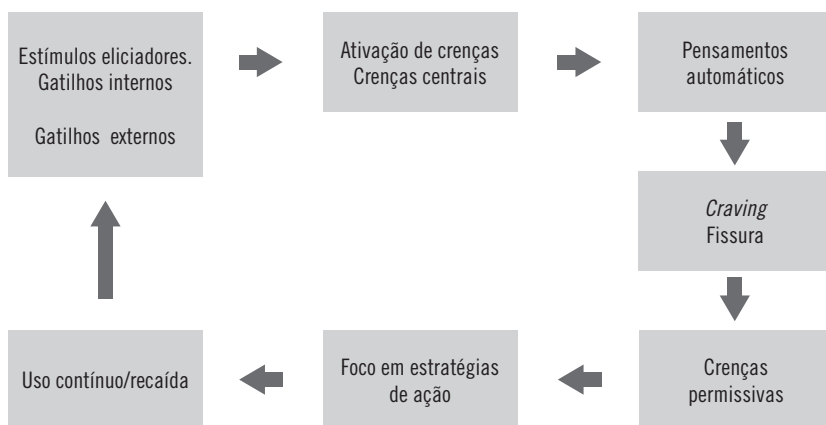
>> **FIGURA 20.10** Cartões de enfrentamento: como evitar um lapso.  
Fonte: Adaptado de National Treatment Agency.<sup>27</sup>

## TEMA: MANEJO DO PENSAMENTO SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Pensamentos relacionados ao consumo de álcool ou outras substâncias aparecem com certa frequência em indivíduos que já fizeram uma mudança de comportamento e não são indicativos de falta de motivação para a manutenção da abstinência; porém, se não forem manejados com habilidade, podem constituir-se em situações de risco para um lapso. A ocorrência ou não do lapso dependerá da forma como se lida com o pensamento. Segundo Beck e colaboradores,<sup>19</sup> os pensamentos automáticos sobre usar qualquer substância psicoativa são eliciados a partir da ativação das crenças centrais e das crenças sobre tais substâncias, decorrentes da exposição do indivíduo a um determinado estímulo (interno ou externo). A ocorrência do pensamento elicia a vontade do uso (fissura), que, em muitos casos, resulta em consumo (Fig. 20.11). Em alguns pacientes nos quais a motivação para a mudança é grande, haverá a presença de conflito (ambivalência), que, dependendo da forma como for resolvida, incorrerá ou não no lapso ou na recaída propriamente dita.

As seguintes situações podem ser gatilhos para pensamentos de uso:<sup>28,29</sup>

- Busca de alívio – sentimentos internos negativos, sensação de desconforto, necessidade de livrar-se dos problemas;
- Necessidade de relaxamento – satisfação rápida, busca da sensação de estar relaxado sem ter de fazer algo para isso;
- Socialização – excesso de timidez em situações sociais nas quais o álcool ou outras substâncias podem ser vistos como um “lubrificante social”;



>> **FIGURA 20.11** Modelo cognitivo do uso de substâncias.  
Fonte: Beck e colaboradores.<sup>19</sup>

- Melhora da autoimagem – sentimentos de baixa autoestima, pensamentos de que é inferior e rejeitado pelo grupo;
- Expectativa de relações afetivas – necessidade de alimentar uma fantasia de relações conjugais, ansiedade por emoções de prazer;
- Desistindo de tudo – pensamentos catastróficos de que não vai conseguir sair da situação, de que não conseguirá parar de beber ou usar outra substância e de que sua situação não tem mais jeito, bem como sentimento de impotência;
- Teste de controle pessoal – excesso de confiança após um período de abstinência ou curiosidade em expor-se a situações sem correr o risco de recair no uso.

Os objetivos da sessão incluem:

- Auxiliar o paciente a identificar quais são os pensamentos disfuncionais a respeito do uso de álcool e outras substâncias;
- Reforçar a relação entre pensamento e comportamento;
- Reforçar o conceito de questionamento do pensamento e treinar a técnica do questionamento socrático ou descoberta orientada (ver Cap. 17, Técnicas cognitivas);
- Auxiliar na construção de crenças de controle (que mantêm a abstinência) em oposição a crenças permissivas (que levam à recaída).

A introdução desse tema é fundamental se o terapeuta percebe, durante as sessões de tratamento, que o paciente com frequência traz observações de que poderia beber socialmente (apesar de atender critérios para o diagnóstico de dependência), desqualifica os prejuízos que teve com a dependência ou revela grande ambivalência em relação ao comportamento de uso. O tema pode ser abordado com o paciente após a sessão sobre como recuperar-se de um lapso, pois são conteúdos complementares.

## Estrutura da sessão (segunda parte)

A abordagem do tema deve ser iniciada com a retomada da sessão informativa sobre o modelo cognitivo, lembrando o conceito sobre o modelo cognitivo do uso de substâncias (ver Fig. 20.11). Apresentar ao paciente a relação de situações que, em geral, desencadeiam pensamentos relativos ao uso de substâncias; perguntar a ele quais pensamentos são desencadeados por tais situações (ou por algumas delas) e pedir que os registre no formulário da Figura 20.12, indicando quais os possíveis comportamentos decorrentes desses pensamentos.

O terapeuta deve reforçar a prática da técnica do questionamento do pensamento, evidenciando que, quanto mais funcional for o pensamento, maiores serão a estabilidade do humor e a chance de comportamentos não geradores de prejuízo (ver Fig. 20.13).

Situação	Pensamento	Emoção	Comportamento

>> **FIGURA 20.12** Registro de pensamentos sobre o consumo de álcool e outras substâncias.  
Fonte: Adaptada de Beck.<sup>7</sup>

Situação	Pensamento	Emoção	Resposta adaptativa	Resultado (emoção)

>> **FIGURA 20.13** Registro de pensamentos sobre o consumo de álcool e outras substâncias.  
Fonte: Adaptada de Beck.<sup>7</sup>

Utilizando o esquema do modelo cognitivo de Beck, o terapeuta solicita ao paciente que indique quais as crenças facilitadoras do uso (“Posso usar só um pouquinho, depois eu paro”, “Só me sentirei bem se beber um pouquinho”); depois, questiona com ele a validade dessas crenças segundo sua experiência anterior (evidências de realidade, i.e., quantas vezes ele tentou usar só um pouquinho e depois parou?), e, a partir daí, quais seriam as crenças de controle mais funcionais (“Se eu começar a beber, terei muita dificuldade em parar”, “Se eu começar a usar cocaína, tenho grandes chances de usar compulsivamente”).

Após esse exercício, apresentar ao paciente outras técnicas de manejo, além do desafio de pensamentos:

- Recordar-se dos benefícios da abstinência em todos os aspectos da vida (saúde física e mental, vida familiar, profissional e acadêmica, lazer e vida emocional) é um recurso que auxilia no questionamento do pensamento. Da mesma forma, pode-se fazer uma lista dos prejuízos relacionados ao uso, que pode ser utilizada para desfazer as armadilhas que o pensamento disfuncional provoca.
- Distrair-se, isto é, pensar em coisas agradáveis, como planos para o futuro e ações necessárias para concretizá-los são formas produtivas de manejar o pensamento disfuncional.
- Conversar com alguém sobre o pensamento com vistas a aumentar a lista de argumentações mentais para o auxílio do questionamento. O paciente

pode perguntar para a pessoa o que ela acha dos pensamentos. Pessoas indicadas: padrinho dos Alcoólicos Anônimos (AA) ou dos Narcóticos Anônimos (NA), amigo que está abstinente ou que tem acompanhado o processo de abstinência, familiar que faz parte da rede de suporte (treinado para essa atividade) ou mesmo o próprio terapeuta.

### *Tarefas de casa*

- Pedir ao paciente que pratique o registro de pensamentos relacionados ao uso de álcool e/ou outras substâncias durante a semana.
- Praticar, a partir do registro, o questionamento de quanto esses pensamentos estão baseados na realidade e qual o risco de assumi-los como verdade sem questioná-los.
- Solicitar ao paciente que exercite uma das estratégias apresentadas (distracção, conversa com pessoa de referência, etc.) e indique, com uma nota de 0 a 10, o quanto sente de autoeficácia em relação ao manejo do pensamento.

## **TEMA: O DESENVOLVIMENTO DO COMPORTAMENTO ASSERTIVO – APRENDENDO A DIZER “NÃO” E A RECUSAR ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS**

A assertividade, já descrita como uma característica da personalidade, hoje é vista como uma habilidade passível de aprendizagem. É praticada sempre que um indivíduo defende seus direitos, respeitando os direitos de outrem e reconhecendo que tem o direito de decidir em determinada situação, não sendo obrigado a fazer o que é pedido por outras pessoas.<sup>29</sup> Descrita também por alguns autores como um comportamento socialmente habilidoso, a assertividade permite que o indivíduo expresse sentimentos, desejos e opiniões de forma adequada a um contexto em que está inserido, resolvendo problemas imediatos e minimizando a ocorrência desses problemas no futuro, alcançando os objetivos estabelecidos, mantendo as relações interpessoais e melhorando a autoestima.<sup>30</sup>

Praticam-se outros estilos de resposta além da assertividade. No comportamento passivo, o indivíduo não defende seus direitos, e tem-se a impressão de que é a vontade do outro que prevalece. Os conflitos são evitados, mas a um custo muito alto. Já no comportamento agressivo, ocorre o contrário: o objetivo é alcançado de uma forma na qual o conflito impera e as relações interpessoais são deterioradas. O estilo de comportamento irônico ou passivo-agressivo revela um indivíduo que nunca expõe aquilo que realmente pensa, podendo mostrar-se passivo diante de uma determinada situação e, mais tarde, revelar sua agressividade. Agindo assim, na maioria das vezes, essas pessoas não são compreendidas e provocam sentimentos de raiva nos demais, sentindo-se, em função desse contexto, vitimizadas e frustradas.<sup>29</sup>

A assertividade nem sempre surge de maneira natural, pois algumas pessoas acreditam que não têm o direito de defender-se, além de sentirem medo ou ansiedade quando pensam em comportar-se de maneira a enfrentar confrontos; muitas vezes, elas simplesmente creem que não têm essa habilidade desenvolvida. Isso explica o porquê de um programa completo de treino em assertividade incluir um processo de reestruturação cognitiva.<sup>30</sup>

Pesquisas que estudaram a relação causal entre dependência química e assertividade mostraram que tal relação não é clara.<sup>30</sup> No entanto, parece mais evidente que, diante de uma situação de risco, a falta dessas habilidades aumenta a chance da recaída.<sup>14</sup>

Os objetivos da sessão incluem:

- Desenvolver a habilidade da assertividade, aumentando a consciência do paciente em relação a ela (como e quando usá-la).
- Preparar o paciente para ter a habilidade de recusar álcool ou outras substâncias, lidando com a consequência dessa recusa de forma funcional.
- Desenvolver estratégias para interromper o contato com antigos fornecedores, amigos que usam ou grupos de risco para a recaída.

Essa sessão, além de ter como tema central a construção da habilidade de assertividade, já introduzirá o tema da mudança de estilo de vida, um dos próximos assuntos a serem abordados. Serão focados o treino da assertividade e de como recusar substâncias quando oferecidas ou de contato com pessoas que usam, já sinalizando que esse segundo assunto retornará quando for abordada a construção de uma nova rede de suporte social.

## Estrutura da sessão (segunda parte)

Iniciar a apresentação do tema sobre assertividade com a explanação dos vários tipos de resposta, dando exemplos sobre cada um deles, não precisando ser relacionados à dependência química. Usar uma apresentação feita em computador ou uma apostila impressa; como recurso extra, usar vídeos sobre comunicação ou trechos de filmes. Ao terminar, pedir ao paciente que indique qual o estilo de resposta mais praticado por ele em seu cotidiano e quais as suas dificuldades com a prática da assertividade. Algumas perguntas que podem ajudar no aumento da consciência do paciente sobre o estilo de resposta adotado e das suas consequências são os seguintes:

- Você consegue dizer o que pensa sempre que precisa?
- Em geral, em que tipo de situações você tem mais dificuldades para se expressar? Em quais situações você tem maior facilidade?
- Quando você consegue dizer o que pensa, como se sente depois?



- Quais são os obstáculos que você nota para sua assertividade?
- Você se sente receoso quando diz o que pensa?
- Quando você não consegue ser assertivo, que tipo de prejuízos você tem?
- Há pessoas, em especial, que dificultam sua assertividade? Pessoas para quem você não consiga dizer o que sente, que não consiga dizer “não”?

É preciso que o terapeuta esteja ciente da conceituação cognitiva do caso em questão, pois as crenças do paciente em relação a si próprio e a outrem estão relacionadas a seu estilo de resposta. Utilizar o formulário (Anexo 20.9) para discutir o quanto algumas crenças irracionais podem interferir no desenvolvimento do comportamento assertivo. Pode-se usar esse formulário dando-o ao paciente com a parte dos direitos legítimos em branco; ele o preenche, e, depois, é oferecido um impresso completo para ampliar a discussão.

A partir da discussão, treinar com o paciente como adotar um comportamento mais assertivo nas suas relações diárias. Há várias técnicas para o desenvolvimento e treino da assertividade na teoria da comunicação não violenta: observação, sentimento, necessidade e pedido; na técnica DESC, os passos são descrever, expressar, especificar e consequências (analisar). O terapeuta deve utilizar a que mais dominar. Oferecer relatos de situações para treino durante a sessão, usando a técnica de *role-play* (Anexo 20.10):

- “O limite do meu cartão de crédito estourou, você poderia me emprestar o seu?” (Amigo do trabalho que já está em débito com você.)
- “Preciso alugar um imóvel e não consigo um fiador. Por favor, vamos à imobiliária para assinar o contrato de locação?” (Amigo do vizinho que você nem conhece muito bem.)
- “Você pode me emprestar R\$ 1.000,00 para comprar um vestido novo para uma festa amanhã à noite?” (Uma antiga amiga que está sempre envolvida em dívidas, embora não deva nada a você.)
- “E aí... Vamos dar um rolezinho? (Amigo do tempo de uso, ao celular.)
- “O senhor prefere cerveja ou *whisky*?” (Garçom em uma festa servindo bebidas.)

Investigar com o paciente como foram os sentimentos ao dizer “não” e o quanto foi assertivo ao deixar claro que parou de beber ou de usar outras substâncias. Deve-se explorar o quanto ele está ambivalente, deixando claro que, quanto mais ambivalência em relação à mudança do comportamento, maior a dificuldade em ser assertivo. Se o tempo permitir, ou mesmo em outra sessão que dê continuidade a esse tema central, podem ser treinadas as asserções positiva e negativa. As habilidades bem treinadas e praticadas de fazer e receber elogios, assim como fazer e receber críticas, auxiliam o paciente na manutenção da mudança. Sessões estruturadas com esses temas como foco central estão descritas integralmente, na obra de Monti e colaboradores.<sup>29</sup>

- Pedir ao paciente que treine fazer pedidos (razoáveis) durante a semana, investigar como ele se sentiu e quais foram as consequências do seu ato (pedir que anote em um impresso – diário).
- Solicitar ao paciente que pratique como dizer “não” em situações que precise fazer recusas e que envolvam pessoas com quem ele não tem intimidade.
- Se sentir que o assunto não foi explorado o suficiente e que esse é um tema importante, o terapeuta deve pedir ao paciente que preencha o questionário da assertividade e o traga na próxima sessão, em que o tema pode ser mais aprofundado (Anexo 20.11).

## TEMA: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS/CONFLITOS/TOMADAS DE DECISÃO

Um problema pode ser definido como qualquer circunstância da vida (no momento presente ou futuro) que exige uma resposta de funcionamento eficaz aparentemente indisponível ou inacessível em função da presença de um ou mais obstáculos – novidade, ambiguidade, conflitos, entre outros. O problema pode limitar-se a uma ocorrência específica ou a várias ocorrências relacionadas entre si ou, ainda, a uma situação crônica. Em síntese, o problema não é, isoladamente, uma característica nem da pessoa nem do ambiente, e sim uma relação discrepante entre a pessoa e o ambiente onde existe um desequilíbrio entre a demanda de um e as estratégias de enfrentamento de outro. Dessa forma, o nível de dificuldade do problema pode mudar ao longo do tempo, dependendo das mudanças no ambiente ou no indivíduo.<sup>31</sup>

Estudos nessa área têm evidenciado uma relação entre déficits nas habilidades de resolução de problemas, uso de substâncias<sup>32</sup> e jogo patológico.<sup>33</sup> As dificuldades apresentadas evidenciam-se na resolução de problemas propriamente dita (não pensar nas situações, não avaliar alternativas) e em comportamentos de evitação de confronto com problemas. O comportamento impulsivo mostra-se também como um impeditivo para a ação equilibrada de resolução de problemas de forma eficaz. Um estudo realizado com pacientes dependentes de álcool, com acompanhamento de seis meses e treino na habilidade de resolução de problemas, mostrou que quanto mais habilidades para a reflexão em torno das questões apresentadas e para a evitação de situações-problema, maiores as chances da manutenção de estados de abstinência.<sup>34</sup>

Estratégias focadas no aumento da autoeficácia têm sido apontadas como preditoras de desfechos positivos no tratamento da dependência de substâncias,<sup>35</sup> e habilidades de resolução de problemas contribuem para a construção e desenvolvimento dessa habilidade. Pacientes dependentes químicos, muitas vezes, têm a percepção de que os problemas apresentados são insolúveis, visto que seu reper-

tório de ação ficou reduzido em função do uso de substâncias e do estilo de vida adotado, gerador de problemas socioeconômicos e legais.

É imperativo que a estratégia para resolução de problemas inclua os seguintes passos: definição do problema, busca de alternativas de solução, identificação dos obstáculos para implementação da ação (e seu encaminhamento) e teste da alternativa mais viável. A atitude positiva diante do problema, a distinção entre sintoma e problema e a previsão das consequências de cada alternativa escolhida são passos complementares (ver Anexo 20.12).<sup>31</sup>

Os objetivos da sessão<sup>1</sup> incluem:

- Auxiliar o paciente a identificar as áreas problemáticas em sua vida e como ele pode lidar com elas;
- Aumentar o nível de consciência quanto ao processo de resolução de problemas, desenvolvendo com o paciente uma formulação para tal;
- Ajudar o indivíduo a descobrir como trabalhar de forma sistemática com a resolução de problemas;
- Auxiliá-lo a identificar os tipos de problemas que poderão surgir no futuro e quais as possíveis respostas alternativas de solução.

É importante frisar que muitos pacientes não se envolvem com o desenvolvimento e o treino dessa habilidade por parecer lógica demais e dar a impressão de que todos têm essa capacidade naturalmente desenvolvida. A apresentação de dilemas para a tomada de decisão e para problemas a serem resolvidos evidenciará o quanto é necessária a aplicação sistemática da técnica de resolução de problemas.

## **Estrutura da sessão (segunda parte)**

Iniciar a apresentação do tema procurando fazer uma ponte com algum item da tarefa de casa, ou mesmo alguma questão que o paciente tenha trazido na primeira parte da sessão. O terapeuta deve trabalhar com essa questão para treinar a habilidade de resolução de problemas, bem como apresentar os passos para a resolução de problemas, pedindo que o paciente, ao final da explanação, apresente uma dificuldade, que pode ser aquela que o profissional comentou no início, ou alguma outra que o paciente ache mais urgente ou mais fácil de ser abordada, para que a técnica seja praticada. Caso o paciente tenha dificuldade em encontrar uma questão que queira trazer para a discussão, o terapeuta deve ter um ou dois dilemas impressos (histórias fictícias) que serão utilizados para o treino da técnica.

Se a resistência do paciente em falar e praticar a resolução dos seus problemas foi vencida, deve-se sugerir que ele traga um problema para ser resolvido. Após o treino, trabalhar a questão de quais problemas podem surgir no futuro com a entrada no processo de abstinência, com o manejo de situações ligadas à presença de comorbidades (p. ex., se o paciente tem transtorno de ansiedade e

usava maconha ou álcool e agora está abstinente) ou com o início de um novo estilo de vida.

O terapeuta deve apresentar ao paciente um ou dois dilemas morais para o treino de resolução de conflitos, objetivando o desenvolvimento da técnica de modo que a escolha entre dois caminhos não resulte em uma perda (resolução de conflitos do tipo perde-perde ou perde-ganha), assumindo-se a consequência seja qual for a escolha, e que a flexibilidade cognitiva seja aumentada, de forma que, diante de uma situação de crise, várias possibilidades de solução sejam visualizadas (Anexo 20.13).

### *Tarefas de casa*

- Pedir ao paciente que monitore quais problemas foram encontrados a cada dia da semana entre as consultas e como foram resolvidos. Ele pode usar um diário para o registro de problemas (data, situação-problema, *status* – resolvido sim/não – consequências). Treinar com o paciente o uso do diário antes do final da sessão.
- Solicitar ao paciente que coloque em prática os passos para a resolução de problemas, escolhendo um problema e anotando quais foram os passos.
- Ao praticar a técnica de resolução de problemas, identificar quais as etapas do processo são mais difíceis de vencer e trazer para a próxima sessão.

## **TEMA: MODIFICANDO O ESTILO DE VIDA**

Segundo Marlatt e Gordon,<sup>14</sup> a mudança do estilo de vida é um dos pilares do modelo de prevenção de recaída e, associada à conscientização do problema da dependência e ao treinamento e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento de situações de risco, garante maior sucesso na manutenção da mudança. O nível de satisfação com o estilo de vida (qualidade de vida) adotado é um forte preditor da abstinência em pacientes com dependência de álcool e/ou outras substâncias.<sup>36</sup>

Indivíduos dependentes químicos acabam por desenvolver um estilo de vida no qual a presença de substâncias, de outros usuários e de comportamentos de risco são elementos constantes e de relevante importância. A situação foi assim configurada porque o uso leva ao investimento de tempo na obtenção da substância, ao envolvimento com outros usuários que, ao validarem o comportamento de uso de álcool ou outras substâncias, minimizam os conflitos internos do indivíduo, resolvendo uma possível ambivalência. Esses vínculos são considerados importantes pelo dependente, e o desligamento dessa rede social pode ser difícil.

A interrupção do uso de substâncias levará o indivíduo a um estilo de vida que, apesar dos benefícios trazidos pela abstinência e, na maioria das vezes, identificados pelo paciente, causará um conflito com uma realidade que ele talvez se sinta pouco apto para manejar. A avaliação do estilo de vida indica até onde as atividades diárias

do paciente contêm um padrão suficiente de estratégias de enfrentamento para equilibrar ou evitar o impacto dos vários estressores de vida.

Os objetivos da sessão incluem:

- Auxiliar o paciente a identificar, no seu estilo de vida, aspectos potencialmente contraproducentes em relação aos ganhos com a abstinência;
- Desenvolver com ele um plano para construir um estilo de vida no qual a substância psicoativa não esteja presente;
- Construir uma rede de suporte social que seja coerente com o novo estilo de vida adotado.

O assunto central relativo a esse tema já deve ter sido abordado ao longo das sessões de tratamento, sobretudo quando o foco foi a prevenção de recaída. No entanto, considerando a dificuldade da mudança e adaptação a um novo estilo de vida, uma sessão voltada para esse tema pode ser muito necessária, inclusive como introdução ao próximo tema, que abordará o manejo da angústia e o aumento das atividades prazerosas. Outros desdobramentos do tema – reconstrução da vida acadêmica ou profissional, busca de emprego, escolha vocacional – podem ser conteúdos para outras sessões do tratamento.

É preciso reforçar que é fundamental estar ciente de que as intervenções em prevenção de recaída são realizadas durante todo o tratamento. Os pacientes com fortes sintomas de abstinência, dificuldades cognitivas, habilidades de enfrentamento frágeis e falta de suporte social exigem mais atenção e um tempo maior dedicado ao desenvolvimento de autoeficácia. Indivíduos que apresentam sinais de falta de comprometimento com o tratamento, quebra da rotina saudável estruturada, tomadas de decisão com impulsividade, tendência ao isolamento, dificuldade para acessar conteúdos conflituosos, sinais de labilidade afetiva ou hipersensibilidade<sup>37</sup> exigem atenção e cuidados especiais.

## **Estrutura da sessão (segunda parte)**

O terapeuta deve iniciar a explanação do tema discutindo o quão importante é a adoção de um novo estilo de vida, livre de substâncias, em que o prazer e a satisfação podem estar presentes sem que seja necessário o uso de substâncias, investigar com o paciente o que ele pensa sobre isso e quais são suas crenças a respeito e discutir a relevância desse tópico dentro do tratamento e como isso é visto pelo sujeito. Pede-se ao paciente que dê uma nota de 0 a 10 ao seu estilo de vida atual.

Um aspecto que pode ser abordado nesse momento diz respeito às fontes de prazer antes do uso de substâncias. A palavra “recuperação”, do ponto de vista gramatical, exige um complemento. Quem recupera, sempre recupera algo. O que, quais crenças, valores e consequentes comportamentos poderiam ser recuperados

pelo paciente? Como recuperar o antigo estilo de vida, em que a bebida ou outra substância não estavam presentes? Que pessoas podem ajudar na manutenção desse novo estilo? Como a família ou quais familiares podem ser incluídos nesse plano? A quem recorrer quando, na família, há usuários? Quais os riscos, em função da presença de uma comorbidade (depressão, ansiedade), na construção de um estilo equilibrado de vida?

Introduzir o formulário “Áreas da vida” e pedir ao paciente que preencha, em cada área, qual o nível de satisfação (Fig. 20.13). O terapeuta deve explicar a ele o que cada uma dessas áreas compreende, de maneira geral, a fim de que o paciente possa fazer uma avaliação mais realista. Questionar, após a explicação, se há dúvidas; caso haja, é preciso esclarecê-las antes de iniciar o exercício.

Discutir os dados obtidos, investigando qual foi o critério utilizado para a avaliação. O terapeuta deve ficar atento aos comentários realizados, sobretudo àqueles que relacionam os ganhos com a abstinência ou as perdas após a mudança do comportamento de consumir álcool ou outras substâncias. Verificar as áreas em que há necessidade de mudança e pedir ao paciente que faça um plano de mudança para que o nível de satisfação nessas áreas aumente. Deve-se estar atento para os casos em que mesmo as mudanças da percepção e do comportamento do paciente não alterarão o quadro de maneira significativa. Trabalhar esse assunto quando o tema for planejamento para emergências e para problemas persistentes.

Para uma avaliação mais concreta de quais habilidades estão presentes no repertório do paciente e quais precisam ser desenvolvidas, deve-se aplicar a Escala de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Anexo 20.14). A escala é utilizada

ÁREA DA VIDA	NÍVEL OU NOTA DE SATISFAÇÃO
Emocional	
Intelectual	
Física	
Familiar (relacionamentos)	
Afetiva (relacionamentos íntimos)	
Profissional	
Acadêmica	
Financeira	
Social/lazer	

>> **FIGURA 20.14** Áreas da vida.

para identificar quais habilidades têm sido utilizadas e quais poderiam ser utilizadas e ainda não estão sendo. Também é importante ampliar a discussão com o paciente exemplificando como as habilidades de enfrentamento podem auxiliar no alcance de um estilo de vida mais prazeroso. O terapeuta pode utilizar os registros de prontuário para lembrar o paciente de situações em que ele usou a estratégia e obteve resultados positivos, caso ele não consiga identificar tais situações.

### *Tarefas de casa*

- Pedir ao paciente que faça um diário considerando os benefícios do não uso de substâncias e da mudança de estilo de vida.
- Utilizar um diário de uso (preenchido anteriormente) e substituir o período destinado ao uso de álcool e/ou outras substâncias por atividades atuais sem o consumo.
- Fazer um plano de mudança de estilo de vida: o que precisa mudar, quando, como será feito e quais os obstáculos para a mudança.
- Planejar o preenchimento do tempo com atividades terapêuticas/construtivas que não sejam compatíveis com o estilo de vida anterior, isto é, com o período de uso de álcool/outras substâncias).
- Fazer uma lista das pessoas cujo contato, no momento, contribuiria para a manutenção de um estilo de vida sóbrio e uma daquelas com quem o contato deverá ser restrito ou interrompido (ao lado do nome delas, colocar a estratégia para restrição ou interrupção do contato).

## **TEMA: MANEJO DA ANGÚSTIA E AUMENTO DE ATIVIDADES PRAZEROSAS**

Angústia, sensação de vazio ou sentimento de perda são problemas que, uma vez presentes, representam um considerável desafio para a manutenção da abstinência em pacientes dependentes de álcool/outras substâncias.<sup>38</sup> A abstinência vista como fator positivo, para pacientes com problemas relacionados ao uso de substâncias, pode ser considerada um estado de melhora, e seus desdobramentos exigem atenção especial: o que fazer com um tempo que antes não estava disponível, como lidar com a sensação de vazio e desconforto ou como questionar a percepção de uma vida desinteressante.

A prática de atividades consideradas geradoras de prazer aumenta a chance do surgimento de sentimentos positivos nos indivíduos. A falta dessas atividades gera sentimentos de tédio, solidão e depressão.<sup>29</sup> A percepção de que a vida sofre um desequilíbrio entre os deveres e os desejos pode gerar uma necessidade de gratificação imediata, que colocará o indivíduo diante de uma situação de risco, em que a recaída é o próximo passo.<sup>14</sup> A inatividade também pode ser um fator gerador da sensação

de vazio; essa sensação, por sua vez, estimula a manutenção do estado inativo. A fórmula para experimentar novas sensações inclui quebrar esse círculo vicioso, pois manter-se em atividade previne a recaída, torna o indivíduo menos letárgico, com sono melhor à noite, com sentimentos de possuir mais valor e ser mais produtivo e com maior sensação de autocontrole. A prática de atividades melhora a habilidade de pensar, e os problemas que antes pareciam insolúveis mostram-se sob novas perspectivas. Esse comportamento também tem um efeito reforçador em relação às pessoas que estão à volta do paciente, pois elas o percebem de maneira mais positiva. A ansiedade presente no início tende a desaparecer, ao mesmo tempo em que a sensação de autocontrole tende a aumentar quando se adere a um planejamento.<sup>1</sup>

Os objetivos da sessão incluem:

- Identificar e questionar as crenças de que é necessária estimulação constante para que a vida seja interessante;
- Identificar quais as alternativas existentes para obtenção de prazer e quais as atividades que devem ser desenvolvidas, de modo que não haja desequilíbrio no estilo de vida, favorecendo o aparecimento da angústia e da sensação de vazio;
- Explorar e desenvolver com o paciente a capacidade de tolerar a frustração, a angústia e a sensação de vazio.

Esse é um tema que pode ser de difícil abordagem, visto que a resistência em aceitar a angústia como parte da vida normal ou da necessidade de adotar determinados comportamentos para lidar com esse sentimento pode tornar-se um obstáculo de transposição complicada. Os pacientes tendem a resistir, pois, muitas vezes, apoiam-se em um sistema de crenças disfuncionais em que o prazer está relacionado ao uso de álcool/substâncias, e a angústia é um sentimento que nunca deveria estar presente na vida das pessoas.

## Estrutura da sessão (segunda parte)

Iniciar a exposição do tema com uma breve apresentação psicoeducativa sobre emoções, identificação da emoção básica geradora da angústia e a forma como o pensamento pode gerar essa emoção. Incluir na apresentação técnicas de aceitação e de manejo da angústia (Anexo 20.15).<sup>39</sup> Deixar claro que é fundamental que o paciente se envolva em novas atividades que gerem maior sensação de prazer.

Auxiliar o paciente a identificar e registrar quais os pensamentos geradores de angústia, e, em seguida, ajudá-lo a desafiar esses pensamentos, encontrando respostas alternativas mais funcionais. Logo após o processo de reestruturação cognitiva (lembrando que esse procedimento sempre precederá uma proposta de mudança de comportamento), introduzir um exercício que peça ao paciente para, a partir de um dia típico, fazer um lista de suas atividades diárias. Ele deve atribuir



notas de 0 a 10 a cada atividade. Deve-se estar atento para que as atividades prazerosas sejam consideradas, pois, na depressão, é percebido apenas o lado negativo dos eventos. Reforçar todos os comportamentos geradores de prazer (que não envolveram qualquer uso de substância).

Em um segundo momento, auxiliar o paciente a planejar seu dia com antecedência, incluindo atividades que proporcionaram sensação de prazer e de controle. Ele deve ser informado de que quanto mais estruturado for seu dia (rotina), maior a sensação de controle, e quanto maior a sensação de controle, menor o risco de “afundar”, mesmo diante de decisões menos importantes. Se o dia for dividido em partes manejáveis, será mais fácil estabelecer e cumprir uma rotina. Auxiliar o paciente a manter o esquema proposto inicialmente por ele e para ele. Orientá-lo para que remova distrações, evite ir para a cama, recompense-se por aquilo que foi feito e deu certo, pratique autoencorajamento e tente contrabalançar seu dia entre os deveres e os desejos, buscando um padrão de atividades que se mostre reforçador. Por fim, é preciso auxiliá-lo a identificar quais os possíveis obstáculos para a realização do seu planejamento e como pode contorná-los. Ao final da sessão, entregar ao paciente um formulário-resumo com os passos sobre a construção e o treino dessa habilidade (Anexo 20.16).

### *Tarefas de casa*

- Pedir ao paciente que faça uma relação dos custos e benefícios de aceitar a angústia como parte necessária da vida.
- Fazer um plano para a mudança, focando a necessidade do desenvolvimento de estratégias para o manejo de comportamentos geradores de sensação de vazio e angústia.
- Identificar, registrar e praticar o questionamento dos pensamentos geradores da angústia.
- Praticar um experimento comportamental (Anexo 20.17), incluindo o treino dessa habilidade.

## **TEMA: LIDANDO COM SITUAÇÕES DE CRISE E EMERGÊNCIA**

O desenvolvimento da capacidade de lidar com crises e situações de emergência pode ser feito a partir da habilidade de resolução de problemas. Uma crise pode ser definida como um momento decisivo ou uma situação aflitiva, enquanto a emergência pode ser definida como uma situação que necessita de solução urgente ou crítica que independe das pessoas e faz parte da vida normal. No entanto, em alguns casos, a crise ou a emergência é prevista, em função dos eventos vivenciados pelo indivíduo.

Situações de crise, eventos e mudanças na rotina, tanto positivos quanto negativos, podem colocar em risco a sensação de autoeficácia e até mesmo conduzir

o paciente para os caminhos da recaída. O preparo e o treino no enfrentamento dessas situações são de extrema importância. Eventos negativos, tais como morte, separações sociais, problemas de saúde, perda de emprego, mudança de *status* social e/ou financeiro, constituem-se situações de crise, assim como eventos positivos – promoção no emprego, casamento, formatura, entre outros. Eventos significativos de vida de pessoas próximas também podem colocar em risco a abstinência de pacientes com dependência química.<sup>29</sup> Ter um plano pronto para ação em casos de emergência pode ser muito mais seguro e confortável do que preparar-se diante de uma situação que exige rapidez de decisão e na qual as emoções podem estar afloradas.<sup>20</sup>

Os objetivos da sessão incluem:

- Antecipar-se a situações de risco futuras;
- Desenvolver um plano pessoal de ação para lidar com essas situações no futuro.

## Estrutura da sessão (segunda parte)

Após a primeira parte da sessão, o terapeuta pode iniciar o tema solicitando ao paciente que cite duas ou três situações recentes que tenha julgado estressantes. É importante saber como o paciente lidou com cada um desses eventos e quais foram os resultados. Anotar em um formulário apropriado qual foi a situação, como foi desencadeada, como o paciente a manejou e quais foram as consequências. Fazer uma exposição breve do quanto o estresse está ligado à vulnerabilidade, pois, em decorrência disso, a chance de retornar aos antigos comportamentos aumenta. A percepção e a interpretação errôneas das situações, gerando forte estresse para o indivíduo, conduzirão a comportamentos disfuncionais, e um deles, em pacientes dependentes, pode ser o retorno ao comportamento de uso. Pode ser uma importante oportunidade para rever as decisões tomadas que ocasionaram as últimas recaídas e como poderiam ter sido evitadas.

Evidenciar as principais ações que podem ser tomadas: ter números de telefone de pessoas que possam oferecer auxílio efetivo em situações difíceis ou de emergência; ter uma lista de lugares seguros onde se possa ir nesses momentos e onde os gatilhos não estejam presentes; e, por fim, ter uma lista de atividades planejadas para realizar nesses momentos. Técnicas cognitivas que facilitam o manejo dos pensamentos disfuncionais e auxiliam na balança decisória (análise das vantagens e desvantagens do uso) serão muito úteis.

Desenvolver com o paciente um planejamento geral para lidar com emergências e um planejamento para casos específicos. Utilizar o formulário apropriado (Anexo 20.18), preenchendo e entregando ao indivíduo para que ele o leve ao final da sessão.

### *Tarefas de casa*

- Pensar em uma situação de crise já vivida (perda de emprego, morte de familiar próximo, brigas sérias em casa) e escrever um plano de ação de acordo com o formulário.
- Fazer uma lista de pessoas que podem ajudar e de que forma. Trazer os contatos na próxima sessão.
- Elencar as situações positivas (promoção no emprego, tranquilidade em casa, autoconfiança) que podem predispor a recaída e quais os pensamentos normalmente associados a essas situações.

## **TEMA: TERMINANDO O TRATAMENTO E MANTENDO A ESTABILIDADE**

O término do tratamento constitui-se no momento de revisão dos planos e metas definidos e do progresso obtido em relação ao que foi estabelecido. É importante que o paciente esteja preparado para: reconhecer padrões de pensamento e questioná-los, encontrando respostas alternativas mais adaptativas; monitorar o pensamento, estabelecendo claramente a relação com as emoções, os comportamentos e as reações fisiológicas; e exercitar as habilidades necessárias (sociais e de enfrentamento) para o manejo adequado das situações que envolvem (pouco ou muito) o risco de recaída. As habilidades treinadas e consolidadas aumentarão a autoeficácia do paciente, que estará mais protegido diante de situações de risco quando o processo de terapia estiver sendo encerrado (atendimento ambulatorial).

Os objetivos da sessão incluem:

- Verificar se as metas estabelecidas para o tratamento foram alcançadas;
- Identificar quais as necessidades do paciente no momento e qual encaminhamento será feito;
- Oferecer *feedback* sobre o progresso do paciente na terapia (por parte do terapeuta);
- Receber *feedback* sobre o tratamento oferecido (da parte do paciente).

Esse é um momento importante do processo terapêutico que deve ser decidido com o paciente passo a passo. O terapeuta deve estar ciente de que atende em um serviço no qual o protocolo é de um número exato de sessões. Seja quem for o paciente, ele deve ser avisado do término do tratamento com bastante antecedência, a fim de que sejam feitos os encaminhamentos necessários, seja no futuro, para outro serviço de atendimento, seja no momento, para que as demandas no tratamento ainda corrente sejam atendidas.

## Estrutura da sessão (segunda parte)<sup>1</sup>

A segunda parte da sessão deve ocupar-se de rever com o paciente se as metas propostas no início e durante o tratamento foram atingidas, e, se não foram, qual o encaminhamento proposto. Ao longo do tratamento, o terapeuta ocupou-se de trabalhar com o paciente para que este conseguisse:

1. Desenvolver a habilidade de automotivação para a manutenção da mudança do comportamento de usar álcool e/ou outras substâncias;
2. Identificar situações de alto risco para a recaída, pensamentos e emoções relativos a essas situações e gatilhos eliciadores da fissura;
3. Desenvolver estratégias de evitação de situações de alto risco;
4. Treinar habilidades para manejar a fissura, assim como pensamentos e emoções decorrentes dela, sem o uso de álcool e/ou outras substâncias;
5. Desenvolver habilidades para recuperar-se de um lapso ou mesmo de uma recaída, retomando o programa de tratamento;
6. Construir habilidades para reconhecer e modificar pensamentos inúteis ou disfuncionais acerca do abuso de álcool e/ou outras substâncias;
7. Desenvolver um plano de emergências para lidar com situações de alto risco quando outras habilidades não funcionam;
8. Construir relações saudáveis, adotar um estilo de vida equilibrado entre as atividades que fazem parte da vida como obrigações pessoais e sociais e as atividades prazerosas.

O terapeuta deve conversar com o paciente sobre cada um desses tópicos e pedir que ele faça uma avaliação de quanto cada meta foi atingida. Reforçar os pontos positivos do paciente conforme ele for elencando suas forças e vulnerabilidades em relação ao manejo do problema da dependência química. Identificados os pontos a serem melhorados, deve-se estabelecer uma nova meta, que pode ser: uma ou duas sessões para o atendimento desse objetivo; encaminhamento para outro profissional, que cuide de um aspecto específico que não a dependência química; e/ou encaminhamento ou reforço na participação de grupos de mútua ajuda. Oferecer um *feedback* honesto acerca do progresso do paciente e quais aspectos ainda precisam de cuidados (p. ex., uma crença não corrigida), usando técnicas da entrevista motivacional para fazê-lo de forma não confrontativa.

Encorajar o paciente a fornecer um *feedback* igualmente honesto; dessa forma, ele terá claro para si os pontos em que precisa de maior cuidado. Alguns pacientes pensam que não podem seguir sozinhos, sentindo-se dependentes do terapeuta ou da terapia em si. O profissional deve reforçar os pontos positivos e manter-se à disposição para o que for necessário durante o *follow-up* e no futuro,

além de dar evidência aos ganhos do paciente durante o processo e à capacidade de autogerenciar sua vida e sua dependência de substâncias.

O importante é que o paciente esteja bem. Recomendam-se sessões de *follow-up* para manutenção do vínculo e suporte para a solução de problemas mais emergentes, com o objetivo de prevenir a recaída. Conforme a abstinência se consolida e as estratégias aprendidas são generalizadas para outras situações, a vida se organiza de modo a não existir espaço para a substância, as sessões vão se espaçando e o processo de alta vai sendo preparado.

### *Tarefas de casa*

Como essa é a última sessão do modelo de atendimento semanal, a prática deve ser enfatizada sobre o tópico que, durante o *feedback*, pareceu necessitar de maior treino.

- Fornecer ao paciente uma lista de temas que merecem maior atenção da parte dele. Essa lista pode ter sido feita durante a sessão, a partir do retorno dado de parte a parte.
- Partindo do ponto que necessita de maior investimento, identificar qual a ação e qual a mudança necessária. Essa ação deve ser treinada durante a sessão e deve-se pedir para o paciente treinar com outras questões no período até a primeira sessão para *follow-up*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na literatura internacional e na nacional, há estudos realizados com terapia cognitivo-comportamental para o tratamento das dependências. Eles documentam a eficácia dessa técnica tanto em grupo quanto em atendimentos individuais, seja para usuários de uma única substância seja para aqueles que usam mais de uma, lícitas ou ilícitas. A eficácia do modelo também é mantida para tratamentos voltados para casais que têm um indivíduo dependente e para familiares que objetivam auxiliar na manutenção do tratamento de seu parente dependente e mobilizá-lo para adesão ao tratamento.

Os modelos derivados dessa abordagem, isto é, a prevenção de recaída e o treinamento das habilidades sociais e de enfrentamento utilizados no tratamento de pacientes dependentes, têm se mostrado importantes ferramentas coadjuvantes de um modelo mais geral que inclui a reestruturação cognitiva (mudança de crenças e pensamentos relativos ao uso de álcool e outras substâncias), a qual, por sua vez, é o gatilho principal para o desenvolvimento e a manutenção do uso de substâncias psicoativas no modelo proposto.

## REFERÊNCIAS

1. Kuimtsidis C, Reynolds M, Drummond C, Davis P, Tarrier N. Cognitive behavioural therapy in the treatment of addiction: a treatment planner for clinicians. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.
2. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.
3. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York: William Morrow; 1994.
4. DiClemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. Cognit Ther Res. 1985;9(2):181-200.
5. Velasquez MM, Maurer GG, Crouch C, DiClemente CC. Group treatment for substance abuse: a stage-of-changes therapy manual. New York: Guilford; 2001.
6. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville: NIAAA; 1994.
7. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.
8. Dell'Aglío JC Jr. Terapia cognitivo comportamental para o transtorno bipolar. In: Caminha RM, Wainer R, Oliveira M, Piccoloto NM. Psicoterapias cognitivo comportamentais: teoria e prática. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
9. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Torrent C, Reinares M, et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. Bipolar Disord. 2004;6(4):294-8.
10. Callahan MA, Bauer MS. Psychosocial interventions for bipolar disorder. Psychiatr Clin North Am. 1999;22:675-88.
11. Justo LP, Calil HM. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. Rev Psiquiatr Clin. 2004;31(2):91-9.
12. Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, Cohen M, Falloon I, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatr Serv. 2001;52(7):903-10.
13. Caldin CF. A leitura como função terapêutica: biblioterapia. Enc Bibli R Eletr Bibliotecon Ci Inf [Internet]. 2001 [capturado em 21 maio 2012];6(12):32-44. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2001v6n12p32/5200>.
14. Marlatt AG, Gordon J. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford; 1985.
15. Jungerman FS, Zanelatto NA. Tratamento psicológico do usuário de maconha e seus familiares: um manual para terapeutas. São Paulo: Roca; 2007.
16. Annis HM, Graham JM. Situational Confidence Questionnaire (SCQ-39): user's guide. Toronto: Addiction Research Foundation; 1988.
17. Knapp P, Bertolote JM. Prevenção da recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e drogas. Porto Alegre: Artmed; 1994.
18. Palfai T, Davidson D, Swift R. Influence of naltrexone on cue-elicited craving among hazardous drinkers: the moderational role of positive outcome expectancies. Exp Clin Psychopharmacol. 1999;7(7):266-73.
19. Beck AT, Wright FD, Newman CE, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford; 1993.

20. Carroll KM. A cognitive behavioral approach: treating cocaine addiction. Rockville: NIDA; 2002.
21. Pinto-Gouveia J, Ramalheira C, Robalo MT, Borges JC, Rocha-Almeida J. IECPA: Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (versão brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
22. Zeni TC, Araujo RB. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(2):116-9.
23. Almeida SC, Araujo RB. Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas de ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. *Bol Saúde*. 2005;19(2):135-42.
24. Haaga DA, Stewart BL. Self-efficacy for recovery from a lapse after smoking cessation. *J Consult Clin Psychology*. 1992;60(1):24-8.
25. Van Zundert RMP, Ferguson SG, Shiffman S, Engels RC. Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapses and relapse among adolescents. *Health Psychol*. 2010;29(3):246-54.
26. Bandura A. Self-efficacy. In: Ramachaudran VS, editor. *Encyclopedia of human behavior*. New York: Academic Press; 1994. vol. 4, p. 71-81.
27. National Treatment Agency. Coping with cravings and difficult situations (CCDS): high risk situations [Internet]. London: NTA; [200-] [capturado em 03 jul. 2012]. Disponível em: [http://www.nta.nhs.uk/uploads/mod4\\_craving\\_high\\_risk\\_situations.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/mod4_craving_high_risk_situations.pdf).
28. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Session 3: managing thoughts about alcohol and drinking [Internet]. Bethesda: NIAAA; [200-] [capturado em 10 jan. 2012]. Disponível em: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/MATCHSeries3/core.htm#3>.
29. Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrahms DB. *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. 2. ed. São Paulo: Roca; 2005.
30. Caballo VE. O treinamento em habilidades sociais. In: Caballo VE. *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos; 2002. p. 361-398.
31. D’Zurilla TJ, Nezu AM. *Terapia de solução de problemas: uma abordagem positiva à intervenção clínica*. 3. ed. São Paulo; 2011.
32. Jaffee WB, D’Zurilla TJ. Personality, problem solving and adolescent substance use. *Behav Ther*. 2009;40(1):93-101.
33. Borsoi D, Toneatto T. Problem solving skills in male and female problem gamblers. *Journal of Gambling Issues*. 2003;8.
34. Demirbas H, Ilhan IO, Dogan YB. Ways of problem solving as predictors of relapse in alcohol dependent male inpatients. *Addict Behav*. 2012;37(1):131-4.
35. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petry NM. Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction*. 2008;103(4):638-48.
36. Laudet AB, Stanick V. Predictor of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2010;38(4):317-27.
37. Knapp P, Luz E, Baldisseroto GV. Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: Range B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 332-50.
38. Laudet AB, Magura S, Vogel HS, Knight EL. Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *Am J Orthopsychiatry*. 2004;74(3):365-75.
39. Leahy R. Como lidar com as preocupações. Porto Alegre: Artmed; 2007.
40. Bohm CH, Gimenes LS. Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. *Revista de Psicologia*. 2008;1(1):88-100.

41. Pedroso RS, Castro MGT, Araujo RB. Marijuana Craving Questionnaire (MCQ-SF/Versão Brasil): validação semântica. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(4):218-22.
42. Araujo RB, Pedroso RS, Castro MGT. Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine Craving Questionnaire-Brief. *Rev Psiquiatr Clin.* 2010;37(5):195-8.
43. Araujo RB, Oliveira MS, Moraes JFD, Pedroso RS, Port F, Castro MGT. Validação da versão brasileira do Questionnaire of Smoking Urges-Brief. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007;34(4):166-75.
44. Jacobson E. *Progressive relaxation.* Chicago: University of Chicago; 1938.
45. Davis M, Eshelman ER, McKay M. *Manual de relaxamento e redução do stress: treinamento da assertividade.* São Paulo: Summus; 1996.
46. Ottero VRL. Ensaio comportamental. In: Abreu CN, Guilhardi HJ, organizadores. *Terapia comportamental e cognitivo comportamental: práticas clínicas.* São Paulo: Roca; 2004.
47. Bower AS, Bower G. *Asserting yourself: a practical guide for positive change.* Reading: Addison-Wesley; 1991.
48. Savoia MG. Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*Coping*). *Rev Psiquiatr Clin.* 1999;26(2):57-67.
49. Bennett-Levy J, Butler G, Fennell M, Hackman A, Mueller M, Westbrook D. *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy.* New York: University Press; 2008.



# ANEXOS

## >> ANEXO 20.1

### Questionário de confiança situacional

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Número do sujeito: \_\_\_\_\_

A seguir, estão listadas situações ou eventos em que as pessoas podem usar álcool/outras substâncias. Imagine-se como está agora em cada uma destas situações. Indique na escala fornecida o quão confiante você está de que será capaz de resistir à vontade de usar substâncias nesta situação.

Circule “100” se você estiver 100% confiante agora de que consegue resistir à vontade de usar álcool/outras substâncias; “80” se estiver 80% confiante; “60” se estiver 60% confiante. Se você estiver menos certo, circule “40” para indicar que está somente 40% confiante de que resistirá à vontade de usar; “20” para 20% confiante; e 0 se você não tiver nenhuma confiança sobre a situação.

	Nada confiante <span>Muito confiante</span>					
1. Se eu sentisse que me deixei deprimir.	0	20	40	60	80	100
2. Se houvesse brigas em casa.	0	20	40	60	80	100
3. Se eu tivesse problemas para dormir.	0	20	40	60	80	100
4. Se eu tivesse uma discussão com um amigo.	0	20	40	60	80	100
5. Se outras pessoas parecem não gostar de mim.	0	20	40	60	80	100
6. Se eu me sentisse confiante e relaxado.	0	20	40	60	80	100
7. Se eu saísse com amigos e eles comessem a usar álcool/outras substâncias.	0	20	40	60	80	100
8. Se estivesse me divertindo em uma festa e quisesse me divertir ainda mais.	0	20	40	60	80	100
9. Se eu me lembrasse o quanto é bom usar álcool/outras substâncias.	0	20	40	60	80	100
10. Se eu me convencesse de que sou uma nova pessoa agora e consigo usar só um pouco de álcool/outras substâncias.	0	20	40	60	80	100
11. Se eu estivesse com medo de que as coisas não vão dar certo.	0	20	40	60	80	100
12. Se outras pessoas interferissem nos meus planos.	0	20	40	60	80	100
13. Se eu me sentisse tonto e quisesse ficar alerta.	0	20	40	60	80	100
14. Se eu tivesse problemas com pessoas no trabalho.	0	20	40	60	80	100

	Nada confiante			Muito confiante		
15. Se eu me sentisse mal na presença de alguém.	0	20	40	60	80	100
16. Se tudo estivesse indo bem.	0	20	40	60	80	100
17. Se eu estivesse em uma festa e as pessoas estivessem usando álcool/outras substâncias.	0	20	40	60	80	100
18. Se eu quisesse celebrar com um amigo.	0	20	40	60	80	100
19. Se eu passasse por um traficante.	0	20	40	60	80	100
20. Se eu pensasse no meu controle sobre beber ou usar substâncias e sentisse vontade de consumir só um pouco para experimentar.	0	20	40	60	80	100
21. Se eu estivesse bravo pelo jeito como as coisas aconteceram.	0	20	40	60	80	100
22. Se outras pessoas me tratassem injustamente.	0	20	40	60	80	100
23. Se eu me sentisse enojado.	0	20	40	60	80	100
24. Se a pressão crescesse no trabalho devido às exigências do meu supervisor.	0	20	40	60	80	100
25. Se alguém me criticasse.	0	20	40	60	80	100
26. Se eu me sentisse satisfeito com algo que fiz.	0	20	40	60	80	100
27. Se eu estivesse relaxado com um bom amigo e quisesse ter bons momentos.	0	20	40	60	80	100
28. Se eu estivesse em uma situação e as pessoas comigo comprassem álcool ou outras substâncias.	0	20	40	60	80	100
29. Se eu, inesperadamente, achasse uma garrafa de bebida ou uma quantidade de alguma substância.	0	20	40	60	80	100
30. Se eu começasse a pensar que só um pouquinho não faz mal.	0	20	40	60	80	100
31. Se eu me sentisse confuso sobre o que fazer.	0	20	40	60	80	100
32. Se eu me sentisse sob muita pressão dos membros da família.	0	20	40	60	80	100
33. Se eu sentisse que meu estômago está preso em nós.	0	20	40	60	80	100
34. Se eu não estivesse me dando bem com as pessoas do trabalho.	0	20	40	60	80	100
35. Se as pessoas a minha volta me fizessem ficar tenso.	0	20	40	60	80	100

	Nada confiante			Muito confiante		
36. Se estivesse me divertindo com amigos e quisesse aumentar o meu divertimento.	0	20	40	60	80	100
37. Se eu encontrasse um amigo/a e ele/a sugerisse o consumo de bebida ou outras substâncias.	0	20	40	60	80	100
38. Se eu tivesse, de repente, uma fissura.	0	20	40	60	80	100
39. Se eu quisesse provar a mim mesmo que poderia beber ou usar um pouco de outras substâncias sem cair em um “grande lapso”.	0	20	40	60	80	100

Fonte: Adaptado de Annis e Graham.<sup>16</sup>

## >> ANEXO 20.2

### Identificando decisões aparentemente irrelevantes

#### O dízimo de João

João estava abstinente há um mês. Ficava internado por quatro meses e, ao ter alta, decidiu procurar um profissional para dar continuidade ao tratamento. Inicialmente, aderido ao tratamento, investigava seus pensamentos e evitava as recaídas. Certo dia, João chegou à terapia contando que havia arrumado emprego e começaria a trabalhar no dia seguinte. Ao final da primeira quinzena, feliz com seu novo emprego, passava mais tempo no quarto (nos momentos em que estava em casa) do que com a família, pois, segundo ele, já se sentia mais “dono” de sua vida. Havia combinado que deixaria o dinheiro com o pai, como medida de segurança, mas, quando recebeu o valor equivalente ao vale-transporte, achou que não devia entregá-lo, pois não se tratava do salário do mês.

Preocupado com o fato de que não deveria portar dinheiro, resolveu tomar uma providência para não recair: fazer compras no supermercado. Do valor total do vale-transporte (R\$ 70,00), gastou R\$ 60,00 no supermercado e ficou com R\$ 10,00 para o dízimo no culto de domingo. Chegou em casa com as compras, entregou-as para a mãe, mas não contou o quanto havia recebido de vale-transporte nem que havia guardado R\$ 10,00 para o dízimo, embora a mãe compartilhasse da ideia de doar parte dos ganhos e ela própria fizesse isso sempre que iam juntos à igreja.

Após três dias, João viu uma garota por quem estava interessado marcando um compromisso para sair com um amigo seu. Ficou frustrado, pois não havia conseguido convidá-la para sair no último mês. Chegando em casa, com raiva e triste, trancou-se no quarto e não quis conversa, apesar da insistência da mãe e do irmão. No dia seguinte, pegou o dinheiro, pois talvez passasse na igreja para fazer a doação, embora não fosse domingo e a igreja não ficasse no caminho do seu trabalho. Naquele mesmo dia, no final da tarde, ao ver a garota sorrindo com o amigo, João pegou o ônibus e não parou no ponto em que deveria descer para ir para casa, mas foi ao lugar onde, encontrando os velhos amigos, acabou comprando duas pedras de *crack*.

## >> ANEXO 20.3

## Automonitoramento

O automonitoramento<sup>40</sup> é uma prática que objetiva observação, avaliação e intervenção comportamentais. Fornece dados para compor a análise funcional, delimitando os objetivos da intervenção, bem como seu planejamento e avaliação. Normalmente, os registros são feitos com papel e lápis, mas podem ser utilizados instrumentos tecnológicos mais avançados, como agenda eletrônica. O automonitoramento tem sido utilizado para contar comportamentos (número de cigarros fumados por dia), monitorar sintomas observáveis ou encobertos (ocorrência de fissura) e registrar fatores contextuais importantes que podem eliciar ou manter um comportamento (p. ex., situações de risco para o uso ou fatores de proteção para o não uso).

## AUTOMONITORAMENTO

Faça deste formulário um calendário, descrevendo com detalhes todos os seus consumos de \_\_\_\_\_.  
 Se quiser, coloque também as situações nas quais teve apenas fissura, mas não usou \_\_\_\_\_, bem  
 como registre o uso de outras drogas (incluindo o álcool).

[illegible]

## &gt;&gt; ANEXO 20.4

**Escala de avaliação da fissura de maconha**

Indique quão fortemente você concorda ou discorda das seguintes afirmações, circulando um dos números de 1 a 7 que indicam a força da sua concordância ou discordância. Quanto mais baixo o número que você circular, maior sua concordância com a afirmação feita e, quanto maior o número circulado, maior a discordância. Se você não concorda nem discorda, circule o 4, que é o número do meio. Por favor, complete todos os itens. Estamos interessados em saber como você está pensando ou sentindo-se agora, no momento em que preenche este questionário.

- |  |                     |                           |                     |
|--|---------------------|---------------------------|---------------------|
| 1. Fumar maconha seria prazeroso agora.  | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 2. Eu não poderia controlar facilmente a quantidade de maconha que eu fumaria agora.           | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 3. Agora, estou fazendo planos para usar maconha.  | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 4. Eu me sentiria mais no controle das coisas se fumasse maconha agora.                        | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 5. Fumar maconha me ajudaria a dormir melhor à noite.  | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 6. Se eu fumasse maconha agora, me sentiria menos tenso.                                       | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 7. Eu não seria capaz de controlar a quantidade de maconha que eu fumaria, se a tivesse agora. | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 8. Seria ótimo fumar maconha agora.  | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 9. Eu me sentiria menos ansioso se fumasse maconha agora.                                      | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 10. Eu preciso fumar maconha agora.  | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 11. Se eu estivesse fumando maconha agora, me sentiria menos nervoso.                          | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |
| 12. Fumar maconha me deixaria satisfeito.  | CONCORDO FORTEMENTE | 1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7 | DISCORDO FORTEMENTE |

Fonte: Pedroso e colaboradores.<sup>41</sup>

## &gt;&gt; ANEXO 20.5

**Escala de avaliação da fissura de cocaína**

Indique o quanto você concorda ou discorda de cada uma das frases abaixo, marcando apenas um dos números entre DISCORDO TOTALMENTE e CONCORDO TOTALMENTE. Quanto mais próxima for a marca de um dos lados, mais você concordará ou discordará da frase. Por favor, complete cada item. Gostaríamos de saber o que você pensa e sente agora, enquanto responde ao questionário.

1. Eu desejo tanto usar cocaína que quase posso sentir seu gosto.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
2. Eu tenho um desejo muito forte por cocaína.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
3. Vou usar cocaína assim que puder.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
4. Acho que poderia resistir a usar cocaína neste momento.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
5. Eu estou com fissura por cocaína agora.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
6. Tudo que queria fazer agora era usar cocaína.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
7. Não sinto nenhum desejo por cocaína neste momento.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
8. Usar cocaína agora faria as coisas parecerem perfeitas.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
9. Eu vou usar cocaína assim que tiver a chance.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	
10. Nada seria melhor do que usar cocaína agora.	
DISCORDO TOTALMENTE      1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7      CONCORDO TOTALMENTE	

Fonte: Araujo e colaboradores.<sup>42</sup>

### Escala de avaliação da fissura de tabaco

1. Desejo fumar um cigarro agora.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
2. Nada seria melhor do que fumar um cigarro agora.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
3. Se fosse possível, eu provavelmente fumaria agora.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
4. Eu controlaria melhor as coisas, neste momento, se pudesse fumar.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
5. Tudo o que eu quero agora é fumar um cigarro.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
6. Eu tenho necessidade de um cigarro agora.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
7. Fumar um cigarro seria gostoso neste momento.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
8. Eu faria praticamente qualquer coisa por um cigarro agora.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
9. Fumar me faria ficar menos deprimido.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE
10. Eu vou fumar assim que possível.	DISCORDO TOTALMENTE	1 : 2 : 3 : 4 : 5 : 6 : 7	CONCORDO TOTALMENTE

Fonte: Araujo e colaboradores.<sup>43</sup>

## &gt;&gt; ANEXO 20.7

**Lidando com a fissura**


---

Para lidar com a fissura, eu posso...

---

**Reconhecendo a fissura**

Identificando as situações-gatilho

1. Quais são as situações de maior risco para o surgimento da *fissura*?
2. Quais são as situações que devem ser evitadas por falta de estratégias de enfrentamento bem desenvolvidas?

Identificando os pensamentos disfuncionais

1. Pergunte-se sobre seus pensamentos:
    - a) Que pensamentos eu tive?
    - b) Esses pensamentos me causaram problemas?
    - c) Quais são minhas expectativas sobre o uso de álcool e outras substâncias?
    - d) Essas expectativas são evidência de realidade?
    - e) Quais são as possíveis consequências dessas ações?
    - f) Se eu estivesse com um humor diferente, em um lugar ou momento diferente, eu tomaria a mesma decisão?
  2. Lembre-se dos prós da abstinência e dos contras do uso de álcool e outras substâncias.
  3. Pense em algo mais. Quais as coisas que eu posso fazer: \_\_\_\_\_
  4. Encoraje-se.
    - a) Lembre-se dos sucessos que teve.
    - b) Lembre-se de como foi difícil no início e como está agora.
    - c) Alguns de meus sucessos foram: \_\_\_\_\_
- 

**Mudando a situação**

1. Posso manter a situação como está ou fazer algo a respeito.
  2. Os lugares onde posso ir são: \_\_\_\_\_
  3. As atividades que posso praticar são: \_\_\_\_\_
- 

**Falando com alguém**

1. Posso buscar ajuda com outra pessoa.
  2. As pessoas a quem posso pedir ajuda são: \_\_\_\_\_
- 

Fonte: Velasquez e colaboradores.<sup>5</sup>



## >> ANEXO 20.8

### Relaxamento muscular ou relaxamento progressivo de Jacobson

O relaxamento progressivo é uma técnica em que 16 grupos musculares são relaxados, um depois do outro. Cada grupo é tensionado e depois relaxado várias vezes, objetivando um relaxamento cada vez mais profundo.

#### Instruções

Procure uma posição confortável, em uma cadeira ou deitado com uma almofada para apoiar o pescoço. A sequência tensão-relaxamento de cada grupo muscular é repetida até que se consiga o relaxamento desses músculos, de modo que estejam relaxados como os demais músculos para os quais o exercício já foi realizado. É importante que o ato de relaxamento após a tensão não seja lento, mas repentino. Dê-se tempo para sentir os indicadores do relaxamento: calor ou peso.

O treino é essencial. Relaxar é como qualquer outra aptidão que se aprende. O relaxamento pode ser utilizado como resposta às sensações de tensão ou ansiedade.

Tente não se mover durante o exercício e mantenha os olhos fechados. Procure praticar respiração diafragmática ou abdominal, e não respiração torácica.

- Grupo 1: Feche a mão direita. Sinta a tensão na mão e no antebraço. Relaxe. Repita.
- Grupo 2: Empurre o cotovelo do braço direito contra a cadeira ou contra o chão. Sinta a tensão que isso causa nos bíceps. Quando sentir a tensão, relaxe e note a diferença. Repita.
- Grupo 3: Com a mão esquerda, repita os passos do Grupo 1, sempre tensionando e relaxando para todos os grupos musculares.
- Grupo 4: Com o braço esquerdo, repita os passos do Grupo 2.
- Grupo 5: Levante as sobrancelhas e faça rugas na testa.
- Grupo 6: Feche os olhos com força e levante o nariz.
- Grupo 7: Cerre os dentes com uma força média e puxe os cantos da boca para trás, como se estivesse rindo exageradamente.
- Grupo 8: Para causar tensão em volta do pescoço, puxe o queixo para o peito sem deixar tocar.
- Grupo 9: Inspire, suspenda a respiração e puxe os ombros para trás até as omoplatas se tocarem. Sinta a tensão nos ombros, no peito e nas costas.
- Grupo 10: Tensione os músculos da barriga deixando-os duros, como se fosse receber um soco naquela região.
- Grupo 11: Contraia os músculos da coxa da perna direita.
- Grupo 12: Empurre os dedos do pé direito para cima de forma que a barriga da perna fique dura.
- Grupo 13: Vire o pé direito para dentro e encolha o pé com os dedos para baixo. Sinta bem a tensão que isso causa na parte do meio do pé.
- Grupo 14: Com a perna esquerda, repita os passos do Grupo 11.
- Grupo 15: Com o pé direito, repita os passos do Grupo 12.
- Grupo 16: Com o pé esquerdo, repita os passos do Grupo 13.

Fonte: Adaptado de Jacobson.<sup>44</sup>

>> ANEXO 20.9

**Crenças tradicionais *versus* direitos legítimos**

CRENÇAS TRADICIONAIS DISFUNCIONAIS	SEUS DIREITOS LEGÍTIMOS
1. É egoísta colocar suas necessidades à frente das necessidades dos outros.	Você tem o direito de colocar-se em primeiro lugar algumas vezes.
2. É vergonhoso cometer erros. Você deveria ter uma resposta adequada para qualquer ocasião.	Você tem o direito de cometer erros.
3. Se você não pode convencer os outros de que seus sentimentos são razoáveis, então eles devem estar errados ou talvez você esteja ficando louco.	Você tem o direito de ser o juiz final dos seus sentimentos e aceitá-los como legítimos.
4. Você deveria respeitar a opinião dos outros, sobretudo se estiverem em posição de autoridade. Guarde para si mesmo suas diferenças de opinião. Ouça e aprenda.	Você tem o direito de ter suas próprias opiniões e convicções.
5. Você sempre deveria ser lógico e consistente.	Você tem o direito de mudar de ideia ou decidir adotar um curso diferente de ação.
6. Você deveria ser flexível e adaptável. Os outros têm bons motivos para suas ações e não é educado questioná-los.	Você tem o direito de protestar contra tratamentos ou críticas injustas.
7. Você nunca deveria interromper as pessoas. Fazer perguntas revela sua estupidez para os outros.	Você tem o direito de interromper para pedir esclarecimentos.
8. As coisas poderiam ficar piores, não cause problemas.	Você tem o direito de negociar mudanças.
9. Você não deveria ocupar o precioso tempo dos outros com os seus problemas.	Você tem o direito de pedir ajuda ou apoio emocional.
10. As pessoas não querem ouvir que você se sente mal, portanto, guarde isso para si.	Você tem o direito de pedir ajuda ou expressar dor.
11. Quando alguém dedica algum tempo para lhe dar um conselho, você deve levá-lo muito a sério. Geralmente, ele está certo.	Você tem o direito de ignorar o conselho dos outros.
12. Saber que você fez alguma coisa certa é a sua recompensa. As pessoas não gostam de gente exibida. Secretamente, as pessoas bem-sucedidas são invejadas, e ninguém gosta delas. Ao ser elogiado, seja modesto.	Você tem o direito de receber reconhecimento por seu trabalho e por suas realizações.

(continua)

>> ANEXO 20.9

**Crenças tradicionais *versus* direitos legítimos** (continuação)

CRENÇAS TRADICIONAIS DISFUNCIONAIS	SEUS DIREITOS LEGÍTIMOS
13. Você sempre deveria tentar concordar com os outros; do contrário, eles não estarão disponíveis quando você precisar deles.	Você tem o direito de dizer “não”.
14. Não seja antissocial. As pessoas vão pensar que você não gosta delas se disser que prefere ficar sozinho.	Você tem o direito de ficar sozinho, mesmo que os outros prefiram sua companhia.
15. Você sempre deveria ter um bom motivo para justificar aquilo que sente e faz.	Você tem o direito de não precisar se justificar para os outros.
16. Quando alguém está em dificuldade, você deveria tentar ajudar.	Você tem o direito de não assumir a responsabilidade pelos problemas alheios.
17. Você deveria ser sensível às necessidades e aos desejos dos outros, mesmo quando eles são incapazes de dizer-lhe o que desejam.	Você tem o direito de não precisar prever as necessidades e os desejos dos outros.
18. É sempre uma boa política relacionar-se bem com as pessoas.	Você tem o direito de nem sempre se preocupar com a boa vontade dos outros.
19. Não é educado ignorar as pessoas. Se lhe fizerem uma pergunta, dê uma resposta.	Você tem o direito de não reagir a uma situação, se isso não for de sua vontade.

Fonte: Davis e colaboradores.<sup>45</sup>

## &gt;&gt; ANEXO 20.10

**Ensaio comportamental**

O ensaio comportamental é um procedimento utilizado para ensinar novos comportamentos ou aperfeiçoar aqueles já existentes por meio de treinamento; esse processo é chamado também de treinamento de papéis ou *role-play*. É uma das principais técnicas utilizadas para o treinamento do comportamento assertivo.<sup>46</sup> Em geral, é praticado em ambiente seguro, onde as inadequações podem ser corrigidas sem consequências maiores, precedendo, portanto, os experimentos comportamentais (Anexo 20.17).<sup>1</sup> Passos para a aplicação da técnica:<sup>46</sup>

1. Descrição da situação-problema (contexto em que se dará o comportamento a ser treinado): o que ocorreu (não ocorreu ou deveria ocorrer), quem emitiu (ou não) um determinado comportamento, como, quando e onde foi (ou deverá ser) a interação.
2. Decompor uma sequência comportamental em partes, de modo que seja possível trabalhar um comportamento-problema por vez, limitar-se a um único problema no momento e simular situações que durem, no máximo, três minutos.
3. Dar instruções/modelos de desempenho: quais comportamentos compõem aquela cadeia de comportamentos e como deve ser a interação.
4. Representar a cena: encenar os comportamentos a serem reproduzidos pelo paciente (enquanto ele observa e/ou interage na cena), estimular para que ele, seguindo as instruções dadas, reproduza a cena observada.
5. Dar dicas sobre o desempenho durante o treino: o terapeuta sinaliza ao paciente sobre seu desempenho.
6. Inverter os papéis: o objetivo é aprimorar o desempenho, quando houver necessidade.
7. Reapresentar e reavaliar: o treino pode ser repetido quantas vezes forem necessárias, sempre seguidas de um *feedback* para o paciente, que aprende durante a cena.
8. Programar a generalização: ampliar o número de situações em que o comportamento treinado poderá ser utilizado.
9. Avaliar o desempenho na situação real: na próxima sessão de terapia, auxiliar o paciente na autoavaliação de seu desempenho, reforçando mais a prática do comportamento do que o resultado (bom ou mau) obtido.

Os princípios de aprendizagem utilizados para implementação da técnica são a instrução, a modelação e a modelagem por aproximações sucessivas.<sup>46</sup>

**Observações importantes** – A prática desse tipo de técnica, embora embasada em uma cena artificial, pode desencadear fortes emoções do paciente. Por isso, é importante não utilizar a técnica no final da sessão, e sim em um momento em que, se essa situação surgir, haja tempo para o acolhimento da manifestação emocional e para o trabalho necessário na busca da estabilização desse estado. A intensidade do *role-play* dependerá do tipo de relação (vínculo) existente entre terapeuta e paciente. Quanto mais forte o vínculo, mais honesta a relação e mais o paciente se envolverá com o desempenho do papel que a ele couber.<sup>1</sup>

>> ANEXO 20.11

**Questionário da assertividade**

Para melhorar a avaliação das situações em que você precisa ser mais assertivo (em três contextos específicos: quando, quem e o quê), complete o questionário que segue, indicando, com uma marca na coluna A, quais os itens que se aplicam a você e quanto desconforto geram, assinalando na coluna B.

Quando você se comporta de maneira não assertiva?		
Marque se o item se aplica a você	Classifique o nível de desconforto (1 a 5)	Situação
		Pedindo ajuda
		Confirmando uma diferença de opinião
		Recebendo e expressando sentimentos negativos
		Recebendo e expressando sentimentos positivos
		Lidando com alguém que se recusa a colaborar
		Falando sobre algo que o aborrece
		Conversando quando os olhos estão sobre você
		Protestando quando tentam enganá-lo
		Respondendo a uma crítica injusta
		Dizendo “não”
		Pedindo algo a figura de autoridade
		Negociando algo que deseja
		Precisando encarregar-se de alguma coisa
		Pedindo colaboração
		Propondo uma ideia
		Assumindo alguma coisa
		Fazendo perguntas
		Pedindo prestação de serviços
		Pedindo um encontro ou uma entrevista
		Pedindo favores
		Outros _____

**Quem** são as pessoas com as quais é difícil ser assertivo?

	Pais
	Colegas de trabalho e de classe
	Velhos amigos
	Esposa ou companheiro
	Patrão, chefe
	Parentes
	Crianças
	Conhecidos
	Vendedores, balconistas
	Mais do que duas ou três pessoas em um grupo
	Outros _____

**O que** você quer e não pode conseguir com estilos não assertivos?

	Aprovação para as coisas que você faz bem feito
	Ajuda em determinadas tarefas
	Mais atenção ou tempo com seu parceiro
	Ser ouvido e compreendido
	Tornar mais satisfatórias situações aborrecidas ou frustrantes
	Não precisar ser agradável o tempo todo
	Confiança para falar quando algo é importante para você
	Mais tranquilidade com estranhos, vendedores, mecânicos, etc.
	Confiança para buscar contato com pessoas atraentes
	Novo emprego, pedir entrevistas, etc.
	Sentir-se confortável com pessoas que o supervisionam ou trabalham sob suas ordens
	Não se sentir zangado e amargo durante grande parte do tempo
	Superar sentimentos de impotência e sensação de que nada realmente muda
	Iniciar experiências sexuais satisfatórias
	Fazer alguma coisa nova e diferente
	Ter tempo para si próprio
	Fazer coisas divertidas ou que o deixam relaxado
	Outras _____

## >> ANEXO 20.12

### Passos para a resolução de problemas

1. Reconhecer que um problema existe: quais os sinais e indícios de que há um problema. Quais são nossos pensamentos e sentimentos a respeito.
2. Identificar o problema de forma clara: descrever o problema de forma detalhada, dividindo-o em partes manejáveis para facilitar a compreensão.
3. Ter uma atitude positiva: postura otimista de acreditar na possibilidade e na habilidade de solução do problema.
4. Considerar as várias abordagens de solução: fazer um exercício de *brainstorming*, observar a partir de diferentes pontos de vista ou pensar em soluções que funcionaram antes (para si ou para outrem).
5. Eliminar as possibilidades de soluções que já se sabe serem inviáveis: aquelas que já foram tentadas em outra ocasião e não foram boas soluções.
6. Selecionar uma alternativa potencialmente válida: previsão das consequências positivas e negativas após a ação.
7. Identificar os possíveis obstáculos: utilizando a experiência anterior e o conhecimento de outras pessoas que possam ajudar, transpondo cada um desses obstáculos.
8. Testar a alternativa escolhida: ficar atento para a sequência das ações e as circunstâncias em que elas ocorrerão.
9. Avaliar os resultados.
10. Congratular-se se o resultado for positivo ou buscar uma segunda alternativa de solução.

Fonte: Monti e colaboradores<sup>29</sup> e D'Zurilla e Nezu.<sup>31</sup>

## >> ANEXO 20.13

### Treino de resolução de conflitos

#### Dilema 1

“É noite de tempestade. Você dirige seu carro e, a sua frente, vê um ônibus. Ele passa pelo ponto e não para. Você, passando em frente ao ponto de ônibus, vê três pessoas: uma senhora que precisa de atendimento médico com urgência, pois corre o risco de falecer se não for atendida, um médico que salvou sua vida no passado e por quem você tem uma gratidão eterna e o grande amor de sua vida. Em seu carro cabe apenas você e mais uma pessoa. Quem você levaria?”

#### Dilema 2

“Um grupo de crianças brinca próximo a duas vias férreas. Uma das vias ainda está em uso, e a outra está desativada. Apenas uma criança brinca na via desativada, enquanto as outras estão na via em operação. O trem está vindo e você está exatamente sobre aquele aparelho que pode mudar o trem de uma linha para outra. Você pode fazer o trem mudar seu curso para a pista desativada e salvar a vida da maioria das crianças. Entretanto, isso significa que a solitária criança que brinca na via desativada será sacrificada. Você deixaria o trem seguir seu caminho? O que você faria?”

## &gt;&gt; ANEXO 20.14

**Inventário de estratégias de enfrentamento**

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação.  
0 = não usei essa estratégia; 1 = usei um pouco; 2 = usei bastante; 3 = usei em grande quantidade

1. Concentrei-me no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo.	0	1	2	3
2. Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3. Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair.	0	1	2	3
4. Deixei o tempo passar – a melhor coisa que poderia fazer era esperar, pois o tempo é o melhor remédio.	0	1	2	3
5. Procurei tirar alguma vantagem da situação.	0	1	2	3
6. Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultados, mas ao menos estava fazendo alguma coisa.	0	1	2	3
7. Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar suas ideias.	0	1	2	3
8. Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema, procurando mais dados sobre a situação.	0	1	2	3
9. Critiquei-me, repreendi-me.	0	1	2	3
10. Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando deixar outras opções.	0	1	2	3
11. Esperei que um milagre acontecesse.	0	1	2	3
12. Concordei com o fato, aceitei meu destino.	0	1	2	3
13. Fiz como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14. Procurei guardar meus sentimentos para mim mesmo(a).	0	1	2	3
15. Procurei encontrar o lado bom da situação.	0	1	2	3
16. Dormi mais que o normal.	0	1	2	3
17. Demonstrei a raiva para com as pessoas que causaram o problema.	0	1	2	3
18. Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas.	0	1	2	3
19. Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a sentir bem.	0	1	2	3
20. Inspirou-me a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21. Procurei a situação desagradável.	0	1	2	3
22. Procurei ajuda profissional.	0	1	2	3
23. Mudei ou cresci como pessoa de forma positiva.	0	1	2	3
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa.	0	1	2	3
25. Desculpei ou fiz alguma coisa para repor danos.	0	1	2	3
26. Fiz algum plano de ação e o segui.	0	1	2	3
27. Tirei o melhor da situação, o que não era esperado.	0	1	2	3
28. De alguma forma, extravasei meus sentimentos.	0	1	2	3
29. Compreendi que o problema foi provocado por mim.	0	1	2	3
30. Saí da experiência melhor do que eu esperava.	0	1	2	3
31. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.	0	1	2	3
32. Tentei descansar, tirar férias para esquecer o problema.	0	1	2	3
33. Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando substâncias ou medicamentos.	0	1	2	3
34. Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado.	0	1	2	3
35. Procurei não fazer nada de maneira apressada ou seguir meu primeiro impulso.	0	1	2	3

(continua)



>> ANEXO 20.14

**Inventário de estratégias de enfrentamento** (*continuação*)

36. Encontrei novas crenças.	0	1	2	3
37. Mantive meu orgulho não demonstrando meus sentimentos.	0	1	2	3
38. Redescobri o que é importante na vida.	0	1	2	3
39. Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final.	0	1	2	3
40. Procurei fugir das pessoas em geral.	0	1	2	3
41. Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre a situação.	0	1	2	3
42. Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos.	0	1	2	3
43. Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação.	0	1	2	3
44. Minimizei a situação, recusando a preocupar-me seriamente com ela.	0	1	2	3
45. Falei com alguém sobre como estava me sentindo.	0	1	2	3
46. Recusei recuar e batalhei pelo que queria.	0	1	2	3
47. Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s).	0	1	2	3
48. Busquei, nas experiências passadas, uma situação similar.	0	1	2	3
49. Eu sabia o que deveria ser feito; portanto, dobrei meus esforços para fazer o necessário.	0	1	2	3
50. Recusei-me a acreditar que aquilo estava acontecendo.	0	1	2	3
51. Prometi a mim mesmo que as coisas serão diferentes na próxima vez.	0	1	2	3
52. Encontrei algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53. Aceitei, nada poderia ser feito.	0	1	2	3
54. Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo.	0	1	2	3
55. Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti.	0	1	2	3
56. Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma.	0	1	2	3
57. Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava.	0	1	2	3
58. Desejei que a situação acabasse ou desaparecesse de alguma forma.	0	1	2	3
59. Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam.	0	1	2	3
60. Rezei.	0	1	2	3
61. Preparei-me para o pior.	0	1	2	3
62. Analisei mentalmente o que fazer e o que dizer.	0	1	2	3
63. Pensei em uma pessoa que admiro e tomei como modelo.	0	1	2	3
64. Procurei ver as coisas sob o ponto de vista da outra pessoa.	0	1	2	3
65. Disse a mim mesmo(a) que as coisas poderiam ter sido piores.	0	1	2	3
66. Corri ou fiz exercícios.	0	1	2	3

Fonte: Adaptado por Savoia.<sup>48</sup>

## &gt;&gt; ANEXO 20.15

**Como lidar com as preocupações (angústia)**

1. Identificar as preocupações produtivas e improdutivas: na verdade, a preocupação não ajuda em nada, o que não significa que você não está comprometido com as coisas. A preocupação produtiva produz motivação para a resolução de um problema, quando necessário. A preocupação improdutiva ocupa-se de “E se...?” imaginários que acabam por configurar um elemento que impede o avanço.
2. Aceitar a realidade e comprometer-se com a mudança: até aquilo que não gostamos, temos de aceitar. Aceitar não significa gostar, sujeitar-se ou admitir que nada pode ser feito para mudar a situação. Contudo, enquanto a situação não pode ser mudada, a aceitação pode ser menos danosa interiormente do que a luta ou a resistência. Aceitar as limitações também auxilia no processo de mudança e na sua manutenção.
3. Contestar a preocupação: “Vou fracassar” e “Não vou conseguir” são previsões do futuro que nem sempre estão corretas. Pensamentos negativos, como “Eu nunca mais vou recuperar a confiança dos meus familiares depois de ter usado drogas”, também podem não ter uma evidência 100% a favor. Pratique o questionamento do pensamento.
4. Focalizar a ameaça mais profunda: nossos pensamentos estão ancorados em nossas crenças mais internas; quando elas são identificadas e acessadas, torna-se mais fácil verificar o quão verdadeiras e baseadas na realidade são ou estão.
5. Transformar fracasso em oportunidade: a preocupação é uma tentativa de preparar-se, de antecipar-se ao fracasso. Se forem desenvolvidas técnicas de como lidar com o fracasso, por que haverá necessidade de preocupar-se?
6. Usar as emoções em vez de preocupar-se com elas: a vivência das emoções nem sempre é dolorosa, reduz o medo do confronto com as emoções e aumenta a consciência.
7. Assumir o controle do tempo: pratique o relaxamento, aproveitando o momento presente.

Fonte: Leahy.<sup>39</sup>

## &gt;&gt; ANEXO 20.16

**Introdução de atividades prazerosas em um dia típico**

---

1. Automonitoramento (registro diário de desejos vs. deveres)
    - Lista de atividades diárias
    - Valor atribuído para cada atividade
    - Nível de satisfação (manhã, tarde, noite – geral)
  2. Planejamento:
    - Rotina diária
    - Divida o dia em partes manejáveis
    - Cuidados importantes (remova distrações, evite ir para a cama, recompense-se por aquilo que foi feito e deu certo, pratique autoencorajamento e equilibre seu dia entre os deveres e os desejos, buscando um padrão de atividades que se mostre reforçador)
    - Mantenha o esquema proposto inicialmente
  3. Antecipe-se aos obstáculos
    - Seja flexível (a proposta é um guia, não um deus)
    - Pense em alternativas
    - Faça adaptações em seu plano
    - Planeje-se para uma hora ou meia hora
    - Planeje qualidade e não quantidade
    - Reveja, ao fim de cada dia, qual era seu plano, o quanto e como foi cumprido
    - Planeje-se para tarefas práticas, fazendo uma lista do que deve ser feito, em ordem de prioridade, realizando-as uma por uma, anotando quando forem realizadas e focando em cada passo completado, mais do que naquilo que ainda falta fazer.
- 

Fonte: Adaptado de Kuimtsidis e colaboradores.<sup>1</sup>

## &gt;&gt; ANEXO 20.17

**Experimento comportamental**

O experimento comportamental pode ser definido como uma atividade experiencial planejada, cujo objetivo é testar a validade das crenças centrais e de crenças desenvolvidas a partir das experiências do indivíduo. Auxilia de forma importante na construção e/ou no teste de novas crenças mais adaptativas e contribui para o desenvolvimento e a verificação da conceituação cognitiva. Similar à técnica de exposição aos estímulos da teoria comportamental, o experimento comportamental abrange não só a mudança do comportamento, mas da crença que o determina. Utilizado no teste de crenças disfuncionais presentes nos variados transtornos psiquiátricos, apresenta resultados positivos quando praticado.<sup>49</sup>

Planejando o experimento comportamental:

- Esteja certo do propósito do experimento: a questão é testar a crença disfuncional e desenvolver uma crença mais realista, uma resposta mais adaptativa.
- Qual é o pensamento ou a crença que será testado? (0-100% sobre o quanto se acredita na validade do pensamento/crença).
- Qual é a crença alternativa mais funcional que pode ser construída após o experimento?
- Ao desenhar o experimento, seja o mais específico possível.
- Começar por projetos mais simples, respeitando o estágio em que se encontra o paciente.

Avaliando o experimento comportamental:

- Conduzir o experimento conforme planejado.
- Anotar pensamentos, sentimentos e comportamentos.
- Considerar as evidências a favor e contra a previsão original.
- Perguntar ao paciente:
  - O que você poderia dizer em relação a sua predição negativa?
  - O que você aprendeu?
- O paciente deve escrever o quanto se sente fortalecido em relação a sua crença anterior e em relação a sua crença mais adaptativa, construída após o experimento (0-100% sobre o quanto se acredita na validade do pensamento/crença).<sup>49</sup>

**Importante:**

- A técnica só deve ser utilizada quando o paciente já está em um estágio mais avançado do tratamento, embora alguns autores afirmem que pode ser usada em qualquer momento do tratamento.
- A exposição ao álcool e a outras substâncias só deve ser feita no tratamento avançado, quando todas as habilidades de enfrentamento estão bem treinadas e o paciente sente-se seguro.
- A exposição deve ser gradual, começando por desafios menores.
- Cada passo deve ser consolidado antes de passar para o próximo.
- Caso o paciente recaia em função do experimento, o terapeuta deve encorajá-lo a continuar com o tratamento e aprender com a recaída, examinando onde houve uma falha no pensamento/comportamento.
- A mudança cognitiva pode depender de várias replicações de um mesmo experimento comportamental.<sup>1</sup>

>> ANEXO 20.18

**Planejamento geral para lidar com emergências**

Se eu detectar uma situação de risco, eu posso:

1. Sair da situação: quais são os lugares seguros onde posso ir? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
2. Fazer algumas atividades que podem ser utilizadas para distrair-me: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
3. Ligar para alguns amigos que podem conversar comigo e ajudar-me: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. Quais são os meus pensamentos neste momento? Qual a outra explicação alternativa para eles?  

Pensamento	Resposta alternativa
_____	_____
_____	_____
_____	_____
5. Posso adiar qualquer decisão do momento (usar/não usar, ir/não ir) por 15 ou 20 minutos e, depois disso, retomar a questão.
6. Quais foram os meus sucessos em situações similares a essas no passado?  

Situações enfrentadas	Resultado
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Fonte: Adaptado de Carroll.<sup>20</sup>



## ESTRUTURA DAS SESSÕES: TEMAS ESPECÍFICOS

Neide A. Zanelatto



### Pontos-chave

- >> Cada indivíduo tem necessidades específicas, por isso, é importante eleger temas que se aplicam a cada caso.
- >> Se o profissional dedicar-se apenas ao tratamento da dependência química, desprezando outras demandas do paciente, o tratamento pode mostrar-se ineficaz.
- >> A investigação minuciosa e a compreensão do caso auxiliarão no desenho do tratamento, abordando temas específicos para cada caso.
- >> Alguns dos temas específicos são voltados para o tratamento de comorbidades, enquanto outros abordam questões comuns a pacientes com abuso e dependência de substâncias psicoativas.

Enquanto os temas centrais, apresentados no capítulo anterior, referem-se a questões fundamentais em qualquer tratamento para dependência de substâncias psicoativas, a introdução de temas específicos dá a cada tratamento um desenho único que atende demandas singulares de cada paciente.

A literatura, tanto nacional quanto internacional, é unânime quando evidencia a presença de outros transtornos psiquiátricos alterando o curso da dependência química em populações específicas ou mesmo na população geral. Além disso, experiências pessoais e problemas decorrentes do uso também geram uma necessidade específica da abordagem de certos temas. Estudos evidenciam a presença de transtornos por uso de substâncias ocorrendo junto com outros transtornos psiquiátricos, considerados graves em função do diagnóstico, da incapacitação e da sua duração, em 50% ou mais dos casos.<sup>1</sup> Com números variando por conta do tipo de população estudada, das características sociodemográficas das amostras, do gênero e da região geográfica estudada, os transtornos mais prevalentes entre pacientes dependentes de álcool/outras substâncias são depressão, transtornos do humor, ansiedade, esquizofrenia, transtornos da personalidade antissocial e *borderline*, transtornos de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno desafiador de oposição e de conduta (entre adolescentes) e transtornos da alimentação (em mu-

lheres).<sup>2</sup> Afirma-se ainda que, embora o ideal seja contemplar os transtornos ocorrendo ao mesmo tempo com o mesmo rigor e a mesma intensidade no tratamento, não é isso que ocorre na maioria dos serviços para tratamento psiquiátrico.<sup>1,3</sup>

O objetivo deste capítulo é oferecer ao leitor um guia sobre como conduzir sessões com temas específicos para o atendimento de demandas oriundas da presença de comorbidades ou desencadeadas por experiências traumáticas ou problemas resultantes do abuso de álcool/outras substâncias.

## TEMAS ESPECÍFICOS

A escolha dos temas específicos deverá ser feita considerando-se alguns passos:<sup>4</sup>

- Identificar como os problemas apresentados estão relacionados entre si ou com outros contextos;
- Decidir se a questão identificada pode tornar-se um tema a ser discutido durante uma sessão ou se pode ser apenas um ponto a ser inserido em um tema central;
- Escolher em que momento esse tema será abordado durante o tratamento, se no momento do surgimento da questão ou em um outro instante, a ser decidido;
- Determinar quantas sessões serão necessárias para a abordagem do assunto.

Os temas devem ser inseridos durante o tratamento, conforme necessário (segundo avaliação) e de modo a permitir o sucesso para o desenvolvimento dos temas centrais já apresentados. Por exemplo, caso seja percebida, nas sessões iniciais, a presença de um quadro de ansiedade que impede o paciente de progredir com o questionamento do pensamento, a sessão sobre manejo de ansiedade, feita em momento adequado, facilitará a adesão ao tratamento e permitirá que o paciente exercite a técnica com sucesso. Talvez o foco no tratamento da dependência química não possa ser adiado em função da gravidade do caso, mas o cuidado com outro aspecto pode mostrar-se muito relevante no momento, de modo que, em vez de uma sessão semanal, é possível ter duas sessões durante a semana, com focos específicos em cada sessão. Não se pode esquecer que a decisão tomada sobre a inserção de temas e o momento em que isso ocorrerá deve ser feita com o conhecimento e a concordância do paciente.

Se a necessidade de sessões eletivas for, em número e em relevância, tão grande quanto a de temas centrais relativos ao tratamento da dependência de substâncias, talvez seja o momento de pensar em um encaminhamento para um profissional que possa acolher essa demanda de forma mais completa do que o especialista no tratamento da dependência química.

## ESTRUTURA DAS SESSÕES

### Tema: manejo do humor – depressão

Como já citado, a depressão, entre outros transtornos, ocorre com certa frequência em pacientes com problemas relacionados à dependência de álcool e outras substâncias,<sup>2</sup> tanto em populações de jovens<sup>5</sup> quanto em adultos e idosos.<sup>6</sup> Estudos recentes demonstram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão em pacientes que utilizam tratamento medicamentoso, apontando desfechos mais positivos nesses casos.<sup>7</sup> Segundo Beck e colaboradores,<sup>8</sup> pacientes com depressão têm um perfil cognitivo muito particular, apresentando uma tendência a subestimar-se ou criticar-se em função de suas dificuldades e a interpretar suas vivências de forma negativa, vendo também o futuro dessa forma (tríade cognitiva). Essa visão de mundo tende a contribuir para a manutenção dos sintomas e dificulta a solução dos problemas existentes no momento. Indivíduos deprimidos relutam em procurar e aceitar ajuda, sobretudo nos estágios iniciais do transtorno, observando-se uma maior dificuldade quando se trata de abuso ou dependência de substâncias semi-ilícitas.<sup>4</sup> A sensação de falta de esperança pode relacionar-se com a recaída, pois abre um espaço psicológico que pode ser preenchido pela substância, e a recaída, por sua vez, aumenta a desesperança na solução do problema, o que dificulta a adesão tanto ao tratamento medicamentoso quanto à psicoterapia. Depressão e desesperança, combinadas com o uso de substâncias, aumentam o risco de suicídio, precedido por pensamentos de que a única forma de resolver os problemas seria por meio da morte.<sup>9</sup>

Os pacientes suicidas são ambivalentes em relação a viver ou não; a crise pode ser aguda e, portanto, necessita de acompanhamento durante e após o evento, o que reforça a ideia da constante avaliação do risco como uma ferramenta clínica importante. Toda tentativa de suicídio deve ser considerada, e os sinais que a antecedem, evidenciados; além disso, a abstinência não é garantia de que o comportamento suicida não surja. A criação de um espaço terapêutico aberto, isento de julgamento, é importante nesses casos, não apenas dando oportunidade ao estabelecimento dos contratos, os quais, em geral, mostram-se insuficientes.<sup>10</sup>

A terapia cognitivo-comportamental tem o objetivo de, no caso do tratamento da depressão, auxiliar o paciente a conscientizar-se da forma como tem interpretado suas experiências e ampliar sua capacidade de reflexão, de maneira que essas vivências sejam analisadas de uma forma mais adaptativa. O treino e a prática da técnica do questionamento ou desafio dos pensamentos serão de suma importância. Ainda segundo Beck, vivências no início da vida podem determinar o desenvolvimento de crenças negativas sobre a própria pessoa ou sobre o contexto que a cerca; o uso de substâncias poderia, como compensação, ser um alívio para as sensações advindas dessas crenças negativas.<sup>11</sup> O alívio dos sintomas, o mais cedo possível, é essencial para o engajamento do paciente no tratamento.



Algumas questões devem ser esclarecidas para uma melhor conceituação cognitiva do caso, o que auxiliará na abordagem do tema:<sup>4</sup>

- Há situações de risco (estímulos internos ou externos) comuns tanto à depressão quanto ao uso de substâncias?
- Estados depressivos podem ser considerados situações de risco para o início do uso (na recaída) ou a manutenção do uso (em casos em que o paciente ainda não conseguiu fazer abstinência), ou a depressão é a consequência de uso, abuso ou dependência da substância?
- A presença de estados depressivos tem dificultado a adesão ao tratamento?
- Seria a depressão o elemento central do tratamento, e a questão do uso nocivo ou dependência de substâncias, um elemento secundário?
- Há pensamentos prevalentes de morte, ideação suicida ou tentativas concretas de suicídio, que exigem atenção especial imediata?

Os objetivos da sessão incluem:

- Oferecer informação (psicoeducação) sobre o tema, auxiliando na identificação das distorções cognitivas;
- Identificar o grau de depressão (utilizar escalas);
- Desenvolver habilidades de manejo da depressão e prevenção de recaídas;
- Auxiliar na identificação de situações de risco relacionadas à depressão, de modo a evitar lapsos ou recaídas no uso de álcool/outras substâncias.

É importante frisar que o número de sessões para completar o tema dependerá de cada caso. Fica a critério do profissional determinar se as sessões ocorrerão concomitantemente com aquelas cuja agenda está focada no tratamento da dependência química ou se terão lugar entre as sessões destinadas aos temas centrais. É fundamental que se dedique o tempo necessário para esgotar o tema. Pode ser necessário que o assunto seja retomado no final do tratamento como forma de prevenir recaídas, identificando quais as situações de alto risco relacionadas a esse tema.

### *Estrutura da sessão (segunda parte)*

O tema pode ter sua abordagem iniciada com a aplicação de uma escala específica (Escala de depressão de Beck) para identificar o grau de depressão ou intensidade dos sintomas depressivos. Os escores obtidos serão comparados àqueles obtidos em uma segunda aplicação, após a intervenção.<sup>12</sup> A aplicação da escala pode ser feita durante a sessão pelo próprio paciente ou pelo profissional, se houver necessidade de ajuda.

O passo seguinte será apresentar informações baseadas em evidências sobre o transtorno depressivo, incluindo o modelo cognitivo da depressão (exemplifi-

cando qual a relação entre as crenças, o pensamento, os sentimentos, os comportamentos e as reações fisiológicas), as principais distorções cognitivas relacionadas a esse transtorno, as abordagens de tratamento que têm se mostrado eficazes, a importância do uso do medicamento e do acompanhamento médico e quais as porcentagens de sucesso no tratamento. Discutir com o paciente, esclarecendo as possíveis dúvidas; durante a apresentação, deve-se estar atento para as observações trazidas por ele, que auxiliarão na melhor compreensão do caso. Pedir-lhe que identifique quais os pensamentos automáticos negativos ele percebe como relacionados com a depressão e treinar com ele as possíveis respostas mais adaptativas. A estratégia da metacognição (pensar sobre o pensar) auxilia o paciente no exame das situações de modo a diferenciar o que realmente acontece e o que ele pensa que acontece.<sup>13</sup> O desenvolvimento dessa habilidade auxilia no aumento do conhecimento, da consciência e do controle dos processos cognitivos.<sup>14</sup> As principais ferramentas para o exercício da metacognição são o registro diário de pensamentos e o questionamento socrático.

Durante a abordagem desse tema, é importante também o treino e a prática de algumas habilidades sociais (concernentes ao tema) e estratégias de resolução de problemas. Auxiliar o paciente a explorar as situações concretas, utilizando uma situação real, e, a partir daí, questionar suas crenças a respeito, construindo uma formulação flexível para essas situações, de modo que ele perceba que, embora tenha construído crenças sobre essas situações, crenças são crenças e podem não ser verdades.

Os pacientes com tendências suicidas necessitarão de maior apoio, contatos mais frequentes (entre as sessões para acompanhamento) e envolvimento da família (para informação e suporte). Ainda que o indivíduo assuma o compromisso com o profissional de que nada fará contra a própria vida, ou que não tenha um plano pronto e, por isso, não corre risco, ou, ainda, que se mudar a percepção dos eventos de vida mudará automaticamente sua intenção em relação a colocar a própria vida em risco, a chance de pensamentos suicidas ganharem força e mudarem o discurso anterior parece significativa. Nesses casos, toda atenção é pouco, pois o paciente tem estrutura frágil; o questionamento dos pensamentos, ainda que aconteça, é feito de forma inadequada; e o pensamento disfuncional ganha relevância. O oferecimento de um espaço terapêutico isento de julgamento, para que o paciente fale dos seus pensamentos e planos suicidas, o auxílio no desenvolvimento de estratégias para o questionamento desses pensamentos e a elaboração de um plano para lidar com esses pensamentos e comportamentos – o que inclui construir uma rede de suporte dentro da família ou de pessoas próximas –, são condutas profissionais importantes adotadas para esses pacientes.

A formação de uma rede de suporte com outros profissionais é uma opção válida para esses casos em que as vulnerabilidades do paciente estão expostas e os recursos, no momento, podem ser escassos. Ao longo do tratamento, com o desenvolvimento de recursos internos, a autonomia é reconstruída, e o paciente pode retomar o controle sobre sua vida.

Para auxiliar na condução do tema, pode-se utilizar algumas estratégias:<sup>4</sup>

- Identificar e manter o foco em problemas-alvo que o paciente declara relevantes (problemas comportamentais, cognitivos, afetivos ou psicológicos). Metas no sentido de conseguir o manejo desses problemas devem ser estabelecidas de forma clara e de maneira viável;
- Identificar as situações que favorecem a recaída (depressão);
- Trazer à consciência quais estratégias foram eficazes no passado para lidar com situações de estresse ou mudança;
- Elencar as atividades prazerosas (hobbies) que podem ser utilizadas como uma das formas de desafiar crenças disfuncionais.

## TAREFAS DE CASA

- Pedir ao paciente que faça um registro de pensamentos automáticos, identificando o humor que eles desencadeiam, treinando o questionamento dos pensamentos e descobrindo respostas alternativas mais adaptativas e os sentimentos eliciados.
- Automonitoramento dos sintomas depressivos durante a semana (Anexo 21.1). Pedir ao paciente que preencha o formulário mais de uma vez por semana, comparando, ao longo desse período ou em mais de uma semana, os formulários antes e depois do treino do questionamento do pensamento para ver o que mudou.
- Elaboração de um plano de atividades prazerosas e monitoramento do cumprimento do plano.

## Tema: manejo da ansiedade

A ansiedade tem sido descrita como uma das emoções mais perturbadoras que as pessoas podem vivenciar. Estão sob essa denominação as fobias (medos de situações ou coisas específicas), os ataques de pânico (sensação de que a loucura ou a morte são iminentes), o transtorno de estresse pós-traumático (fixação em situações traumáticas eliciadoras de sofrimento), o transtorno obsessivo-compulsivo (pensar e/ou fazer coisas repetidamente) e o transtorno de ansiedade generalizada (o indivíduo experimenta sensações de desconforto, preocupação e/ou medo durante a maior parte do tempo, desencadeadas por vários estímulos).<sup>15</sup> A ansiedade pode predispor os indivíduos a beber ou usar outras substâncias como forma de automedicamento ou de alívio, mantendo ou aumentando, no entanto, a sensação de ansiedade.<sup>16</sup> Estudos revelam a presença de sintomas de ansiedade entre usuários de álcool<sup>17</sup> e de maconha.<sup>18</sup> Assim sendo, é importante avaliar o quanto os níveis de ansiedade estão relacionados com o uso nocivo e a dependência de substância e como estão relacionados entre si.

A ansiedade é desencadeada por pensamentos que indicam que o indivíduo está vulnerável e, portanto, exposto ao perigo e ameaçado de alguma forma. Se o medo, em uma intensidade determinada, pode ser considerado um fator protetor, auxiliando o sujeito a identificar a que riscos poderia se expor – portanto, autocuidando-se –, a percepção exagerada e disfuncional de perigo ou ameaça pode desencadear sensações intensas de ansiedade. Os pensamentos geradores desse sentimento estão normalmente voltados para uma visão catastrófica do futuro, sempre ancorados em uma pergunta: “E se...?”.<sup>15</sup>

Os objetivos da sessão incluem:

- Informar sobre o transtorno de forma clara e objetiva com dados baseados em evidências científicas;
- Identificar o grau de ansiedade (utilizar escalas);
- Auxiliar no desenvolvimento de estratégias de manejo e de enfrentamento dos sintomas;
- Identificar as situações de risco (ansiedade) que podem resultar em lapsos ou recaídas.

### *Estrutura da sessão (segunda parte)*

Após a primeira parte da sessão, segue-se a informação do tema da segunda parte da sessão, seguida da aplicação da Escala de ansiedade de Beck<sup>12</sup> (cujos escores serão comparados com aqueles de uma segunda aplicação, após a intervenção, e, então, discutidos com o paciente). Após a aplicação da escala, há uma apresentação sobre a ansiedade, que deverá incluir o modelo cognitivo da ansiedade, as principais distorções cognitivas e a relação entre riscos percebidos e recursos evidenciados. A partir dessa apresentação, solicitar ao paciente que dê exemplos de sua vivência que ilustrem o que foi visto na teoria até o momento e auxiliá-lo a identificar quais as distorções cognitivas mais prevalentes e como poderiam ser questionadas. Pedir a ele que, em uma escala de 0 a 10, indique qual seria o valor atribuído aos riscos aos quais está exposto diante de determinada situação que considere estimuladora de estados de ansiedade e também qual o valor atribuído aos recursos que possui para enfrentar essa situação, elencando, após a avaliação, quais são os recursos disponíveis (auxiliar o indivíduo nesse processo, pois, em geral, os recursos não são evidenciados).

Apresentar ao paciente uma situação fictícia em que deverá avaliar o grau de ansiedade. Por exemplo: você está acampado em uma floresta, sentado sozinho à beira de uma fogueira, quando surge um urso imenso, feroz e faminto. Em uma escala de 1 a 10, quanto você ficaria assustado? Imagine agora que você tem em seu poder um bastão forte, longo e afiado que pode ser usado para repelir o urso. Qual seria o seu grau de ansiedade? E se você estivesse com um grupo de pessoas, todos portando rifles e armas de fogo, qual seria o nível do seu medo?<sup>19</sup> Faça uma análise da relação entre a identificação dos riscos e recursos.

Diversos instrumentos podem ser utilizados, desde a proposição de uma situação-problema para análise até a exposição de um vídeo, passando pela identificação de situações de história de vida do paciente já relatadas durante o processo terapêutico.

Treinar com o paciente algumas técnicas que podem auxiliar no manejo da ansiedade (escolher aquelas que mais se adaptam a ele ou selecionar algumas para uma sessão e deixar outras para o treino em outro momento cujo tema ainda seja esse), descritas a seguir:

- Automonitoramento para identificação precoce dos estímulos eliciadores da ansiedade por meio do preenchimento de um formulário. O objetivo dessa técnica é que o paciente, por meio do treino em observar-se, faça-o depois, automaticamente, identificando quais as emoções que cursam com estados de ansiedade (raiva, frustração, tristeza) e, posteriormente, quais os pensamentos que eliciaram essas emoções.
- Técnicas de relaxamento (ver Cap. 20, Anexo 20.8).
- Controle dos estímulos. Essa técnica auxilia o paciente a reduzir a associação entre a preocupação e os gatilhos específicos desencadeadores da ansiedade, o que, em geral, reduz a frequência e a intensidade desse tipo de resposta. O terapeuta deve auxiliar o paciente a determinar períodos em que ele irá se preocupar (pode ser um mesmo período em todos os dias da semana, e os períodos não devem estar associados a trabalho ou momento de relaxamento). O objetivo é adiar a preocupação para o horário marcado, evitando que o desconforto com a ansiedade dilua-se e seja continuamente sentido; essa técnica facilita o controle da situação.
- Distanciamento. Nessa técnica, o paciente trabalha com os pensamentos e predições de comportamentos de uma outra pessoa como se fossem seus, primeiro, colhendo as evidências, depois, examinando-as com cuidado e buscando interpretações alternativas mais baseadas em evidências de realidade e menos geradoras de estados de ansiedade.
- Treino e uso da estratégia ACALME-SE.<sup>20</sup> Ao final do treino, o terapeuta deve oferecer ao paciente o formulário com a descrição da técnica para que ele tenha o conteúdo em seu poder para a prática, quando necessário (Anexo 21.2).

## TAREFAS DE CASA

- Treino da estratégia ACALME-SE quando em situações geradoras de ansiedade.
- Pedir que o paciente escolha uma situação na qual geralmente haveria um gatilho para o desenvolvimento de quadros de ansiedade e treinar a

identificação dos pensamentos e a descoberta de outras respostas mais adaptativas, registrando seu nível de ansiedade. (Esse é um experimento comportamental; o terapeuta deve estar atento ao definir metas atingíveis.)

- Solicitar ao paciente que registre seus pensamentos e as emoções associadas a eles, identificando os gatilhos para a ansiedade.
- Pedir ao paciente que registre situações de ansiedade e o surgimento de pensamentos relativos ao uso de substâncias. Observação: se a sessão de “manejo da fissura” já foi feita, pedir a ele que coloque no seu registro uma coluna chamada “Como lidei” e anotar as ações tomadas para manejo dos pensamentos eliciadores da fissura.
- Estimular a confecção de cartões-lembrete nos quais as respostas alternativas aos pensamentos eliciadores da ansiedade estejam anotadas.

## **Tema: lidando com experiências traumáticas e de abuso**

Estudos evidenciam que é alta a comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A relação entre um transtorno e outro se dá em um círculo vicioso: o uso de álcool e outras substâncias predispõe o indivíduo a situações de risco para a experimentação de eventos traumáticos, assim como a memória associada a esses eventos pode induzir o indivíduo ao uso na busca de sensações de alívio. As taxas em que esses dois transtornos ocorrem simultaneamente, em uma população clínica em tratamento com internação, variou de 38,5% (no momento do tratamento) a 51,9% (na vida) dos casos.<sup>21</sup> Assim sendo, a investigação da presença de TEPT deve fazer parte dos protocolos de tratamento para dependentes químicos, já que o reconhecimento precoce dessa comorbidade previne sua cronicidade e favorece a adesão ao tratamento com melhores desfechos.<sup>22</sup>

Os transtornos por uso de álcool e outras substâncias também estão presentes em vítimas de abuso sexual, assim como em seus agressores. Um estudo com adolescentes sem-teto com abuso de substâncias mostrou que a história de abuso sexual estava presente em 60% dos casos,<sup>23</sup> com maior prevalência de ocorrência no sexo feminino.

O modelo cognitivo-comportamental sugere que a adaptação do indivíduo ao evento traumático requer e depende do processamento e da integração do fato ocorrido aos esquemas cognitivos existentes e ao desenvolvimento subsequente de novos esquemas. A incapacidade do indivíduo em processar a informação de forma adequada resultaria na formação de esquemas geradores de ansiedade e esquiua.<sup>24</sup> Estudos comprovam a eficácia das terapias cognitivo-comportamentais em pacientes tanto com TEPT quanto em vítimas de abuso sexual.<sup>25,26</sup>

Os objetivos da sessão incluem:

- Oferecer informação sobre o TEPT e/ou sobre o modelo cognitivo do trauma/abuso;
- Desenvolver estratégias de manejo do transtorno e/ou como lidar com as consequências da exposição a eventos traumáticos (abuso);
- Auxiliar o paciente na identificação dos gatilhos que levam ao uso de álcool/ outras substâncias relacionados a essas situações.

### *Estrutura da sessão (segunda parte)*

A abordagem desse tema pode iniciar-se com aplicação de uma escala de ansiedade (ver tema “Manejo da ansiedade”) ou de estresse (Post-traumatic Stress Disorder Checklist [PCL-C], Anexo 21.3), aproveitando os resultados para ampliar a discussão sobre o assunto com o paciente e para compará-los com aqueles que serão obtidos em uma avaliação posterior à intervenção. O fornecimento de informação sobre o TEPT e o modelo cognitivo (tanto do TEPT quanto do abuso) por meio da psico-educação será o próximo passo na condução do tema. O terapeuta deve esclarecer dúvidas durante a apresentação. Auxiliar o paciente a identificar quais são os pensamentos disfuncionais relacionados com as experiências traumáticas, como eles interferem na presença de certos estados emocionais e como esses estados emocionais estão conectados com o uso de substâncias. É importante que o paciente consiga identificar quais são as suas crenças relacionadas às substâncias e se o significado atribuído ao uso está vinculado à sensação de alívio.

A experiência traumática ou repetidas experiências traumáticas, sobretudo no início da vida, causam um impacto maior no desenvolvimento de crenças centrais relacionadas a como o paciente vê o mundo ou a si próprio, e, nesse caso, crenças centrais podem estar relacionadas a baixa autoestima ou autorreprovação. O profissional pode recorrer à conceituação cognitiva do caso, buscando elucidar, junto ao paciente, quais as experiências que resultaram na construção de tais crenças, o quanto são funcionais e como poderiam ser questionadas.

Se houver necessidade, deve-se dedicar mais tempo ao assunto, e, se a abordagem do tema trouxe novas questões, pode-se marcar mais uma sessão para esgotar o tema. Deve-se aproveitar o tempo e treinar estratégias de controle da ansiedade, de autoins-trução (para correção dos pensamentos disfuncionais) e de automonitoramento.

### TAREFAS DE CASA

- Pedir ao paciente que pratique a estratégia ACALME-SE caso ele se sinta ansioso diante de determinados estímulos.
- Planejar com ele um experimento comportamental com exposição a certos estímulos, desde que o treino para enfrentamento tenha sido feito durante a sessão.

- Solicitar ao paciente que registre seus pensamentos disfuncionais e os reescreva de forma corrigida com base em eventos atuais.
- Em um diário, pedir ao paciente que registre quais os eventos e os pensamentos geradores de ansiedade que desencadearam pensamentos relativos ao uso de álcool/substâncias. Na sessão seguinte, propor estratégias de enfrentamento para essas situações de risco.

## **Tema: como construir autoconfiança e autoestima**

A autoestima pode ser definida como a capacidade de respeitar-se e admirar-se, e, embora a baixa autoestima não se constitua em um diagnóstico psiquiátrico por si só, é uma condição presente em grande parte da população de dependentes de substâncias. Muitas vezes, aparece como uma dificuldade de fundo, que acompanha ou aparece nas entrelinhas dos problemas apresentados e pode ser um empecilho para o progresso no tratamento se não houver um cuidado especial buscando sua reconstrução.<sup>27,28</sup> Depressão, ansiedade, hostilidade, raiva, vergonha, culpa, solidão e sensação de embaraço são traços que coexistem com frequência com a baixa autoestima.<sup>29</sup> O controle em relação ao uso da substância (ou abstinência) e o sucesso no tratamento desse problema aumentam a autoestima.<sup>4</sup>

Do ponto de vista cognitivo-comportamental, a baixa autoestima pode ser entendida como um julgamento global negativo (“Sou chato, burro”) sobre si mesmo, que pode ser consequência da interação de fatores inatos com experiência do meio, como negligência, abuso, luto e falta de afeto ou prazer. As crenças secundárias (ou regras) funcionam como válvulas de escape que permitem à pessoa sentir-se mais ou menos feliz consigo própria, desde que cumpra o que esperam dela para compensar o fato de não se valorizar (ser perfeito e amado, estar no controle, etc.) (“A menos que eu seja a estrela da festa, ninguém vai me notar”, “Tenho que trabalhar duro, ou acabarei falhando”). Diante de um evento crítico, novo na vida da pessoa (mudança de cidade, perda do contato com amigos ou novas demandas na vida profissional), o sistema de crenças é ativado e os pensamentos negativos surgem (“Não vou causar uma boa impressão”), gerando uma sensação de ansiedade (sudorese, pânico) e um comportamento disfuncional, como, por exemplo, de evitação do contato. A crença central é confirmada (“Eu realmente sou burro e chato”), surgem as autocríticas com maior força (“Fiz de novo”, “Nunca vou melhorar”) e o humor fica deprimido, o que mais uma vez ativa o sistema de crenças, gerando um círculo vicioso.<sup>30</sup> A conceituação cognitiva do caso supõe responder a algumas perguntas:<sup>4</sup>

- Quão relevantes são essas experiências para a dependência?
- A baixa autoestima está, por exemplo, relacionada com as crenças centrais quando o paciente se confronta com uma situação de alto risco?
- A baixa autoestima, associada à depressão e a um estímulo interno ou externo, deixa o paciente mais vulnerável para recair?



- As crenças da baixa autoestima norteiam crenças que levam a utilizar a substância como um comportamento gerador de segurança?

As intervenções específicas associadas a comorbidades como depressão e ansiedade podem favorecer a autoestima. Se, após sessões abordar esses temas, a autoestima ainda permanecer rebaixada a ponto de prejudicar a vida da pessoa e a adesão ou o progresso no tratamento, deve-se fazer uma sessão focada nesse assunto até que o paciente consiga manejar melhor as crenças e os pensamentos que interferem na forma como ele se vê, nas suas emoções e no seu comportamento.

Os objetivos da sessão incluem:

- Auxiliar o paciente a identificar os padrões de pensamento disfuncionais que estão envolvidos com o autoconceito e a autoestima;
- Estabelecer uma relação entre autoestima e autoconfiança;
- Desenvolver e treinar estratégias para o aumento da flexibilidade cognitiva;
- Identificar como a autoestima rebaixada pode ser uma situação de risco para recaída e como a autoconfiança pode favorecer o processo de alcance e manutenção da abstinência;
- Aumentar a autoestima e a autoconfiança do paciente.

### *Estrutura da sessão (segunda parte)*

Essa segunda parte pode ser iniciada com a aplicação da escala de autoestima de Rosenberg (Anexo 21.4), seguida de uma apresentação de psicoeducação sobre o modelo cognitivo-comportamental da autoestima. É importante que, no decorrer da apresentação, enquanto a prática da técnica estimula o diálogo e a reflexão do paciente, vá ficando evidente como a baixa autoestima interage com o uso das substâncias. O terapeuta deve tentar avaliar quais foram as experiências anteriores que resultaram na construção das crenças cujo resultado é a ideia negativa a respeito de si mesmo e como podem ser reavaliadas no momento. O profissional deve encorajar o paciente a encontrar uma contraevidência sobre sua crença central, de modo que essa forma mais realista e mais autoadaptada auxilie na quebra de estruturas dogmáticas que favorecem a baixa autoestima. É importante que o paciente perceba que as crenças sobre si mesmo não são fatos, e sim opiniões construídas por ele. Se houver tempo, deve-se fazer um *role-play* no sentido de favorecer o realce de habilidades que o paciente tem para lidar com vários tipos de situações, mas que ele próprio não evidencia.

### TAREFAS DE CASA

- Pedir ao paciente para monitorar os pensamentos automáticos negativos e buscar evidências contrárias.

- Solicitar a ele que identifique erros de pensamento e desafie os pensamentos em branco e preto (tudo ou nada?).
- Pedir ao paciente que faça uma escala de atividades prazerosas e que ele faz bem. Durante a semana, ele deve praticar as atividades listadas na escala, da forma como foram planejadas. Anotar os pensamentos e sentimentos em relação a si mesmo após a realização das atividades.

## **Tema: como enfrentar dificuldades nos relacionamentos familiares e pessoais**

Vários estudos evidenciam a importância do papel da família no tratamento do indivíduo dependente e como um relacionamento considerado funcional e produtivo pode constituir-se em fator de proteção e adesão ao tratamento,<sup>31,32</sup> fortalecendo as chances de mudança e de manutenção do novo comportamento. Porém, se o dependente convive com familiares, parceiros ou amigos íntimos que fazem uso abusivo de substâncias ou são dependentes químicos, o que poderia ser fator de proteção torna-se um risco para lapsos ou recaídas propriamente ditas. Modelos baseados no treinamento de família e reforço da comunidade e terapia familiar multidimensional<sup>31,32</sup> têm favorecido a adesão e permanência no tratamento de adolescentes e adultos. O foco desses modelos enfatiza o desenvolvimento e o treinamento de habilidades de comunicação, prática do reforço positivo, autorreforço para o familiar, desencorajamento do uso, precaução contra a violência doméstica e envolvimento da família, de pares e de pessoas próximas ao problema-alvo.

O desenvolvimento de habilidades de comunicação melhora a qualidade das relações familiares e com pessoas íntimas de modo significativo. O desenvolvimento da assertividade permite que o indivíduo, com eficácia, consiga colocar-se diante de pessoas próximas e íntimas de forma a alcançar seus objetivos, sem prejudicar a relação. A comunicação adequada nos relacionamentos próximos e íntimos facilita o surgimento do sentimento de proximidade, a compreensão do ponto de vista da outra pessoa e a prática da assertividade, que impede que os pensamentos e ressentimentos de uma área da vida passem para outras, contaminando-as.<sup>33</sup>

A intervenção com o modelo cognitivo-comportamental para os problemas com casais e com familiares objetiva modificar expectativas irrealistas na relação, corrigir falsas atribuições às interações nas relações e treinar o uso de autoinstrução para o desenvolvimento de comportamentos para diminuir a ocorrência de interações destrutivas. Nesse referencial, as crenças centrais (desenvolvidas a partir de experiências da criança com pessoas significativas e com influência de fatores socioculturais) e intermediárias dos cônjuges ou dos elementos da família podem, diante de determinadas situações de interações familiares, gerar pensamentos automáticos disfuncionais, influenciando de maneira negativa as relações conjugais ou familiares. Com frequência, relacionamentos disfuncionais surgem quando um

ou mais elementos da relação (familiar ou conjugal) têm crenças distorcidas ou expectativas irrealistas a respeito de si mesmo, de outrem e do relacionamento. Com o passar do tempo, formam-se conclusões negativas a respeito do comportamento dos outros, e o aspecto negativo passa a ser sempre evidenciado a despeito do aspecto positivo, favorecendo o surgimento de conflitos e dificuldades no desenvolvimento de uma relação saudável.<sup>34</sup> A intervenção objetiva corrigir essas distorções, gerando estados emocionais mais estáveis e favorecendo a melhoria das relações.

É importante destacar que a abordagem desse tema, depois de identificada sua necessidade, contará com a inserção e participação da família ou pessoas importantes para o paciente no processo terapêutico. Provavelmente, a família já foi contatada e auxiliou na coleta da história clínica, mas, nesse momento, o foco é a discussão das relações entre família/paciente. A escolha do tema deve ter sido discutida a partir das necessidades evidenciadas pelo paciente, e ele deve estar ciente e de acordo com o convite que será feito à família. A presença do paciente nas sessões de terapia com a família deverá ser discutida com ele. Se o ambiente familiar é favorável e acolhedor, é importante que o indivíduo esteja presente, até porque o vínculo terapêutico se fortalece. No entanto, se há hostilidade no ambiente familiar e os ânimos não estão sob controle, o paciente pode optar por não estar presente nas sessões. Nesse caso, o processo é feito com a família, e, nas sessões individuais com o paciente, dá-se o *feedback* das sessões com seus parentes.

Essas sessões específicas com os familiares não impedem que eles estejam engajados em outro processo terapêutico cujo objetivo seja a orientação familiar, realizado por outro profissional. São dois processos diferentes, buscando resultados em domínios distintos.

Os objetivos da sessão incluem:

- Oferecer ferramentas para que haja um equilíbrio entre o fornecimento de suporte familiar e a autonomia do paciente, a fim de que ela seja mantida;
- Avaliar o nível de compreensão que a família ou pessoas íntimas têm do problema da dependência, acolhendo sua ansiedade;
- Permitir que os familiares revelem suas expectativas sobre outros membros da família e investigar como essas impressões afetam várias interações no contexto familiar;
- Identificar como a família gerencia crises, mudanças e eventos de vida não esperados, evidenciando qual o impacto do problema da dependência no funcionamento familiar;
- Desenvolver estratégias mais funcionais com familiares ou pessoas íntimas, no sentido de fornecer o suporte necessário ao familiar dependente;
- Melhorar ou desenvolver habilidades de comunicação.

### *Estrutura da sessão (segunda parte)*

Inicia-se a abordagem desse tema (seja com a família nuclear e pessoas íntimas ou apenas com o cônjuge) com uma apresentação do modelo cognitivo, enfatizando o aspecto da influência dos pensamentos (ancorados nas crenças dos indivíduos) nas emoções, nos comportamentos e nas reações fisiológicas.

A aplicação do mapeamento das relações familiares (Anexo 21.5, podendo ser adaptado para relações conjugais) vai auxiliar na identificação da percepção que se tem do familiar dependente e dos comportamentos associados a essa percepção. Os familiares serão levados a pensar sobre quais comportamentos favoreceriam as relações e quais têm prejudicado. Após a aplicação, o terapeuta deve discutir os resultados com os familiares ou o cônjuge, ficando atento para o que foi apontado como comportamento a ser modificado, que poderá ser utilizado para o estabelecimento de metas ou mesmo para tarefa de casa. Os passos seguintes da intervenção se concentrarão em:

1. Explorar quais as crenças desenvolvidas sobre o relacionamento conjugal ou familiar;
2. Redefinir com o casal ou com a família quais os pontos a serem destacados, corrigindo as crenças disfuncionais;
3. Auxiliar na identificação dos pensamentos disfuncionais, reforçando o conteúdo teórico sobre distorções cognitivas. Leitura mental é uma distorção cognitiva importante que afeta os relacionamentos;
4. Família ou casal devem predispor-se a examinar seus pensamentos, confirmar se estão baseados em evidências de realidade e questioná-los, considerando explicações alternativas. O teste das predições também oferece um resultado interessante no questionamento dos pensamentos;
5. Após a identificação e análise dos pensamentos geradores de estresse, discutir com os participantes da sessão a parcela de responsabilidade de cada familiar (inclusive do paciente) na produção dos gatilhos e no engajamento em armadilhas (divisão da responsabilidade).

Um segundo passo para o atendimento conjugal ou familiar deve focalizar a melhoria da comunicação, e, para tanto, deve-se proceder uma sessão de treino em assertividade (ver Cap. 20, Estrutura das sessões: temas centrais) adaptada às necessidades do casal ou da família. Marcar o número de sessões necessárias tanto para o treinamento no modelo cognitivo quanto para o treino na assertividade. O ensaio comportamental, ou *role-play* (ver Anexos do Cap. 20), é uma técnica que pode ser utilizada com eficácia nessas sessões, pois expõe pensamentos ou sentimentos do casal ou da família, os quais, de outra forma, não seriam trazidos para a discussão.

Quando o atendimento for feito com o cônjuge, pode-se optar por um modelo em que sejam incluídas sessões de acolhimento individual entre as sessões feitas com o casal. Essas sessões têm o objetivo de permitir que os indivíduos fiquem mais à vontade, não se sentindo intimidados pela presença do outro e, assim, expondo mais claramente suas demandas, trazendo de forma mais clara sua visão sobre os problemas do relacionamento ou mesmo declarando uma vontade pessoal em relação à sua permanência ou não no relacionamento.<sup>34</sup>

O terapeuta deve oferecer, ao final da sessão, uma lista de grupos de ajuda mútua (AA, NA ou outros) que funcionarão como elementos de apoio familiar, enquanto é feito o processo de retomada do curso da vida (pessoal-paciente e familiar).

## TAREFAS DE CASA

- Solicitar aos participantes da sessão (incluindo o paciente) que treinem o registro dos pensamentos automáticos, como eles determinam sentimentos e comportamentos e quais as respostas mais adaptativas ante os estímulos percebidos.
- Pedir que façam uma lista de situações-estímulo que desencadeiam estresse familiar e de como poderiam lidar com essas situações de modo mais funcional (pode ser feito em um formulário de automonitoramento).
- Indicar aos participantes que, durante a semana, entre as sessões, façam um treino do comportamento assertivo, escolhendo situações cotidianas, identificando seus pensamentos e comportando-se de forma assertiva, considerando seus direitos, opiniões e sentimentos e respeitando o mesmo nas outras pessoas.
- Entregar aos participantes um formulário com situações preestabelecidas e pedir que informem como agiriam frente a elas (esse treino também pode ser feito durante a sessão, após a apresentação dos estilos de resposta).

## Tema: lidando com problemas relacionados ao sono

A insônia é um dos mais comuns distúrbios do sono e está associada à presença de transtornos psiquiátricos. Pacientes com diagnósticos psiquiátricos, em sua maioria, referem dificuldade de iniciar e manter o sono (insônia inicial e de manutenção) e presença de um sono não reparador, sendo a insônia terminal (despertar precoce) comum em quadros depressivos. O transtorno bipolar e o transtorno depressivo (depressão sazonal e atípica) podem cursar com presença de hipersonia (excesso de sono).<sup>35</sup>

Estudos evidenciam que o uso de substâncias psicoativas (álcool, nicotina ou substâncias ilícitas) afeta de forma aguda e crônica a arquitetura do sono. Distúrbios de sono comuns durante a ingestão de substâncias também persistem durante o período no qual é observada a síndrome de abstinência. Aumentam as evidências

de que a insônia primária sem um transtorno psiquiátrico associado pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de dependência de substâncias; se persiste e instalada a dependência, a insônia torna-se um fator que dificulta a adesão ao tratamento e predispõe à recaída.<sup>36</sup>

O medo da insônia, ou insônia psicofisiológica, tem seu diagnóstico baseado na história do paciente, o qual é realizado apenas quando outras causas já foram descartadas. Em geral, a apreensão e o medo de não conseguir dormir induzem estados de ansiedade mais elevados: quanto mais o indivíduo luta para dormir, menos consegue.<sup>4</sup> Uma avaliação correta do problema deve incluir:<sup>37</sup>

- Início dos sintomas;
- Fatores desencadeante, de melhora e de piora;
- Horário que vai para a cama, que acorda e que levanta;
- Como se sente ao despertar;
- Despertares durante a noite, presença de sono agitado;
- Cansaço, sonolência, irritabilidade, dores no corpo durante o dia;
- Atividades físicas: frequência e horário;
- Tipo de trabalho e número de horas trabalhadas;
- Medicamentos utilizados;
- Presença de outros transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade) ou outras doenças;
- Uso de álcool e outras substâncias;
- Tratamentos já realizados.

As intervenções cognitivo-comportamentais voltadas para o tratamento da insônia tem se mostrado efetivas; em alguns estudos, foi revelado que cerca de 70 a 80% das pessoas se beneficiam delas. As intervenções têm como objetivo reduzir e/ou modificar fatores que têm uma interferência negativa no sono (hábitos mal-adaptativos, hiperestimulação cognitiva ou fisiológica e crenças disfuncionais). São exemplos de intervenções: educação para a higiene do sono, terapia de controle de estímulos, terapia de restrição de sono, terapia de relaxamento,<sup>38</sup> desafio de pensamentos automáticos e de crenças disfuncionais.

A prática da higiene do sono objetiva estabelecer um hábito regular de sono, além de evitar comportamentos ou condições incompatíveis com o sono reparador:

- Quarto de dormir silencioso, escuro e com temperatura agradável;
- Horário relativamente uniforme para deitar e levantar;
- Evitar bebidas estimulantes, como café e bebidas alcoólicas, bem como o uso de tabaco e refeições pesadas antes de dormir;
- Evitar exercícios extenuantes imediatamente antes de deitar;
- Não ouvir música, ver programas de televisão, filmes ou realizar leituras excitantes perto do horário de dormir;
- Não falar ao telefone, assistir televisão ou fazer refeições na cama;

- Evitar o uso crônico de medicamentos para a insônia;
- Evitar longas sestas ou minimizar os cochilos diurnos;
- Tomar medicamentos rigorosamente como foram prescritos;
- Expor-se à luz do sol (sobretudo idosos).

A terapia de controle de estímulos baseia-se na premissa de que a insônia é mantida ou exacerbada por respostas mal-adaptativas condicionadas ao ambiente do dormitório ou à própria rotina relacionada ao ato de dormir. A quebra desses padrões supõe duas regras: o indivíduo deve ir para a cama somente quando estiver com sono e não ficar frustrado se as dificuldades para dormir aparecerem. Se isso acontecer, em vez brigar com o insucesso, ele deve realizar outra atividade tranquilizadora até que o sono volte, e então o processo é reiniciado.

A terapia de restrição de sono enfatiza a necessidade de que o paciente permaneça deitado apenas durante o tempo em que um sono efetivo esteja presente, não compensando o fato de não dormir à noite deitando-se antes do horário de dormir ou ficando mais tempo na cama após acordar. As técnicas de relaxamento são mais úteis para pacientes que têm dificuldades relacionadas à insônia inicial e podem ser associadas às técnicas recém-descritas, objetivando uma redução na tensão muscular e física e auxiliando no alcance do objetivo.<sup>38</sup>

Os objetivos da sessão incluem:

- Informar o paciente sobre possíveis relações entre o uso de álcool e outras substâncias e a presença de sintomas de insônia;
- Auxiliar no manejo do sono durante os períodos de abstinência;
- Auxiliar o paciente no treino da higiene do sono e na prática de comportamentos que facilitem o alcance de um sono reparador;
- Desenvolver hábitos que mantenham uma condição favorável de sono ao longo da vida.

Os pacientes com excesso de sono (por uso de medicamento prescrito) ou com falta de sono (p. ex., sintomas de abstinência) devem ter suas queixas acolhidas, e o horário da realização da sessão de terapia deve ser revisto e remanejado para um melhor aproveitamento.

### *Estrutura da sessão (segunda parte)*

O início da abordagem desse tema pode ser feito com a avaliação do sono do paciente segundo o roteiro aqui proposto, tornando-o consciente de sua condição e de seus comportamentos que favorecem ou dificultam essa questão.

Uma apresentação dos efeitos do uso agudo e crônico das substâncias psicoativas sobre o sono, assim como o quanto o sono é afetado durante o período da síndrome de abstinência, é importante para que o paciente saiba das

dificuldades que pode enfrentar durante esse período, mas que tem seu prazo de validade delimitado. O terapeuta deve tentar identificar com o paciente os pensamentos e crenças são relacionados a esse tema: “Não conseguirei dormir esta noite, e meu dia amanhã será péssimo”, “Tenho medo da hora em que começa a escurecer”, “Tenho que dormir oito horas, senão ficarei mal”, “Se eu não fumar um baseado, não conseguirei dormir”, “ Só conseguirei dormir se tomar um copo de *whisky*”. O profissional deve auxiliar o paciente no desafio desses pensamentos, procurando evidências contra e a favor deles; ajudá-lo a buscar respostas mais adaptativas, evidenciando ao paciente a mudança de humor que elas produzem; treinar o controle dos pensamentos perturbadores que ocorrem ao deitar para dormir; esclarecer dúvidas, oferecer ao paciente uma apostila ou um formulário com o conteúdo do que foi discutido durante esse encontro e manter contato com o profissional responsável pelo tratamento farmacológico do paciente, de modo que a conduta seja uniforme.

#### TAREFAS DE CASA

- Solicitar ao paciente que faça um diário, anotando a hora de deitar-se e acordar, bem como a qualidade do sono naquela noite (de 0 a 10).
- Pedir ao paciente que anote quais pensamentos ocorreram antes de deitar e ao deitar-se e como foram desafiados. É importante que ele fique atento para quando o desafio dos pensamentos – na busca de uma resposta baseada nas evidências de realidade –, causou uma mudança no seu estado de ansiedade e, consequentemente, melhor qualidade de sono.
- Solicitar ao paciente que treine a prática de técnicas de relaxamento durante o dia e em momentos de tranquilidade, para que possa utilizá-las antes de dormir nas noites em que a ansiedade estiver presente.

#### **Tema: manejo da impulsividade e da raiva**

A ira é uma emoção básica (primária) universal, e, quando as pessoas descrevem suas vivências emocionais mais recentes, a raiva é a emoção que surge com maior frequência. Sentimentos de ira são desencadeados a partir da percepção de obstáculos que interferem no alcance dos objetivos de uma pessoa, críticas injustificadas, experiências de rejeição e quebra da confiança, entre outras razões. A essência da raiva é a crença de que a situação não é o que deveria ser, ou seja, nada que se apresente como rejeição, crítica ou restrição é considerado legítimo. É a emoção mais passional e também a mais perigosa, já que objetiva destruir os obstáculos que a desencadearam. Estudos indicam que metade dos episódios de raiva inclui gritos, e, em 10% dos casos, há comportamentos de agressão.<sup>39</sup> Nos estágios iniciais da ira, como, por exemplo, na presença da indignação, o efeito pode ser positivo sobre o indivíduo, caso o pensamento mantenha-se funcional.



Os indivíduos com abuso ou dependência de substâncias podem apresentar, com frequência, sentimentos de raiva e comportamentos violentos, assim como parecem ter pouco controle dos impulsos. A impulsividade tem sido evidenciada como um fator de vulnerabilidade para o engajamento no uso e na consequente dependência de drogas, assim como pode ser desencadeada ou aumentada pelo uso e/ou abuso, afetando o tratamento tanto no alcance da abstinência como na predisposição aos episódios de recaída.<sup>40</sup>

O modelo cognitivo-comportamental da raiva – expresso pela relação entre pensamento distorcido (p. ex., personalização), emoção e comportamentos subsequentes – enfatiza, em sua intervenção, a identificação dos gatilhos, no desafio dos pensamentos gerados por esses gatilhos e na prática de técnicas comportamentais enquanto o questionamento não é feito (p. ex., acalmar-se). A eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais é comprovada para o manejo da raiva em crianças, jovens e adultos.<sup>41</sup>

Talvez sejam necessárias algumas sessões para o esgotamento do tema; alguns manuais sugerem até 12 sessões<sup>42</sup> em grupo, incluindo as de reforço. No atendimento individual, o número de sessões dependerá de cada paciente. Sessões de resolução de problemas e de conflito e treino em assertividade podem ser associadas a essa sessão como temas coadjuvantes. Caso já tenham sido feitas no elenco de temas centrais, aspectos essenciais daquelas sessões, ou o terapeuta perceba que não foram incorporadas, poderão, nesse momento, ser revistas.

Os objetivos da sessão incluem:

- Desenvolver a habilidade de manejo da raiva, auxiliando na identificação dos gatilhos desencadeadores desse sentimento;
- Desenvolver maior controle sobre pensamentos e comportamentos geradores de raiva;
- Diminuir a incidência de comportamentos violentos ou impulsivos;
- Construir a habilidade para receber suporte e *feedback* de outras pessoas.

### *Estrutura da sessão (segunda parte)*

O terapeuta deve iniciar com a apresentação do modelo cognitivo da raiva (ciclo da raiva) e discutir alguns mitos sobre esse sentimento:

- A raiva é herdada e nada se pode fazer sobre isso;
- A raiva sempre resulta em agressão;
- As pessoas podem ser agressivas para obter aquilo que desejam;
- Expressar a raiva é terapêutico.

O objetivo é ampliar a discussão, fazendo com que o paciente contextualize melhor como lida com a raiva e com seus impulsos. Auxiliar na identificação das

situações-gatilho para a raiva (cognitivos, emocionais, comportamentais e físicos). Ajudar no desafio dos pensamentos, na busca de respostas mais adaptativas e estados emocionais mais estáveis. Treinar o uso do termômetro da raiva (Anexo 21.6). Cartões-lembrete são úteis para auxiliar no desafio dos pensamentos, fornecendo interpretações alternativas para as situações-gatilho, e para identificar qual a estratégia adequada para lidar com uma determinada situação. Autoinstruções como “vá devagar”, “calma” e “não haja imediatamente” são importantes para explorar novas alternativas de ação. Auxiliar na construção de planos alternativos para lidar com a raiva (“dar um tempo”, falar com um amigo confiável, fazer uma caminhada, ir à academia, ir a uma reunião de 12 passos, identificar quais os primeiros pensamentos e sentimentos que deram origem à raiva).

Para o controle dos impulsos, deve-se utilizar técnicas como *role-play* e situações imaginárias nas quais o paciente primeiro examina seu comportamento (examina sensações físicas ou outras que precedem o impulso do comportamento); e, depois, as reações apropriadas modeladas a partir do comportamento do terapeuta são praticadas pelo paciente. Técnicas de relaxamento, utilizadas para o manejo de outras situações também são bem-vindas nessa sessão; explicar como elas funcionam (se já não foi feito em outra sessão) e treinar durante a sessão, pedindo que o paciente repita em casa, durante as sessões. Enfatizar a importância da aprendizagem com experiências passadas como forma de evitar os mesmos prejuízos no futuro, desenvolvendo, a partir dessas experiências, novas habilidades de manejo.

#### TAREFAS DE CASA

- Pedir ao paciente que confeccione cartões-lembrete com instruções para o manejo da raiva.
- Solicitar ao paciente que, durante a semana, usando o termômetro da raiva, marque o nível de ira no momento da situação e novamente no dia seguinte ao evento. Pedir que compare os dois escores e qual o pensamento que determinou cada uma das notas.
- Quando forem identificados gatilhos, pedir ao paciente que faça mais de um plano de ação (para a mesma situação estímulo), comparando os benefícios que cada uma das ações pode trazer.

## A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E OS TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE MAIS PREVALENTES

Estudos recentes indicam que entre indivíduos com abuso e dependência de substâncias (álcool, maconha e nicotina) encontram-se pessoas com diagnóstico fecha-

do para transtornos do eixo II, mais especificamente, transtorno da personalidade antissocial, *borderline* e com traços de personalidade esquizotípica (relacionados com mais frequência ao uso de maconha). Essa relação altera expressivamente o curso da dependência química nesses indivíduos.<sup>43</sup> Cerca de 40 a 50% dos indivíduos com diagnóstico de transtorno por uso de substâncias atendem critérios para o diagnóstico da personalidade antissocial, e quase 90% dos indivíduos diagnosticados com esse transtorno têm problemas com uso abusivo ou dependência de álcool e outras substâncias.<sup>44</sup> A dependência de cocaína é um diagnóstico com alta prevalência entre pessoas que atendem critérios para transtorno da personalidade antissocial de ambos os sexos, embora sua incidência seja menos frequente no gênero feminino.<sup>45,46</sup>

Os pacientes com essas características apresentam dificuldades na adesão ao tratamento e têm dificuldades na mudança de comportamentos, o que acaba favorecendo o abandono do tratamento. Os episódios de recaída aparecem com maior precocidade, mas a combinação entre as estratégias farmacológicas, motivacionais e cognitivo-comportamentais é a que apresenta resultados mais animadores.<sup>2</sup> A terapia cognitivo-comportamental tem sua aplicabilidade muito bem documentada no tratamento desses transtornos da personalidade, focando tanto na reestruturação cognitiva quanto no desenvolvimento de habilidades sociais, de enfrentamento de situações de risco e de resolução de problemas.

Todo e qualquer diagnóstico deverá ser realizado após o período de desintoxicação, visto que o estado de intoxicação prejudica a avaliação, pois o comportamento do paciente pode ser atribuído a condições clínicas relativas tanto ao transtorno por uso de substâncias como ao transtorno da personalidade. Neste capítulo, a abordagem será nos transtornos da personalidade mais prevalentes que ocorrem em comorbidade com o transtorno da dependência de substâncias: transtorno da personalidade antissocial e da personalidade limítrofe ou *borderline*.

É difícil que pacientes com transtorno da personalidade antissocial busquem terapia por vontade própria; sua chegada se dá por imposição de outrem, pois os indivíduos não se veem tendo problemas. Como resultado de suas percepções distorcidas, podem ver o terapeuta como uma pessoa que faz parte de um sistema que deseja oprimi-los e, assim, mantêm-se em uma posição de defesa durante todo o tempo, apresentando, muitas vezes, uma resistência passiva, mais do que mostrando-se intimidadores. Tendem a manter o uso de substâncias durante o tratamento, minimizando os prejuízos e dando informações falsas sobre se estão ou não abstinentes. A ênfase do tratamento, além da questão do uso de álcool e outras substâncias, deve ser colocada também no manejo da impulsividade e do comportamento agressivo, que são dificuldades no relacionamento interpessoal (gerando comportamentos de violência). Estudos evidenciam que

até os pacientes com comportamentos considerados de maior risco beneficiam-se da intervenção cognitivo-comportamental, sendo fundamental, durante todo o processo, o encorajamento para a permanência e completude do tratamento.<sup>47</sup> O terapeuta deve:<sup>48</sup>

- Manter o espírito colaborativo, sendo esse o foco constante da terapia. Uma das estratégias que parecem manter a adesão do paciente antissocial ao processo terapêutico está relacionada com a maneira como o terapeuta oferece estímulos ao paciente, mantendo-o “entretido”.
- Ficar atento para não cair na armadilha do paciente que consegue sempre desvencilhar-se do tema da sessão. Mantenha a agenda: uso de substâncias e comportamentos geradores de prejuízo.
- Deixar claro ao paciente o plano de tratamento, os objetivos e as razões. Informar sobre seu diagnóstico, estabelecendo condições claras para o tratamento.
- Ser fiel ao cumprimento do horário das sessões, da política de cancelamentos, das regras dos contatos entre as sessões e da exigência da tarefa de casa.
- Considerar um contrato terapêutico que contemple um número de sessões predeterminado e uma mudança comportamental esperada.
- Estar treinado para trabalhar com problemas de raiva, dissociação, desonestidade e dificuldade de relacionamento de maneira frequente no contexto de uma aliança de trabalho instável.
- Ser paciente e perseverante, não levando para o lado pessoal as reações do paciente, de forma a não responder de maneira pejorativa às verbalizações com conteúdo humilhante e hostil.
- Modelar comportamentos apropriados mantendo fronteiras e limites, não reforçando a crença disfuncional do paciente de que ele pode viver desatento às regras.

Os pacientes com transtorno da personalidade *borderline* tendem a agir impulsivamente, experimentando baixa tolerância à frustração, apresentando dificuldades de aprender com a experiência passada, usando substâncias como forma de lidar com o estresse e evidenciando dificuldades em estabelecer vínculos estáveis e relações confiáveis com seus cuidadores. O uso de substâncias parece estar relacionado a um padrão cujo objetivo é preencher uma sensação de vazio, muito mais do que uma exposição a um risco (como no transtorno da personalidade antissocial). Os comportamentos, no entanto, são mais destrutivos do que em qualquer outro transtorno da personalidade.

A terapia tem os objetivos<sup>48</sup> de reduzir a impulsividade e a frequência do comportamento automutilante, promover a condição de abstinência do uso de

álcool ou outras substâncias e fortalecer o controle das emoções e a compreensão dos problemas vivenciados e seus desdobramentos.

As intervenções específicas com pacientes com transtornos da personalidade *borderline* são:<sup>49</sup>

- Abordagem hierárquica – quais os problemas mais importantes a serem tratados (questões de vida e morte, comportamentos que colocam a vida em risco, impulsos suicidas, etc.);
- Treinamento de habilidades psicossociais, habilidades de resolução de problemas, controle de contingências e reestruturação cognitiva;
- Manejo da crise – o terapeuta deve mostrar-se disponível, pois a intervenção precoce diminui a possibilidade de piora (atender 10 a 15 minutos no telefone, por exemplo, desde que estabelecendo-se limites e combinações);
- Estabelecimento de limites, como, por exemplo, o paciente nunca deve ir às sessões intoxicado (usar de firmeza, sempre focando o comportamento inadequado e não a pessoa).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da ambivalência, como sinal indicativo da oscilação entre o querer e o não querer aderir à mudança de comportamento sobre o uso de álcool ou outras substâncias, tem relação com o quanto o paciente aproveita, durante todo ou a maior parte do tempo, o que lhe é oferecido durante o tratamento, seja com relação à informação apresentada e às estratégias oferecidas, seja com relação à aplicabilidade e ao treino das ferramentas desenvolvidas durante o atendimento psicoterápico.

Tentativas frustradas com tratamentos anteriores, episódios recorrentes de recaídas, falta de habilidades no enfrentamento das situações de alto risco, dificuldade na mudança do estilo de vida e experiências de estresse nas relações familiares e em outras áreas de vida colaboram para o aumento da ambivalência e o retorno a estágios anteriores de mudança.

A falta de uma aliança terapêutica forte, aliada ao estigma que sofre o dependente químico (julgamentos por parte da sociedade e dos profissionais), aumenta a dificuldade na busca de ajuda. O papel da terapia cognitivo-comportamental é justamente o de corrigir essa visão estigmatizada em relação à dependência, às vezes do próprio dependente de substâncias.

## REFERÊNCIAS

1. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: program implications. *World Psychiatry*. 2007;6(3):131-6.
2. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques ACPR, Ratto L, Romano M, Alves HNP, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):142-8.
3. Drake RM, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34(1):123-38.
4. Kuimtsidis C, Reynolds M, Drummond C, Davis P, Tarrier N. Cognitive behavioural therapy in the treatment of addiction: a treatment planner for clinicians. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.
5. Hadland SE, Marshall BD, Kerr T, Qi J, Montaner JS, Wood E. Depressive symptoms and patterns of drug use among street youth. *J Adolesc Health*. 2011;48(6):585-90.
6. Satre DD, Sterling SA, Mackin RS, Weisner C. Patterns of alcohol and drug use among depressed older adults seeking outpatient psychiatric services. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(8):695-703.
7. Köhler S, Hoffmann S, Unger T, Steinacher B, Dierstein N, Fydrich T. Effectiveness of cognitive behavioural therapy plus pharmacotherapy in inpatient treatment of depressive disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2011. [Epub ahead of print]
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
9. Rosenthal RN. Managing depressive symptoms in substance abuse clients during early recovery: a treatment improvement protocol: TIP 48. Rockville: SAMHSA; 2008. Publication n° (SMA) 08-4353.
10. U.S. Department of Health and Human Services. Addressing suicidal thoughts and behaviors in substance abuse treatment: a treatment improvement protocol: TIP 50. Rockville: SAMHSA; 2009. Publication n° (SMA) 09-4381.
11. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford; 1993.
12. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
13. Dunlosky J, Metcalfe J. *Metacognition: a textbook for cognitive, educational, life span and applied psychology*. California: Sage; 2009.
14. Matlin MW. *Psicologia cognitiva*. Rio de Janeiro: LTC; 2004.
15. Greenberger D, Padesky CA. *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
16. Robinson J, Sareen J, Cox BJ, Bolton JM. Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: a longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):800-7.

17. Hobbs JD, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict.* 2011;20(4):319-29.
18. Buckner JD, Heimberg RG, Schneier FR, Liu SM, Wang S, Blanco C. The relationship between cannabis use disorders and social anxiety disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug Alcohol Depend.* 2012;124(1-2):128-34.
19. Lazarus AA, Lazarus CN. *De bem com a vida.* Rio de Janeiro: Sextante; 2008.
20. Rangé B, Bernik M. Transtorno de pânico e agorafobia. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.* Porto Alegre: Artmed; 2001.
21. Reynolds M, Mezey G, Chapman M, Wheeler M, Drummond C, Baldacchino A. Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77:251-8.
22. Pulcherio G, Verneti C, Strey MN, Faller S. Transtorno de estresse pós-traumático em dependente de álcool. *Rev Psiq Clin.* 2008;35(4):154-8.
23. Rew L, Taylor-Seehafer M, Fitzgerald ML. Sexual abuse, alcohol and other drug use and suicidal behaviors in homeless adolescents. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 2001;24(4):225-40.
24. Knapp P, Caminha RM. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós traumático. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25 Supl 1:31-6.
25. Habigzang LF, Stroehrer FH, Hatzenberger R, Cunha RC, Ramos MS, Koller SH. Grupo-terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Rev Saúde Pública.* 2009;43 Supl 1:70-8.
26. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2007;190:97-104.
27. van Amsterdam J, Opperhuizen A, Hartgens F. Adverse health effects of anabolic-androgenic steroids. *Regul Toxicol Pharmacol.* 2010;57(1):117-23.
28. Rodriguez Funes GM, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright Mda G. Risk factors related to the use of illegal drugs: the critical perspective of drug users' relatives and acquaintances at public health Center in San Pedro Sula, Honduras. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17:796-802.
29. Mruk CJ. *Self-esteem: research, theory and practice: toward a positive psychology of self-esteem.* New York: Springer; 2006.
30. Fennell MJV. Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *APT.* 1998;4:296-304.
31. Henderson CE, Dakof GA, Greenbaum PE, Liddle HA. Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(6):885-97.
32. Roozen HG, deWart R, van der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction.* 2010;105(10):1729-38.
33. Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrams DB. *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento.* São Paulo: Roca; 2005.
34. Dattilio FM, Padesky C. *Terapia cognitiva com casais.* Porto Alegre: Artmed; 1998.

35. Lucchesi LM, Pradella-Hallinan, Lucchesi M, Moraes WAS. O sono em transtornos psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27 Supl 1:27-32.
36. Teplin D, Raz B, Daiter J, Varenbut M, Tyrrell M. Screening for substance use patterns among patients referred for a variety of sleep complaints. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2006;32(1):111-20.
37. Poyares D, Tufik S, Barros-Vieira S, Hora F, Minhoto G, Pinto LR, et al. I Consenso Brasileiro de Insônia, Sociedade Brasileira do Sono e Federação Latino Americana das Sociedades de Sono. *Hypnos.* 2003;4 Supl 2.
38. Berlim MT, Lobato MI, Manfro GG. Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. In: Cordioli AV. *Psicofármacos: consulta rápida.* Porto Alegre: Artmed; 2005.
39. Reeve J. *Motivação e emoção.* Rio de Janeiro: LTC; 2006.
40. Perry JL, Carroll ME. The role of impulsive behavior in drug abuse. *Psychopharmacology.* 2008;200(1):1-26.
41. Beck R, Fernandez E. Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognit Ther Res.* 1998;22(1):63-74.
42. Reilly PM, Shopshire MS. *Anger management for substance abuse and mental health clients: a cognitive behavioral therapy manual.* Rockville: SAMHSA; 2002. Publication nº (SMA) 02-3661.
43. Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, et al. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2011;68(11):1158-67.
44. Haase JM. Co-occurring antisocial personality disorder and substance use disorder: treatment interventions. *Graduate Journal of Counseling Psychology [Internet].* 2009 [capturado em 22 maio 2012];1(2). Disponível em: <http://epublications.marquette.edu/gjcp/vol1/iss2/6>.
45. López Durán A, Becoña Iglesias E. Patterns and personality disorders in persons with: cocaine dependence treatment. *Psicothema.* 2006;18(3):578-83.
46. Lewis CF. Substance use and violent behavior in women with antisocial personality disorder. *Behav Sci Law.* 2011;29(5):667-76.
47. National Collaborating Centre for Mental Health. *Antisocial personality disorder: the NICE guideline on treatment, management and prevention [Internet].* London: The British Psychological Society; 2009 [capturado em 22 maio 2012]. Disponível em: <http://www.guidance.nice.org.uk>.
48. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade.* Porto Alegre: Artmed; 2005.
49. Linehan M. *Vencendo o transtorno da personalidade borderline com a terapia cognitivo-comportamental.* Porto Alegre: Artmed; 2010.
50. Rangé B. Transtorno de pânico. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos.* Campinas: Editorial Psy; 1995.
51. Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2004;26(2):167-75.
52. Bringhenti ME, Luft CDB, Oliveira WF. Transtorno do estresse pós-traumático em acidentes de trânsito: validação de escala. *Psico-USF.* 2010;15(2):193-203.
53. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image.* Princeton: Princeton University Press; 1965.



# ANEXOS

## >> ANEXO 21.1

### Automonitoramento dos sintomas depressivos

Sintoma Data: ____/____/____	Nem um pouco (0)	Às vezes (1)	Frequente- mente (2)	A maior parte do tempo (3)
Humor triste ou deprimido				
Sentindo-se culpado				
Humor irritado				
Menos interesse ou prazer em atividades de costume				
Fugindo ou evitando pessoas				
Achar mais difícil fazer coisas do que de costume				
Vendo-se inútil				
Dificuldade para concentrar-se				
Dificuldade de tomar decisões				
Pensamentos suicidas				
Pensamentos de morte recorrentes				
Pensar em um plano suicida				
Baixa autoestima				
Não ver esperanças no futuro				
Pensamentos de autocrítica				
Cansaço ou perda de energia				
Perda de peso importante ou diminuição do apetite				
Alteração no padrão de sono para mais ou para menos				
Desejo sexual diminuído				

Some os pontos: \_\_\_\_\_

Fonte: Adaptado de Greenberger e Padesky.<sup>15</sup>

## &gt;&gt; ANEXO 21.2

## Estratégia ACALME-SE

A chave para lidar com um estado de ansiedade é aceitá-lo totalmente. Permanecer no presente e aceitar sua ansiedade fazem-na desaparecer. Para lidar com sucesso com sua ansiedade, você pode utilizar a estratégia ACALME-SE, de oito passos. Usando-a, você estará apto a aceitar sua ansiedade até que ela desapareça.

**Aceite sua ansiedade** — Um dicionário define a palavra *aceitar* como dar “consentimento em receber”. Concorde em receber suas sensações de ansiedade. Mesmo que lhe pareça absurdo no momento, aceite as sensações em seu corpo assim como você aceitaria em sua casa um hóspede inesperado e desconhecido ou uma dor incômoda. Substitua medo, raiva e rejeição por aceitação. Não lute contra as sensações. Resistindo, você estará prolongando e intensificando o seu desconforto. Não resista, mas flua com sua ansiedade.

**Contemple as coisas à sua volta** — Não fique olhando para dentro de você, observando tudo e cada coisa que sente. Deixe acontecer com o seu corpo o que ele quiser, sem julgamento: nem bom nem mau. Olhe à sua volta, observando cada detalhe da situação em que você está. Descreva-os minuciosamente para você, como um meio de afastar-se de sua observação interna. Lembre-se: você não é sua ansiedade. Quanto mais puder separar-se de sua experiência interna e ligar-se aos acontecimentos externos, melhor se sentirá. Esteja com sua ansiedade, mas não seja ela; seja apenas um observador.

**Aja com sua ansiedade** — Aja como se você não estivesse ansioso, isto é, funcione com suas sensações de ansiedade. Diminua o ritmo e a velocidade com que você faz as coisas, mas mantenha-se ativo. Não se desespere, interrompendo tudo para fugir. Se fugir, a sua ansiedade diminuirá, mas o seu medo aumentará, e, na próxima vez, sua ansiedade será pior. Se você ficar onde está — e continuar fazendo as coisas — tanto a ansiedade como o medo diminuirão. Continue agindo, bem devagar!

**Libere o ar dos seus pulmões, bem devagar** — Respire bem devagar, com calma, inspirando pouco ar pelo nariz e expirando longa e suavemente pela boca. Conte até três, devagarinho na inspiração, outra vez até três prendendo um pouco a respiração e até seis na expiração. Faça o ar ir para o seu abdome, estufando-o ao inspirar e deixando-o contrair ao expirar. Não encha os pulmões. Ao exalar, não sobre, apenas deixe o ar sair lentamente pela boca. Procure descobrir o ritmo ideal de sua respiração, nesse estilo e nesse ritmo, e você descobrirá como isso é agradável.

**Mantenha os passos anteriores** — Repita cada um, passo a passo. Continue a aceitar sua ansiedade, contemplar, agir com ela e respirar clama e suavemente até que ela diminua e atinja um nível confortável. E ela realmente diminuirá se você continuar repetindo estes quatro passos: aceitar, contemplar, agir e respirar.

**Examine seus pensamentos** — Talvez você esteja antecipando coisas catastróficas. Você sabe que elas não acontecem. Você já passou por isso muitas vezes e sabe que nunca aconteceu nada do que pensou que aconteceria. Examine o que você está dizendo para si mesmo e reflita racionalmente para ver se o que pensa é verdade ou não: você tem provas sobre se o que pensa é verdade? Há outras maneiras de entender o que está lhe acontecendo? Lembre-se: você está apenas ansioso — isso pode ser desagradável, mas não é perigoso. Você está pensando que está em perigo, mas tem provas reais e definitivas disso?

**Sorria se você conseguiu!** — Você merece todo o seu crédito e todo o seu reconhecimento. Você conseguiu, sozinho e com seus próprios recursos, tranquilizar-se e superar esse momento. Não é uma vitória, pois não havia um inimigo, apenas um visitante de hábitos estranhos que você passou a compreender e aceitar melhor. Você agora saberá como lidar com visitantes estranhos.

**Esperar o futuro com aceitação.** Livre-se do pensamento mágico de que você terá se livrado definitivamente, para sempre, de sua ansiedade. Ela é necessária para você viver e continuar vivo — Em vez de considerar-se livre dela, surpreenda-se pelo jeito como a maneja, como acabou de fazer agora. Esperando a ocorrência de ansiedade no futuro, você estará em uma boa posição para lidar com ela novamente.

>> ANEXO 21.3

**Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)**

**Instruções:**

A seguir, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações estressantes de vida. Por favor, indique o quanto você foi incomodado por tais problemas **durante o último mês**. Por favor, marque 1 para “nada”, 2 para “um pouco”, 3 para “médio”, 4 para “bastante” e 5 para “muito”.

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
1. Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado.	1	2	3	4	5
2. Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado.	1	2	3	4	5
3. De repente, <i>agir</i> ou <i>sentir</i> como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo).	1	2	3	4	5
4. Sentir-se <i> muito chateado</i> ou <i>preocupado</i> quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado.	1	2	3	4	5
5. Sentir <i>sintomas físicos</i> (p. ex., coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado.	1	2	3	4	5
6. Evitar <i>pensar</i> ou <i>falar</i> sobre uma experiência do passado ou evitar <i>ter sentimentos</i> relacionados a essa experiência.	1	2	3	4	5
7. Evitar <i>atividades</i> ou <i>situações</i> porque elas <i>lembram</i> uma experiência estressante do passado.	1	2	3	4	5
8. Dificuldades para <i>lembrar-se de partes importantes</i> de uma experiência estressante do passado.	1	2	3	4	5
9. <i>Perda de interesse</i> nas atividades de que você antes costumava gostar.	1	2	3	4	5
10. <i>Sentir-se distante</i> ou <i>afastado</i> das outras pessoas.	1	2	3	4	5
11. Sentir-se <i>emocionalmente entorpecido</i> ou <i>incapaz</i> de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas.	1	2	3	4	5

(continua)

>> ANEXO 21.3

**Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)** (*continuação*)

	Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito
12. Sentir como se <i>você não tivesse expectativas para o futuro.</i>	1	2	3	4	5
13. Ter problemas para <i>pegar no sono</i> ou para <i>continuar dormindo.</i>	1	2	3	4	5
14. Sentir-se <i>irritável</i> ou ter <i>explosões de raiva.</i>	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldades para se concentrar.	1	2	3	4	5
16. Estar “ <i>superalerta</i> ”, <i>vigilante</i> ou “ <i>em guarda</i> ”.	1	2	3	4	5
17. Sentir-se <i>tenso</i> ou facilmente <i>sobressaltado.</i>	1	2	3	4	5

Fonte: Berger e colaboradores<sup>51</sup> e Bringhenti e colaboradores.<sup>52</sup>

## >> ANEXO 21.4

### Escala de autoestima de Rosenberg

Instruções: a seguir, há uma lista de afirmações relativas a seus sentimentos gerais sobre si mesmo. Se concordar inteiramente, marque um X em CI, se concordar com a afirmação, marque-o em C. Se discordar, marque-o em D e, se discordar inteiramente, em DI.

	CI	C	D	DI
1. De modo geral, estou satisfeito comigo mesmo.				
2. Às vezes penso que não sou bom de jeito nenhum.(*)				
3. Sinto que tenho uma quantidade de boas qualidades.				
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem quanto a maioria das pessoas.				
5. Sinto que não tenho muito do que me orgulhar.(*)				
6. Sem dúvida, às vezes, me sinto inútil.(*)				
7. Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos, no mesmo nível que as outras.				
8. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo.(*)				
9. Considerando todos os aspectos, sinto-me inclinado a sentir que sou um fracasso.(*)				
10. Tenho uma atitude positiva em relação a mim mesmo.				

Pontuação: para os itens 1, 3, 4, 7 e 10: CI = 3, C = 2, D = 1 e DI = 0. Para os itens com (\*), a pontuação é inversa: CI = 0, C = 1, D = 2 e DI = 3. Some os pontos dos 10 itens; quanto maior o valor, maior a estima.

Observação: essa escala pode ser utilizada sem permissão explícita; entretanto, a família do autor gostaria de ser informada de seu uso:

The Morris Rosenberg Foundation  
c/o Department of Sociology  
University of Maryland  
2112 Art/Soc Building  
College Park, MD 20742-1315

Fonte: Rosenberg.<sup>53</sup>

## >> ANEXO 21.5

### Mapeamento das relações familiares

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Familiar: \_\_\_\_\_

#### 1. Aspectos do relacionamento com o familiar dependente:

Aspectos positivos	Aspectos negativos

#### 2. Minhas atitudes com o familiar dependente:

Atitudes positivas	Atitudes negativas

3. Atitudes dele:

Atitudes positivas	Atitudes negativas

4. Impressões dele sobre mim:

Impressões positivas	Impressões negativas

5. Minhas dificuldades no relacionamento com o familiar dependente:

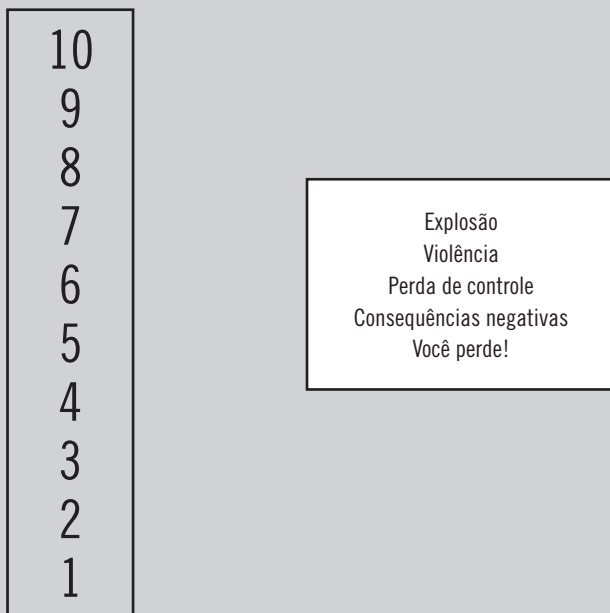
--	--

6. Atitudes e comportamentos que possam favorecer o relacionamento:

Minhas atitudes e comportamentos	Atitudes e comportamentos do familiar dependente



>> ANEXO 21.6  
Termômetro da raiva



Fonte: Adaptado de Reilly e Shopshire.<sup>42</sup>



## >> **Parte 8**

Populações específicas



## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRATAMENTO DEPENDENTES DE ÁLCOOL

Margareth da Silva Oliveira  
Karen P. Del Rio Szupszynski  
Suzana Dias Freire



### Pontos-chave

- >> A avaliação inicial deve abranger o padrão de consumo, a gravidade da dependência, a motivação, as comorbidades, as alterações neuropsicológicas e as complicações próprias do processo de desintoxicação de álcool.
- >> Dados da avaliação são apresentados ao paciente como *feedback* e psicoeducação, objetivando a ampliação do reconhecimento do problema e o aumento da prontidão para mudança.
- >> A escolha das técnicas considera as particularidades de cada paciente. O aprendizado sobre risco de recaída, reações de fissura, pensamentos e crenças permissivas embasa o automonitoramento e a reestruturação cognitiva.
- >> Intervenções comportamentais e resolução de problemas auxiliam no aumento da autoeficácia e no adequado manejo da fissura.
- >> A manutenção da abstinência se sustenta no aprendizado das técnicas, no planejamento de metas, na mudança de estilo de vida e na articulação da rede de apoio social.
- >> A abordagem dos familiares e a inserção em grupos saudáveis devem sempre ser consideradas na busca de vínculos e gratificação pessoal.

Este capítulo apresenta abordagens para avaliação e tratamento de dependentes de álcool, trazendo as intervenções cognitivas e comportamentais mais utilizadas nos diferentes momentos em que se encontra o paciente sob auxílio especializado. Serão enfatizados de forma didática aspectos práticos na aplicação da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para o tratamento do alcoolismo.

Muitos estudos confirmam a efetividade da TCC no tratamento da dependência de álcool, sobretudo no que diz respeito ao manejo da depressão e da ansiedade, treinamento de habilidades sociais e assertividade, identificação de situações de alto risco e reestruturação cognitiva.<sup>1</sup> Inúmeros estudos têm sido realizados sobre a eficácia da TCC no tratamento de diferentes dependências. Os resultados são satisfatórios em grande parte deles, mas é importante considerar a intervenção à

qual a TCC é comparada. De acordo com resultados apontados, a TCC mostra-se eficaz quando associada a tratamentos farmacológicos, tornando o paciente mais capacitado e orientado diante de situações de risco e sintomas de abstinência.<sup>2</sup>

É de extrema importância que os profissionais que trabalham com TCC estejam preparados para lidar com situações nas quais o paciente demonstre problemas com o álcool. O uso abusivo dessa substância já se tornou um problema de saúde pública no Brasil, sendo encontrado em 25% dos indivíduos que estão em ambientes clínicos de saúde mental.<sup>3</sup>

O consumo problemático de álcool acarreta problemas de ordem pessoal, familiar e legal, com sérios comprometimentos sociais. Uma ampla revisão de publicações científicas constatou a alta proporção de crimes e atos violentos quando álcool ou substâncias ilícitas estão presentes em agressores, vítimas ou em ambos.<sup>4</sup> Em geral, o relacionamento familiar é prejudicado, e as consequências em crianças e adolescentes familiares de dependentes químicos representam risco para o desenvolvimento de problemas biopsicossociais.<sup>5</sup> Os jovens experimentam o álcool cada vez mais cedo, e, quanto antes ocorre o início do uso, maior o risco de surgirem consequências graves.

Diante disso, uma avaliação com precisão diagnóstica torna-se essencial. Este capítulo apresenta diferentes formas de avaliação e tratamento utilizadas para pacientes dependentes de álcool. Para fins didáticos, o conteúdo aqui apresentado foi dividido em três etapas: inicial, intermediária e final. O intuito é enfatizar os principais aspectos envolvidos em cada fase, independentemente do tempo transcorrido entre elas. A resposta às intervenções varia de acordo com diversos fatores, como o comprometimento do paciente e a prontidão para mudança de comportamento. A etapa inicial do tratamento compreende avaliação, desintoxicação, avaliação da motivação e psicoeducação. Já a intermediária prevê automonitoramento, reestruturação cognitiva, intervenções comportamentais e mudança de hábitos. A consolidação desse aprendizado pode ser considerada como a etapa final do tratamento, com intervenções especificamente estruturadas para que o paciente desenvolva autonomia, como o treino de habilidades sociais e a reestruturação do apoio familiar.

## ETAPA INICIAL

No início, é importante que o profissional detenha-se ao diagnóstico da dependência de álcool. É essencial saber corretamente os critérios diagnósticos para esse transtorno, descritos no DSM-IV-TR.<sup>6</sup> A aceitação social do uso de substâncias lícitas e o caráter episódico da experimentação na adolescência geram dificuldades na distinção entre uso, abuso e dependência. O cuidado na identificação da necessidade de tratamento deve passar por criteriosa avaliação que considere múltiplos fatores, como tolerância e abstinência, frequência e quantidade de uso, desempenho escolar, comprometimento profissional, estreitamento de repertório ocupa-

cional e prejuízo nos relacionamentos familiares e sociais. No Quadro 22.1 é possível relembrar os sintomas essenciais para a hipótese diagnóstica de dependência.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o profissional deverá iniciar uma avaliação mais densa com o intuito de delinear um tratamento adequado com maiores chances de sucesso. A dependência de álcool é descrita como um transtorno crônico passível de recaídas mesmo após longos períodos de abstinência. Diante disso, a triagem e a avaliação completa são essenciais para maior probabilidade de um resultado positivo.

## Avaliação

A avaliação é uma das primeiras etapas, pois, com ela, o profissional poderá conhecer o paciente e a amplitude de seus problemas. A avaliação é o estabelecimento de uma formulação e um plano de tratamento de comum acordo com o paciente.<sup>7</sup> A avaliação visa a identificação daquilo que pode estar mantendo o problema e

### >> QUADRO 22.1

#### **Síndrome de dependência de álcool**

##### **Estreitamento do repertório**

Estímulos que antes determinavam respostas diferentes do uso de álcool passam a ser associados ao uso. Assim, o repertório diante de diversas situações se restringe aos comportamentos que envolvem o consumo de bebida.

##### **Saliência do consumo**

Com o avanço da dependência, a ingestão de álcool é priorizada em detrimento de outras atividades.

##### **Maior tolerância ao álcool**

O dependente necessita de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito antes sentido com doses menores.

##### **Sintomas de abstinência**

Os principais sintomas decorrentes da falta de álcool são tremor, náusea, sudorese e perturbação do humor. Com gravidade crescente, podem gerar graves complicações clínicas.

##### **Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento da ingestão**

O uso de álcool adquire a função de diminuir ou evitar o desconforto gerado pelos sintomas de abstinência.

##### **Percepção subjetiva da compulsão para beber**

A sensação de “perda do controle” é descrita pelo dependente ao perceber a compulsão com relação ao álcool.

##### **Reinstalação após a abstinência**

O dependente que interrompe o uso de álcool por um período e volta a beber retorna ao padrão de uso anterior à abstinência.

Fonte: Edwards e Dare.<sup>8</sup>

precisa ser modificado. Ao avaliar o paciente, é necessário contemplar quatro eixos importantes: fisiológico, comportamental, cognitivo e emocional (que serão abordados ao longo do texto). O profissional sempre deve rever seus procedimentos e resultados de avaliação. Um entendimento flexível e amplo do caso contribui para reflexões mais aprofundadas sobre as dificuldades do paciente e fornece subsídios mais concretos para um plano de tratamento mais eficaz.<sup>9</sup>

## Anamnese

Independentemente da primeira queixa trazida pelo paciente ou familiar, é muito importante que o profissional que recebe qualquer paciente acrescente perguntas relacionadas ao uso de bebidas alcoólicas em sua triagem. Caso o paciente confirme o uso, é relevante questionar sobre frequência e padrões. Para que se tenha uma padronização da quantificação de uso de álcool, o profissional deve saber calcular a quantidade de bebida relatada em “unidades de álcool”.<sup>10</sup> Uma unidade de álcool equivale a 10 gramas de álcool puro; para que se identifique quantas unidades o paciente ingeriu, pode-se fazer o seguinte cálculo:

$$\text{Volume ingerido (mL)} \times \text{concentração alcoólica da bebida}/10 = \text{unidades de álcool}$$

Exemplo:

José ingeriu seis latas de cerveja. Cada lata tem 350 mL, e a concentração alcoólica da cerveja é de 4%. Logo:

$$\text{Volume ingerido (6} \times \text{350 mL)} \times \text{concentração alcoólica da bebida (0,04)}/10 = \text{unidades de álcool}$$

$$2100 \times 0,04/10 = 8,4 \text{ unidades de álcool}$$

Logo, se José ingeriu seis latas de cerveja, é o mesmo que dizer que ele ingeriu 8,4 unidades de álcool (U).

Há muitas polêmicas acerca da quantidade de unidades de álcool que apontam uso nocivo ou dependência.<sup>10</sup> Porém, existe uma padronização geralmente utilizada, reservando-se a individualidade de cada caso (Tab. 22.1).

## Avaliação laboratorial e feedback

Para que a avaliação inicial seja complementada, exames laboratoriais para detecção de problemas orgânicos associados ao uso de álcool podem ser requisitados. Em geral, os exames são: volume corpuscular médio (VCM), nível de enzimas hepáticas (TGO, GGT) e eletrólitos, como magnésio, sódio e potássio. Os resultados sobre quantidade de consumo e resultados de exames de sangue podem ser utilizados pelo profissional para ser dado um *feedback* ao paciente. Esse *feedback* tem o

>> TABELA 22.1

**Risco por ingestão de unidades de álcool**

HOMENS		
Ingestão de bebida com baixo risco	Uso nocivo	Dependência
0 U por semana	21 U por semana	50 U por semana
MULHERES		
Ingestão de bebida com baixo risco	Uso nocivo	Dependência
0 U por semana	14 U por semana	35 U por semana

objetivo de mostrar dados de realidade e, assim, auxiliar na ampliação da consciência em relação ao consumo. O profissional deve apresentar os resultados ao cliente e questioná-lo sobre o que ele acha dos resultados. Miller chama essa técnica de “drinker’s check-up”, a qual faz parte das estratégias da entrevista motivacional, aconselhada na parte mais inicial do tratamento.<sup>11</sup>

### *Instrumentos para avaliação*

As avaliações têm eficácia quando são adaptadas e validadas para a população em estudo, sensíveis à mudança e com uma estrutura que permite ao clínico avaliar se o paciente está dentro da faixa considerada normal. Na hora de optar por uma escala, o terapeuta deve estar atento às características psicométricas dela, pois a escolha do clínico pode ser baseada, por exemplo, no tempo gasto para a aplicação do teste. Caso o profissional utilize com frequência determinada bateria (que, por exemplo, avalie o funcionamento emocional e comportamental), medidas mais curtas talvez sejam preferíveis. A seguir, são descritos alguns instrumentos importantes para avaliação sobre a dependência de álcool.

1. *Alcohol use disorders identification test* (AUDIT) – avalia frequência e padrão de uso de bebidas alcoólicas. Tem perguntas que auxiliam o paciente a identificar possíveis problemas em relação ao seu consumo de álcool.<sup>12</sup> Exemplos de perguntas do AUDIT:
  - Você bebe álcool?
  - Com que frequência você bebe?
  - Que quantidade você geralmente bebe?
2. Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool (IECPA) – instrumento de autorrelato, do tipo escala Likert, de fácil aplicação, vali-

dado no Brasil por Werlang e Oliveira.<sup>13</sup> Resultados de pesquisas ressaltam a importância da avaliação das expectativas pessoais sobre os efeitos do álcool, não só para a compreensão do consumo e da dependência dessa substância, mas também para consubstanciar as estratégias de intervenção terapêutica e a prevenção de recaídas. Exemplos de questões do IECPA:

- Quando bebo, expresso meus sentimentos com mais facilidade.
  - O álcool me torna alegre e simpático.
  - Sinto-me menos sozinho depois de beber.
3. *Short-form alcohol dependence data* (SADD) – instrumento composto por 15 itens utilizado para avaliar a gravidade da dependência de álcool. Desenvolvido por Raistrick, em 1983, foi padronizado e validado no Brasil por Jorge e Masur em 1985.<sup>14</sup>
  4. URICA e SOCRATES – A avaliação da motivação do paciente também é fator relevante. Instrumentos que meçam essa motivação devem direcionar as decisões quanto ao tratamento e as técnicas. Serão citados dois dos principais instrumentos que avaliam a motivação em pacientes com dependência de álcool: a SOCRATES e a URICA.
    - a) *Stages of change readiness and treatment eagerness scale* (SOCRATES): criado por Willian Miller, esse instrumento é composto por 19 itens com respostas em escala Likert. É um questionário de simples aplicação, no qual o profissional vai obter dados para compreender se o paciente reconhece seu problema, se ainda permanece ambivalente ou se está decidido a mudar, executando ações em seu dia a dia.<sup>15</sup>
    - b) *University of Rhode Island change assessment* (URICA): da autoria de McConaughy e colaboradores, avalia os estágios de motivação para a mudança. Os itens da URICA são divididos em quatro subescalas, correspondentes aos estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. O instrumento é autoaplicável, sendo que, para cada item, há cinco alternativas de resposta em escala Likert. Com a aplicação dessa escala, o profissional avalia em qual estágio o paciente se encontra, obtendo mais informações que auxiliarão na escolha da abordagem adotada durante o tratamento.<sup>16</sup>

### *Avaliação neuropsicológica*

Os dependentes de álcool podem apresentar prejuízos cognitivos importantes, ocasionados dependendo do padrão de ingestão alcoólica. Em diversas pesquisas, os pacientes com dependência apresentaram declínio cognitivo quando comparados com pessoas sem uso problemático de álcool. Os principais prejuízos detectados são declínio da percepção visual, lentidão psicomotora, déficits de aprendizagem e memória e, redução da capacidade de abstração e de resolução de problemas.



Os déficits cognitivos no tratamento e prognóstico dos pacientes e a avaliação deles possibilita ao terapeuta a compreensão do grau de abstração e a compreensão cognitiva de cada paciente. Além disso, quando dependentes de álcool apresentam demência alcoólica, pode haver comprometimento do autocuidado pessoal e da própria segurança.<sup>17</sup>

### *Comorbidades relacionadas ao uso do álcool*

O uso do álcool pode acarretar, além de prejuízos físicos, inúmeros quadros com sintomatologia psiquiátrica. Assim, é importante que, na avaliação, o profissional consiga identificar se há presença de alguns desses diagnósticos. Algumas pesquisas do Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) mostram que cerca da metade dos indivíduos com dependência de alguma substância apresenta um diagnóstico psiquiátrico adicional. De acordo com os dados da pesquisa, 26% dos dependentes apresentam transtornos do humor; 28%, transtorno de ansiedade; 18%, transtorno da personalidade antissocial; e 7%, esquizofrenia. O transtorno depressivo maior é um dos diagnósticos mais presentes entre dependentes químicos, variando de 30 a 50%.<sup>18</sup>

Ainda de acordo com esse estudo, há cerca de uma década foi determinado um consenso entre os pesquisadores sobre a integração de sintomas de dependência e de comorbidades presentes. Muitos dos sintomas atribuídos a uma comorbidade são, em grande parte das vezes, sintomas associados ao período de intoxicação ou de abstinência da substância utilizada. Diante disso, é importante que o profissional faça uma consistente investigação sobre o início e a intensidade dos sintomas apresentados pelo paciente.<sup>3</sup>

Associado a esse contexto, episódios agudos ou crônicos de ingestão de álcool podem gerar sintomas importantes. Os principais quadros decorrentes do uso abusivo de álcool são: intoxicação alcoólica aguda, intoxicação patológica, síndrome de abstinência de álcool, *delirium tremens* e síndrome de Wernicke-Korsakoff.

### *Motivação para mudar o comportamento*

A prontidão para mudança do comportamento em dependentes de álcool deve ser avaliada nas diferentes fases do tratamento, com especial ênfase na etapa inicial. A motivação é dinâmica e influenciada por aspectos internos e externos. O paciente busca atendimento movido por um conjunto de fatores, tais como pressão de familiares, exigência para manter o emprego, questões judiciais, conflitos conjugais, entre outros. O reconhecimento do quanto o paciente sente-se pronto para a mudança auxilia na escolha das abordagens adequadas para o tratamento e para a manutenção da abstinência. O nível de motivação pode ser mensurado entre os estágios de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.<sup>19</sup>

É importante que o profissional fique atento a possíveis diferenças quanto ao foco da motivação, ou seja, o paciente pode estar motivado para o tratamento, mas não para a mudança de estilo de vida proposta. Pode estar disposto a mudanças de hábito e não se sentir motivado a engajar-se nas atividades terapêuticas necessárias. Essas variações devem ser observadas e abordadas sob o olhar da entrevista motivacional,<sup>11</sup> objetivando acompanhar a resistência do paciente e evitar argumentações confrontativas.<sup>20</sup> A técnica da entrevista motivacional e os principais construtos do modelo transteórico de mudança sugerem uma abordagem empática, na qual são escolhidas técnicas de acordo com o grau de motivação e que focam a mudança intencional do comportamento-problema. O grau de motivação interfere, ainda, nas propostas farmacológicas com relação à abstinência. Uma das técnicas empregadas nas intervenções motivacionais para a resolução da ambivalência é a balança decisória.<sup>11</sup> A visualização estruturada das vantagens e desvantagens de usar e não usar bebida alcoólica contrasta os argumentos relacionados aos fatores de exposição e de proteção do consumo. O paciente é convidado a preencher a balança decisória com sua experiência, avaliando custos e benefícios da mudança e uma ampliação da consciência em relação ao problema. O Quadro 22.2 traz um exemplo de balança utilizada para permitir a separação de fatores concisos e relevantes a serem apontados pelo paciente.

Os recursos da balança decisória vão além de seu preenchimento. Atualizações em diferentes momentos do tratamento são propostas ao paciente, e os itens dos quadrantes são utilizados em técnicas subsequentes, como evidências para reestruturação cognitiva e confecção do cartão de enfrentamento. A entrevista mo-

#### >> QUADRO 22.2

**Exemplo de balança decisória de um paciente alcoolista de 37 anos, separado, sem atividade laboral e com duas internações prévias para desintoxicação de álcool**

	NÃO BEBER	BEBER
<b>PRÓS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nova aceitação da família.</li> <li>• Posso conseguir outro emprego.</li> <li>• Minha saúde pode melhorar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar com meus amigos.</li> <li>• Ter um jeito de fugir dos problemas.</li> </ul>
<b>CONTRAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não poderei ir às festas.</li> <li>• Vou ficar tímido e não vou mais sair com mulheres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minha família vai continuar afastada.</li> <li>• Vou continuar gastando meu salário com bebida.</li> <li>• Minha saúde pode piorar ainda mais.</li> </ul>

tivacional como abordagem complementar à TCC está explicada, com detalhes, no Capítulo 16 deste livro.

## **Desintoxicação**

Há inúmeros sinais que mostram que o paciente é fisicamente dependente, tais como beber todos os dias, beber de maneira intermitente e/ou beber já pela manhã.<sup>3</sup> A retirada parcial ou total da bebida gera sintomas que podem aumentar de maneira gradual e acarretar prejuízos físicos e/ou psicológicos. As alterações provocadas pela intoxicação aguda dificultam o manejo das intervenções e a aprendizagem das técnicas.

O período de desintoxicação pode exigir acompanhamento psicoterápico associado a tratamento medicamentoso e/ou internação hospitalar, dependendo da gravidade dos sintomas da síndrome de abstinência de álcool. A complexidade do caso deve ser diagnosticada, e, a partir disso, a sua classificação de gravidade deve ser apontada, desvelando no paciente diferentes níveis de comprometimento, tais como<sup>21</sup> comprometimento leve, moderado ou grave em relação à dependência de álcool. Uma vez quantificada a gravidade da síndrome de abstinência de álcool, o paciente deve ser encaminhado a um adequado programa de desintoxicação disponível em sua rede de saúde (pública ou privada).

## **Psicoeducação**

O modelo de intervenção psicoeducativa é administrado com o objetivo de familiarizar o paciente quanto ao modelo cognitivo e quanto ao funcionamento da dependência alcoólica. Fundamentada no modelo biopsicossocial, a psicoeducação fornece conhecimentos teóricos e práticos que permitem que o paciente entenda as características do seu problema e as propostas psicoterápicas. A compreensão do processo de recaída, dos estágios de motivação e dos efeitos da substância no organismo proporciona ao paciente a oportunidade de fazer escolhas com mais informações e maior consciência de seu problema.

A elucidação desses temas promove a colaboração do indivíduo e melhora a aliança terapêutica e a adesão ao tratamento. O objetivo central é ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta, auxiliando na aprendizagem de ferramentas de avaliação e controle do seu comportamento (Quadro 22.3).<sup>22</sup>

## **ETAPA INTERMEDIÁRIA**

Estabilizados os sintomas agudos da desintoxicação, o paciente encontra-se em condições de aprender diferentes formas para enfrentar a falta de álcool e manter uma

## >> QUADRO 22.3

### Exemplo do uso da psicoeducação

#### Psicoeducação

Com uma história de uso intenso de álcool de 14 anos, com períodos de abstinência inferiores a 15 dias, Marcelo (35 anos) queixava-se de desânimo, períodos de irritabilidade/agressividade e dificuldades em relação ao seu trabalho. Orientado sobre a relação dos efeitos do álcool e os sintomas que apresentava quando em abstinência, Marcelo reduziu o uso por uma semana, porém não observou melhora em seu humor ou desempenho. Após um mês sem utilizar álcool, sessões de psicoeducação e *feedbacks* sobre resultados de exame de sangue, Marcelo finalmente observou certos benefícios de estar sem o álcool, como momentos de satisfação em família, organização adequada de suas atividades e seus compromissos e melhor desempenho laboral. Ele refere que um dos fatores que o incentivou a completar um mês em abstinência foi ter aprendido na terapia que o álcool demora a deixar de apresentar efeitos mesmo depois de uma semana sem uso.

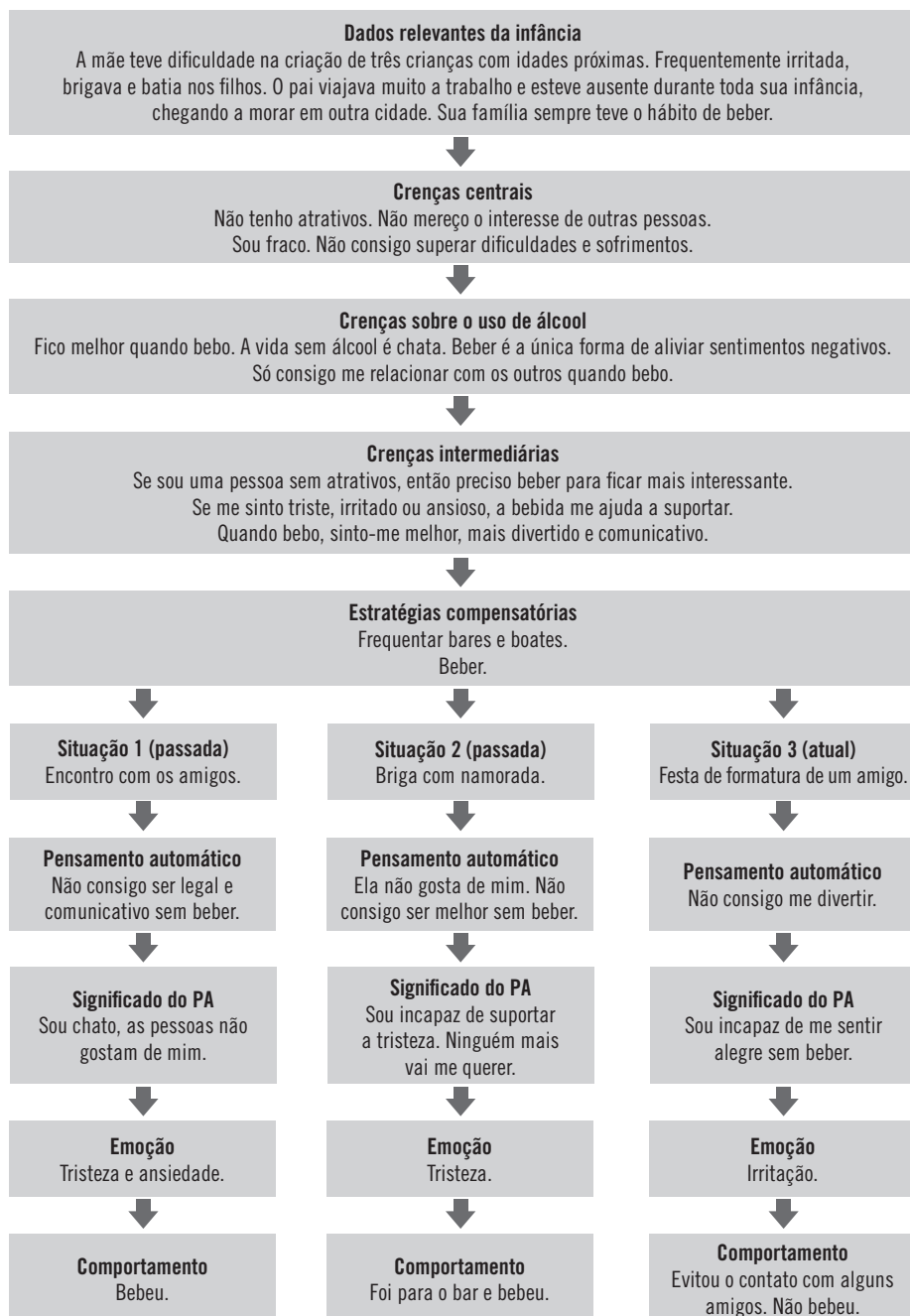
abstinência duradoura. O terapeuta organiza as informações mais relevantes para o entendimento do caso em um diagrama de conceituação cognitiva (Fig. 22.1).

## Reconhecimento de sinalizadores

Antes mesmo do primeiro gole, o dependente manifesta uma série de sinais que antecedem a recaída. O forte desejo de beber, característico da fissura (ou *craving*), desencadeia um desconforto nem sempre associado à falta de álcool. Irritabilidade, agitação e ansiedade são sintomas comuns nas diversas etapas da recuperação. A identificação dos sinais físicos e emocionais gerados pelo estado de fissura é um dos primeiros passos na aprendizagem das técnicas.<sup>23</sup>

Cada paciente reage de forma distinta e deve ser encorajado a perceber como seu organismo responde à vontade de beber experimentada em situações recentes e passadas. Essas reações são listadas de forma objetiva no Quadro 22.4, auxiliando o dependente a memorizar quais mudanças podem ser observadas em seu comportamento e humor ao vivenciar a falta de álcool.<sup>24</sup>

Outra classe de sinalizadores diz respeito às circunstâncias externas que contribuem para o início ou aumento da vontade de beber. O reconhecimento do risco potencial associado a hábitos, pessoas e lugares é incentivado, visto que a exposição a situações de risco deve ser programada segundo uma ordem crescente de dificuldade. Sendo o álcool uma substância lícita cujo consumo é amplamente disseminado e incentivado, o dependente deve considerar o risco de situações corriqueiras, como anúncios de bebidas na televisão,<sup>25</sup> *outdoors*, ofertas de degustação de bebidas entre outras.



>> **FIGURA 22.1** Diagrama de conceituação cognitiva com exemplos de um paciente.

PA: pensamento automático.

Fonte: Beck.<sup>26</sup>

>> QUADRO 22.4

**Reações físicas e emocionais da fissura**

REAÇÕES FÍSICAS	REAÇÕES EMOCIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Suor</li> <li>– Taquicardia</li> <li>– Tremores</li> <li>– Náuseas</li> <li>– Agitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ansiedade</li> <li>– Irritabilidade</li> <li>– Euforia</li> <li>– Tristeza</li> </ul>

Saber os contextos que aliciam a fissura é fundamental nas tomadas de decisão sobre como enfrentar ou evitar as situações de risco. Um mapeamento de situações, companhias, hábitos e lugares que influenciam e reforçam o comportamento aditivo deve pautar a aplicação das técnicas subsequentes.<sup>1</sup>

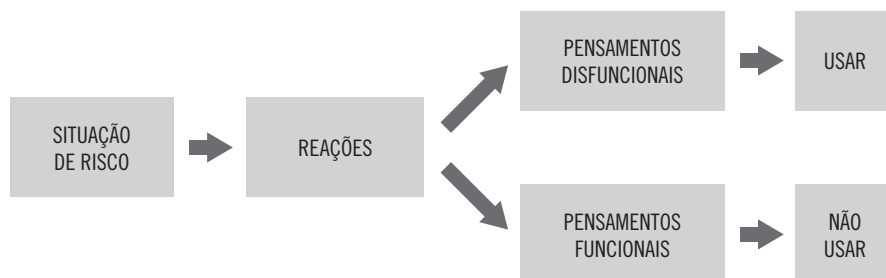
## Automonitoramento

A partir do levantamento das principais situações de risco e o reconhecimento das reações físicas e emocionais próprias da fissura, o dependente é ensinado a identificar pensamentos automáticos a favor da abstinência (não uso) ou a favor da recaída (uso). Em capítulos anteriores, são descritas as técnicas que auxiliam no reconhecimento dos pensamentos automáticos, etapa importante na aplicação do automonitoramento.

O formulário de registro de pensamentos disfuncionais oferece a organização dessas informações (situação de risco, reações, pensamentos automáticos, respostas adaptativas, comportamento) com espaço para sua anotação.<sup>24</sup> O diagrama de automonitoramento (Fig. 22.2) sistematiza essas mesmas informações em formato visual, com objetivo de facilitar a memorização.<sup>22</sup>

A partir do levantamento dos dados do diagrama e do registro escrito, é possível focar nos pensamentos e na elaboração de respostas adaptativas. Os principais pensamentos devem ser discutidos na sessão, buscando identificar distorções cognitivas pela observação de evidências a favor e contra as ideias registradas. Cabe ao terapeuta incentivar o paciente a questionar, de forma sistemática, seus pensamentos disfuncionais e argumentar com dados de realidade e exemplos por ele vividos (Quadro 22.5).<sup>22,24</sup>

Para cada pensamento disfuncional, mais de uma resposta adaptativa deve ser registrada no formulário de registro de pensamentos disfuncionais. Os argumentos que levam o paciente a manter a abstinência são fundamentais. No decorrer do tratamento, esses argumentos são denominados *pensamentos funcionais* e devem



**Situação de risco:** qualquer circunstância que provoque a vontade de uso. Podem ser situações internas (estado de humor deprimido ou eufórico) ou externas (desentendimento familiar, desemprego, etc.).

**Reações:** sinais físicos e emocionais que manifestam a fissura. (Ver Quadro 22.5.)

**Pensamentos disfuncionais:** pensamentos que induzem ao consumo de bebida.

- Exemplos: “Hoje eu posso, já estou há muito tempo sem beber.”
- “Ninguém ficará sabendo.”
- “Desta vez vou conseguir beber só um pouco, já sei controlar a bebida.”

**Pensamentos funcionais:** pensamentos que buscam manter a abstinência.

- Exemplos: “Como estou limpo há cinco meses, não vou recair agora!”
- “Estou muito melhor agora do que quando bebia.”
- “Sei que a fissura vai passar. Já senti mais vontade e consegui resistir.”

>> **FIGURA 22.2** Diagrama de automonitoramento.

#### >> QUADRO 22.5

##### Exemplos de respostas adaptativas a um pensamento disfuncional

###### Pensamento disfuncional

“Como estou há bastante tempo sem beber, já aprendi a me controlar e vou conseguir beber só um pouco.”

###### Resposta

“Pela minha própria experiência, sei que não consigo beber pouco, nunca consegui antes.”

“Não tenho controle e, se começo a beber, não consigo parar.”

“Não vou perder o tempo de abstinência que conquistei.”

ser constantemente reconhecidos e valorizados a cada sessão. Como o uso crônico de álcool pode provocar o comprometimento da memória,<sup>27</sup> é necessário reforçar a importância do exercício, incentivando a identificação de pensamentos funcionais e respostas adaptativas. Um cartão de enfrentamento pode ser utilizado para que essas ideias estejam acessíveis ao paciente ao longo do dia.

O levantamento de situações, reações e cognições associadas à fissura permite que sejam identificadas as principais crenças que favorecem o uso do álcool.<sup>24</sup>

## Reestruturação cognitiva

Diferenças entre pensamentos funcionais e disfuncionais promovem o confronto com a realidade. Reconhecer distorções cognitivas auxilia na identificação de crenças permissivas, isto é, padrões de pensamento que facilitam o consumo de álcool.<sup>24</sup> O questionamento dos pensamentos disfuncionais e a identificação de distorções levam a respostas adaptativas, funcionais e realistas. O terapeuta ajuda o paciente a formular hipóteses alternativas aos pensamentos distorcidos, testando a validade dessas hipóteses de forma objetiva e sistemática. A reestruturação cognitiva ocorre uma vez que o paciente passa a acreditar mais nas respostas adaptativas do que nos pensamentos e nas crenças disfuncionais.

De modo geral, as experiências são avaliadas pelo dependente de forma distorcida, pois as crenças e suposições formam esquemas desadaptativos, reforçados por estratégias compensatórias. Perceber esse funcionamento torna possível ao paciente desafiar os pensamentos e evitar os mecanismos compensatórios. O objetivo é minimizar a ativação desses esquemas e enfraquecer a valência das crenças permissivas.<sup>24</sup> A seguir, alguns exemplos de crenças permissivas comuns entre alcoolistas:

- “Eu mereço uma bebida” (merecimento)
- “Apenas um copo não vai me fazer mal” (minimização das consequências)
- “A vida é chata se eu não posso beber” (justificativa)

A reestruturação cognitiva consiste em uma ferramenta central do processo psicoterápico. O terapeuta deve atentar para possíveis dificuldades na aplicação da técnica, visto que o curso crônico da dependência de álcool e a síndrome de abstinência resultam em prejuízos cognitivos que alteram o processamento da informação.<sup>28</sup>

A técnica da descoberta guiada pode auxiliar na avaliação e na modificação de crenças disfuncionais. Três questões são bastante utilizadas com o intuito de examinar os pensamentos e crenças disfuncionais do paciente. Estas perguntas têm o intuito de realizar um questionamento quanto a veracidade e credibilidade de cada crença:

1. Qual a evidência de sua crença?
2. De que outra forma você pode interpretar a situação?
3. Se a interpretação alternativa é verdadeira, quais são as implicações?

## Estratégias de enfrentamento

Conforme o paciente familiariza-se com as técnicas, desenvolve formas de perceber e responder à realidade de forma funcional e adaptada. A decisão de não beber



deve ser seguida de comportamentos que distanciem objetivamente o paciente da situação de risco. Aprender a lidar com as circunstâncias que provocam fissura consiste em uma etapa fundamental na manutenção da abstinência. Durante os anos de consumo de álcool, o indivíduo recorria à bebida para aliviar sentimentos negativos. Mudar esse padrão consiste em enfrentar as dificuldades do dia a dia sem adotar os tradicionais comportamentos aditivos (beber, mentir, manipular, frequentar locais de risco para recaída, etc.).<sup>29</sup>

Ainda que algumas situações de risco possam ser evitadas, muitas delas não permitem controle, tais como desentendimentos, desemprego, propagandas de bebidas alcoólicas, ver outras pessoas bebendo, etc. As respostas comportamentais oferecem a possibilidade de enfrentar tais circunstâncias de modo a diminuir os estímulos que provocam fissura. Ainda que o paciente tenha decidido não beber em determinada situação de risco, ele necessita de recursos, ferramentas e estratégias que o afastem do contexto que representa risco. Com frequência, o alcoolista subestima o risco de recaída e não faz uso de recursos que diminuem a fissura, como sair imediatamente do local de risco, ler cartões de enfrentamento, usar técnicas de relaxamento e telefonar para alguém relacionado à recuperação. Cada estratégia deve estar de acordo com as particularidades do paciente e ser de fácil acesso e o mais próximo possível da realidade.<sup>30</sup>

Uma lista com as principais situações de risco é elaborada pelo paciente e utilizada durante a sessão na busca de alternativas de enfrentamento. Mais de uma resposta deve ser prevista para uma mesma situação (Quadro 22.6), garantindo que o paciente sinta-se sob controle, com diferentes possibilidades de diminuir a fissura e sair com sucesso da situação de risco. Experiências passadas bem-sucedidas são reconhecidas como recursos importantes a serem utilizados no futuro. Isso aumenta a autoeficácia, ou seja, a percepção da capacidade de enfrentar a situação sem fazer uso de álcool. O sentimento de confiança aumenta a valência dos pensamentos funcionais, o que facilita a prática das estratégias de enfrentamento.<sup>23</sup>

## >> QUADRO 22.6

### Exemplo de situação de risco e estratégias de enfrentamento

Um paciente descreve uma situação que o expõe à vontade de beber.

**Situação** – Quando passo caminhando em frente a um bar.

**Estratégia de enfrentamento 1** – Telefonar para minha esposa e contar a ela sobre essa dificuldade. A ligação também servirá para que eu me distraia e acalme.

**Estratégia de enfrentamento 2** – Atravessar a rua ou entrar em um ônibus rapidamente.

**Estratégia de enfrentamento 3** – Tirar da carteira a foto do meu filho caçula, pois isso me faz pensar no exemplo que quero ser para ele. Não quero mais decepcionar minha família.

## Intervenções comportamentais e manejo de contingências

As abordagens e técnicas comportamentais centram-se nas situações de alto risco e no comportamento em relação ao uso de álcool. O foco das técnicas mantém-se nas informações referentes ao álcool, seus efeitos e situações de risco. A exposição de pacientes a determinados lugares, situações, objetos e pessoas desencadeia uma série de reações. Os sinais relacionados, direta ou indiretamente, ao uso de álcool geram respostas de fissura. A observação e o controle desses estímulos e gatilhos é imprescindível para a manutenção da abstinência, visto que o paciente está propenso à ambivalência ao longo de todo o processo. Com um controle eficaz da fissura e o reconhecimento das situações de risco, o paciente experimenta um aumento da autoeficácia para enfrentar os desafios da recuperação.

A abordagem por meio de reforços positivos pode ser administrada desde o início do tratamento, na conquista das primeiras semanas de abstinência. O manejo de contingências é um exemplo de intervenção comportamental eficaz e geralmente usada com dependentes de álcool. Consiste em um programa de troca de *vouchers* que representam uma recompensa pelo período sem uso de álcool. As combinações devem ser claras, e os reforços devem ser definidos antes do início do programa e contratados entre terapeuta, paciente e familiares de acordo com as circunstâncias. O *screening* toxicológico pode ser utilizado nessa fase para comprovar presença ou ausência de substâncias no período estabelecido. A cada exame toxicológico que identifique abstinência de substâncias psicoativas, o paciente recebe o *voucher* que pode ser trocado por objetos relacionados a um estilo de vida sem o álcool. Estudos demonstram que a magnitude do reforço está associada aos resultados do controle de contingências.<sup>31</sup> No Quadro 22.7 há um exemplo da aplicação do manejo de contingências.

Outra técnica muito utilizada é a resolução de problemas. Essa estratégia terapêutica consiste em auxiliar o paciente a avaliar seus problemas de forma obje-

### >> QUADRO 22.7

#### Exemplo de caso com manejo de contingências

##### Manejo de contingências

Durante o processo de tratamento para o uso de álcool, Fernando (27 anos) concordou em apresentar exames periódicos no etilômetro (bafômetro). Em caso de resultado negativo (*screening* sem álcool), Fernando tinha o direito de escolher um final de semana no qual poderia usar o carro do pai. Em caso de *screening* positivo, além de ficar sem carro durante todo o mês, ficaria restrito em relação a suas atividades sociais. O empréstimo do carro era concedido como reforço positivo por ter se mantido sem beber, e a restrição de atividades sociais adquire um papel de punição negativa por ter utilizado o álcool.

tiva, visualizando diferentes opções de resolução e avaliação das consequências. Durante a sessão, o terapeuta educa o paciente sobre a técnica e ressalta a importância de sempre estabelecer mais de uma possibilidade de resolução frente a um problema. É sugerido que, durante a sessão, a técnica seja treinada em diferentes situações, preparando o paciente para necessidades reais. O terapeuta pode apresentar os seguintes passos para explicar a técnica:

1. Qual o meu problema?
2. Qual o meu objetivo com relação a esse problema?
3. Quais as possibilidades de resolução? (Listar no mínimo três.)
4. Qual a melhor opção?
5. Quais as consequências de minha escolha? (Avaliada apenas após a execução da resposta escolhida.)

A aplicação da resolução de problemas auxilia o alcoolista em situações de risco nas quais ele tenha dificuldade de criar estratégias diferentes de enfrentamento. Além disso, pode auxiliar na reestruturação cognitiva, uma vez que o paciente cria constantemente a necessidade de avaliar a mesma situação sob diferentes pontos de vista.<sup>21,32</sup>

## Mudança de estilo de vida

Dependentes passam grande parte do tempo envolvidos com atividades e pessoas relacionadas ao uso de álcool, o que gera um estreitamento de repertório.<sup>33</sup> A bebida acaba por assumir um papel polivalente, e seu uso é disseminado para todos os propósitos. O indivíduo bebe para lidar com emoções negativas, bebe quando está feliz ou conquista um objetivo, quando se sente entediado ou quando não encontra prazer em outras atividades. O terapeuta deve propor uma mudança nesse estilo de vida. O comportamento aditivo, nas suas variadas apresentações, precisa ser reconhecido como contraproducente. Atitudes não relacionadas diretamente ao uso podem fazer parte de um estilo de vida dependente. A mudança vai além da abstinência e propõe uma postura funcional abrangente, como honrar compromissos, ter os horários organizados, não mentir, alimentar-se de forma adequada, atentar para os horários de descanso e estabilizar as horas de sono.

Outro aspecto importante na mudança de estilo de vida é a busca de satisfação pessoal. Antes, a bebida era a única fonte de prazer. Em tratamento, o paciente abdica da satisfação do uso de álcool. Por isso, é incentivada a lembrança de pequenas coisas que antes promoviam satisfação, além de novas fontes de gratificação pessoal. O envolvimento em atividades prazerosas se constitui em uma questão-chave para uma duradoura manutenção da abstinência.

## Estabelecimento de um plano de metas

Ao longo do tratamento, a previsão de metas assume diferentes objetivos. São enfocados planejamentos práticos a curto, médio e longo prazo, com o objetivo final de manter a abstinência e o comprometimento com o processo psicoterápico. As metas devem ser claras, realistas, objetivas e descritas em detalhes; com critérios de avaliação definidos de acordo com cada contexto, elas devem ser revisadas periodicamente. Tal prática facilita a percepção de possíveis incoerências e a ordenação de acordo com prioridades. O terapeuta também pode optar por um plano de mudanças, conforme sugerem Miller e Rollnick,<sup>11</sup> estruturando um plano com objetivos, estratégias, possíveis obstáculos e pessoas que podem auxiliar ou prejudicar a mudança. No Quadro 22.8, é descrito um exemplo de estabelecimento de metas a médio prazo, o qual auxilia o paciente a estruturar e organizar suas ações e atividades.

## ETAPA FINAL

Além do foco na reestruturação cognitiva e em técnicas comportamentais, o terapeuta pode complementar o tratamento, sobretudo em sua fase final, com outras abordagens indicadas para dependentes de álcool, como o treino de habilidades e o apoio social e familiar. Além disso, a importância da abordagem da TCC em grupo é enfatizada como um método de trabalho indicado desde o início do tratamento.

## Treinamento de habilidades

O consumo de álcool está associado à falta de habilidades para lidar com algumas situações.<sup>30</sup> O aprimoramento das capacidades de enfrentamento envolve o treino de respostas adaptativas e eficazes. Para tanto, são exercitadas criatividade e flexibilidade em técnicas de exposição imaginária e dramatização (*role play*). Entre

### >> QUADRO 22.8

#### Exemplo de estabelecimento de metas

Letícia (38 anos) está em abstinência de álcool há quatro meses, e sua meta, a médio prazo, é encontrar um emprego. A curto prazo, ela se propôs a acordar cedo, preencher cadastros e entregar currículos, além de retomar contato com colegas de seu último emprego. O terapeuta sugere que suas metas sejam avaliadas com o registro diário dessas atividades para revisão semanal na sessão.

dependentes de álcool, é de extrema importância o ensaio da recusa de bebidas alcoólicas. É importante que o profissional auxilie o paciente a criar diferentes formas de não recair diante de situações de risco. O treinamento de técnicas como “Dizer apenas NÃO” pode ser muito útil, principalmente em situações que envolvam pessoas que não são próximas ou que não sabem do problema com o álcool. Esse treino pode ser realizado individualmente ou em grupo, no qual situações reais podem ser dramatizadas e exploradas durante o *role play*.

O treinamento comportamental deve considerar a existência de crenças disfuncionais. Em determinados pacientes alcoolistas, algumas crenças podem ser comuns, como: “Se eu não aceitar a bebida, vou ofender o dono da casa” ou “Se eu não beber, as pessoas vão pensar que tenho problemas com a bebida”. Diante disso, é importante que o terapeuta aplique técnicas para avaliação e modificação de crenças intermediárias e centrais, como o treino de habilidades comportamentais.

## Rede de apoio social e familiar

Enquanto o paciente está em recaída, suas interações sociais limitam-se, em grande parte, a contextos associados ao consumo de álcool. O resgate de relacionamentos saudáveis deve ser criterioso, minimizando os riscos de contato com as antigas companhias de uso. A falta de informação sobre a dependência de álcool e seu tratamento deve ser observada para a realização de uma reinserção social segura e satisfatória.<sup>34</sup>

Além de possibilitar uma fonte de satisfação pessoal, o convívio em sociedade contribui na construção de uma nova autoimagem, mais sadia, consolidando mudanças do estilo de vida. Essa alteração no autoconceito auxilia no fortalecimento da autoeficácia e em um menor risco de exposição a situações tentadoras. Manter-se próximo a pessoas que compartilham de interesses comuns aumenta o engajamento em atividades saudáveis distantes do álcool. Além de contribuir para o adequado uso do tempo ocioso, a reconstrução de vínculos desperta o sentido de pertencimento.

Outro fator associado é a reestruturação dos vínculos familiares. Conflitos decorrentes do uso de álcool e suas consequências são capazes de romper vínculos familiares relevantes. Especial atenção deve ser dedicada ao grupo familiar do paciente, quer pelas demandas da codependência, quer pela importância desses relacionamentos no processo de recuperação. Pessoas consideradas referência para o paciente são convidadas a participar do tratamento e a discutir questões de convivência que contemplem os interesses dos parentes e atendam às necessidades do paciente. Não raro, a indicação de terapia familiar auxilia na aproximação e na resolução de conflitos passados.<sup>5</sup> A proximidade afetiva com familiares, cônjuges ou companheiros auxilia no manejo da ansiedade e de estados emocionais negativos, como insegurança e irritabilidade.<sup>35</sup>

## Terapia cognitivo-comportamental em grupo

A modalidade de intervenção grupal vem ganhando reconhecimento como uma alternativa que amplia os benefícios de muitas técnicas por viabilizar o compartilhamento de experiências. A terapia de grupo é bastante indicada no caso de dependentes de álcool, mas é importante investigar a eficácia em populações específicas (como idosos ou mulheres).<sup>3</sup> Na terapia de grupo, existe a oportunidade da modelagem, o *feedback* e o ensaio comportamental, enriquecendo o repertório de cada paciente por meio da troca de experiências.

As técnicas de dramatização, utilizadas principalmente no treinamento de habilidades, ganham especial significado quando experimentadas em grupo. A oportunidade de encenar o contexto a ser enfrentado e observar as diferentes reações de cada integrante do grupo multiplica as alternativas de aquisição de respostas adaptativas. A variedade de situações de risco que podem ser dramatizadas com a presença de vários personagens incentiva a criatividade para o aprimoramento do repertório de respostas. Além disso, são evidentes as vantagens econômicas tanto para o paciente como para o serviço e os profissionais envolvidos quando a opção é a terapia de grupo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As indicações quanto à escolha de modalidades de tratamento, intervenções e técnicas devem considerar as particularidades de cada paciente; portanto, os primeiros passos referem-se a elucidar diagnósticos e esclarecer metas e objetivos de cada caso. A indicação de tratamento psicológico no modelo da TCC supõe que o paciente foi avaliado, está em condições de trabalhar com o terapeuta como um “dupla” e mostra-se responsável pelo seu processo de mudança.

A TCC é uma modalidade de tratamento que se aplica a pacientes que buscam ajuda para a mudança do estilo de vida, empregando, basicamente, a reestruturação cognitiva, em que são identificadas crenças cognitivas disfuncionais e que, ao longo do processo terapêutico, vão sendo modificadas. Os pacientes desenvolvem ferramentas de enfrentamento diante de situações de risco e conseguem manejar a fissura de maneira adequada.

Por fim, as combinações de técnicas cognitivas e comportamentais, associadas a tratamentos farmacológicos, ao envolvimento da família e a outros tratamentos complementares que se fizerem necessários no processo de mudança, vão proporcionar a manutenção da mudança terapêutica.

## REFERÊNCIAS

1. Rangé B, Marlatt GA. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(2):88-95.

2. Popova S, Mohapatra S, Patra J, Duhig A, Rehm J. A literature review of cost-benefit analyses for the treatment of alcohol dependence. *Int J Environ Res Public Health*. 2011;8(8):3351-64.
3. McCrady BS. Transtornos por uso de álcool. In: Barlow DH. Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo. Porto Alegre: Artmed; 2009.
4. Chalub M, Telles LB. Álcool, drogas e crime. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):69-73.
5. Figlie N, Fontes A, Moraes E, Paya R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Rev Psiquiatr Clin*. 2004;31(2):53-62.
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.
7. Kirk J. Avaliação cognitivo-comportamental. In: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
8. Edwards G, Dare C. Psicoterapia e tratamento das adições. Porto Alegre: Artmed; 1997.
9. Oliveira MS, Silva JG, Szupczynski KPDR. Avaliação cognitivo-comportamental. In: Andretta I, Oliveira MS. Manual prático de terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
10. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Álcool. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
11. Miller WR, Rollnick S. Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.
12. Mendez EB. Uma versão brasileira do AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test [Dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
13. Pinto Gouveia J, Ramalheira C, Robalo MT, Borges JC, Rocha-Almeida J. Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool (IECPA) (Versão brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996.
14. Jorge MR, Masur J. The use of the Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD) in Brazilian alcoholic patients. *Br J Addict*. 1985;80:301-5.
15. Figlie NB, Dunn J, Laranjeira RR. Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(2):91-9.
16. McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1983;20:368-75.
17. Rigoni M, Oliveira MS, Susin N, Sayago C, Feldens AC. Prontidão para mudança e alterações das funções cognitivas em alcoolistas. *Psicol Estud*. 2009;14(4):739-47.
18. Zaleski M, Laranjeira RR, Marques AC, Ratto L, Romano M, Alves H, et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(2):142-8.
19. Carbonari JP, DiClemente CC. Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):810-7.
20. Andretta I, Oliveira M. Um estudo sobre os efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estud Psicol*. 2008;25(1):45-53.
21. Laranjeira R, Pinsky I. O alcoolismo. São Paulo: Contexto; 1998.
22. Freire SD. Implicações práticas no tratamento psicoterápico da dependência química. In: Andretta I, Oliveira MS. Manual prático de terapia cognitivo-comportamental. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.

23. Marlatt GA, Donovan DM. Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
24. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Leise BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford; 1993.
25. Pinsky I, El Jundi SARJ. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(4):362-74.
26. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.
27. Oliveira MS, Laranjeira R, Jaeger A. Estudo dos prejuízos cognitivos na dependência do álcool. *Psic Saúde & Doenças.* 2002;3(2):205-12.
28. Liese BS, Frank RA. Tratamento dos transtornos por uso de substâncias com a terapia cognitiva: lições aprendidas e implicações para o futuro. In: Salkovskis PM, editor. *Fronteiras da terapia cognitiva.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
29. Cox WM, Calamari JE, Langley M. Habilidades de enfrentamento para o comportamento de beber e assessoria motivacional sistemática: tratamentos cognitivo-comportamentais para pessoas que têm problemas com álcool. In: Caballo VE. *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade.* São Paulo: Santos; 2007.
30. Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrams DB. *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento.* 2. ed. São Paulo: Roca; 2005.
31. Lussier JP, Hei SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction.* 2006;101:192-203.
32. Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(2):54-64.
33. Silva CJ. Critérios diagnósticos e classificação. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.* Porto Alegre: Artmed; 2011.
34. Peluso ETP, Blay SL. How should alcohol dependence be treated? The public view. *Alcohol Alcohol.* 2008;43(5):600-5.
35. Washton AM, Zweben JE. *Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas.* Porto Alegre: Artmed; 2009.





# TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRATAMENTO DE DEPENDENTES DE MACONHA

Flavia Serebrenic Jungerman



## Pontos-chave

- >> A maconha é a droga ilícita mais usada no mundo e no Brasil.
- >> Muitos efeitos adversos do uso de maconha estão comprovados, como a indução à psicose em casos de predisposição.
- >> Os usuários de maconha tendem a minimizar os prejuízos do uso e demoram em reconhecê-los, dificultando sua chegada para tratamento.
- >> Foi comprovado que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é efetiva no tratamento de usuários de maconha, em geral associada a outras abordagens, como entrevista motivacional e manejo de contingências.
- >> Poucos estudos focaram-se apenas nos usuários de maconha, por isso, mais pesquisas devem ser feitas.

Por ser a droga ilícita mais utilizada no mundo, a maconha tem sido foco de atenção dos pesquisadores quanto ao nível epidemiológico e em termos de tratamento. As pessoas começam a consumir a droga cada vez mais cedo, e poucas procuram tratamento.<sup>1</sup> Assim como para outras substâncias, a TCC tem se mostrado bastante efetiva como abordagem para o tratamento de usuários de maconha.

O objetivo deste capítulo é, a partir de uma contextualização sobre a epidemiologia da maconha, descrever o perfil do usuário que chega para o tratamento e as abordagens utilizadas dentro de uma vertente cognitivo-comportamental.

## PREVALÊNCIA DO USO DE MACONHA

A maconha é a droga ilícita mais produzida, traficada e consumida no mundo<sup>2,3</sup> e a terceira droga com uso recreacional mais popular, depois do álcool e do tabaco.<sup>4</sup> A United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), em pesquisa de 2008, estimou que cerca de 4% da população do mundo usou maconha no ano de 2006.<sup>5</sup> O número absoluto de usuários cresceu na mesma proporção de 1997/98 a 2006/07;

houve variações entre diferentes países, alguns diminuindo a prevalência (Estados Unidos, Oceania e Europa Oriental) e outros aumentando (África, alguns países da América do Sul e algumas partes da Ásia), além da Europa Ocidental e sul ocidental. Porém, uma limitação do estudo é que, em algumas áreas onde a economia é precária, as estimativas também são pequenas. Apesar de, muitas vezes, o uso estar acompanhado de outra substância, um número significativo dos usuários de maconha a utiliza predominantemente.<sup>6,7</sup>

É preocupante como o uso de maconha cresce entre os jovens, fenômeno comum na Europa, nos Estados Unidos e na Austrália.<sup>8</sup> A prevalência é mais alta e por mais tempo em países de língua inglesa.<sup>8,9</sup> Porém, o aumento no uso de maconha também atinge outros países que não os de língua inglesa: um estudo mexicano recente mostrou o aumento do uso da droga entre jovens.<sup>10</sup> Isso preocupa, pois cerca de 9% dos indivíduos que usam maconha completam critérios para dependência,<sup>11</sup> dado bastante semelhante ao resultado de um estudo de Hall e Pacula,<sup>8</sup> que concluíram que um em cada 10 usuários torna-se dependente. O risco aumenta conforme o aumento do uso.

Há evidências mostrando a hereditariedade do risco de uso, abuso e dependência de maconha, bem como influências genéticas e ambientais.<sup>12</sup> As taxas de dependência aumentam em jovens<sup>13-15</sup> que apresentam predisposição. Usuários que começam mais cedo correm um risco ainda maior. Estima-se que, de 6 ou 7 jovens que consumiram maconha, um tornou-se dependente.<sup>16</sup> O uso de maconha está associado também a rebeldia, comportamento antissocial, fraco desempenho escolar e relação com pares usuários de drogas.<sup>17</sup> Esses problemas de comportamento também são relatados em países de baixa renda.<sup>17,18</sup> A idade de início declina, e a potência do tetra-hidrocanabinol (THC, principal elemento ativo da maconha), aumenta.<sup>4</sup> Dois correlatos sobre o uso de maconha são comuns: ser homem e jovem.<sup>19,20</sup>

A maconha é a droga ilícita mais consumida no Brasil.<sup>21-23</sup> Em um estudo domiciliar conduzido em 107 cidades com mais de 200 mil pessoas, o uso na vida de indivíduos entre 12 e 65 anos foi de 6,9%,<sup>21</sup> comparável ao índice de outros países sul-americanos – como Colômbia (5,4%) – e ao índice da maioria dos países europeus – como Alemanha (4,2%) –, mas menores que os índices dos Estados Unidos (34,2%) e do Reino Unido (25,1%).<sup>23-27</sup> Em uma segunda pesquisa, três anos depois,<sup>22</sup> o uso subiu para 8,8%. A amostra desses dois levantamentos representou, respectivamente, apenas 28 e 40% da população brasileira, e, portanto, não inclui pequenas cidades e regiões menos populosas do País. Em um estudo mais recente,<sup>28</sup> em uma amostra representativa da população brasileira a partir de 14 anos, a estimativa de uso de maconha no último ano foi de 2,1%. Os fatores associados com maior probabilidade de uso foram: sexo masculino, idade entre 18 e 30 anos, ser solteiro, estar desempregado e viver nas regiões Sul e Sudeste. Salário alto e viver em metrópole foram dados estatisticamente significativos apenas após ajuste para as variáveis aqui descritas. Este estudo foi replicado recentemente, também com amostra representativa da população brasileira e com cuidado metodológico para preservar a privacidade do entrevistado, e mostrou que o uso na vida de maconha

é de 7%, no último ano subiu 3% e, destes, 37% são dependentes segundo a escala Severity Dependence Scale (SDS).<sup>29</sup>

## PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE MACONHA

O interesse pelo estudo da maconha é crescente, talvez porque estudos recentes venham comprovando os efeitos adversos do uso.<sup>2,3</sup> O consumo de maconha causa polêmica inclusive entre os profissionais da saúde, pois não é incomum que profissionais da área da saúde mental questionem-se sobre seus malefícios. Os principais problemas decorrentes do uso são:

- Dependência – a dependência da maconha vem sendo diagnosticada há algum tempo, nos mesmos padrões das outras substâncias.<sup>30</sup> Muitos estudos comprovam que esses critérios aplicam-se tão bem à dependência da maconha quanto à de outras substâncias.<sup>31</sup>
- Síndrome de abstinência – Budney e colaboradores<sup>32</sup> enfatizam a significância clínica da síndrome de abstinência da maconha e sua validade, sendo estes os seus principais sintomas: irritabilidade, nervosismo, inquietação, estado depressivo, raiva aumentada, dificuldade de dormir, sonhos esquisitos, diminuição do apetite e fissura. A gravidade da síndrome foi maior em indivíduos que tinham também outros transtornos psiquiátricos e uma alta frequência de consumo. Em geral, os sintomas desaparecem em alguns dias, apesar de alguns estudos mostrarem que eles podem durar mais.
- Alteração das funções cognitivas – as evidências mostram que o uso prolongado da maconha pode acarretar alterações cognitivas sutis nas “funções cognitivas superiores” da memória, atenção, organização e integração de informações complexas, que podem afetar o funcionamento do indivíduo no dia a dia.<sup>33</sup> Problemas no funcionamento neuropsicológico, sobretudo em regiões pré-frontais do cérebro e nas funções executivas, podem influenciar de maneira negativa a motivação para tratamento, a aderência ao programa de recuperação e o aumento das chances de recaída, o que torna a avaliação neuropsicológica um recurso importante para a detecção de prejuízos associados à droga.

Alguns estudos questionam se esses os prejuízos são revertidos após a abstinência,<sup>33,34</sup> enquanto outros afirmam que eles se mantêm após o indivíduo manter-se abstinente durante um tempo.<sup>35,36</sup>

- Prejuízo nas vias respiratórias – o uso crônico da maconha está associado a bronquite crônica, provocando, a longo prazo, danos nas vias respiratórias, o que pode resultar, em última instância, em câncer de pulmão e dessas vias.<sup>37</sup>
- Indução a quadros psiquiátricos em casos de vulnerabilidade prévia – existe uma relação entre o uso de maconha e o aparecimento de doenças psiquiátricas, como esquizofrenia e psicoses em geral. No caso dos transtornos

psiquiátricos, em geral há uma associação de fatores individuais constitucionais e efeitos da droga. No caso da esquizofrenia, o uso de maconha aumenta o risco de incidência da doença em indivíduos com e sem outros fatores predisponentes e leva a um pior prognóstico para aqueles com clara vulnerabilidade para um transtorno psicótico. Essa associação é mais intensa em sujeitos com história de sintomas psicóticos que utilizaram maconha antes dos 15 anos de idade. Acredita-se que pessoas propensas a desenvolver esses quadros acabam por antecipar ou precipitar o seu surgimento com o uso da maconha.<sup>38</sup> Questiona-se se é a droga que induz à psicose ou se é o transtorno que leva ao seu uso.<sup>39</sup> Apesar de muitos pacientes com doença mental automedicarem-se com maconha, é estabelecido que seu consumo aparece antes.<sup>40</sup>

- Porta de entrada – além de haver evidências de que pessoas que usam maconha em algum momento da vida terem mais chance de fazer uso/abuso no futuro, existe uma corrente de pesquisa que prova a relação entre o uso de maconha e o de outras substâncias ilícitas. Fala-se inclusive da maconha como “porta de entrada” para outras substâncias.<sup>41</sup>

## O PERFIL DO USUÁRIO DE MACONHA QUE BUSCA TRATAMENTO

Apesar de muitos prejuízos e do consumo prevalente, somente uma minoria dos usuários de maconha busca tratamento.<sup>42,43</sup> Porém, a demanda por tratamento de transtornos decorrentes do uso dessa substância vem crescendo.<sup>44</sup> Nos Estados Unidos, em 2006, a taxa de procura por tratamento foi de 16%, em comparação com 12% em 1996.<sup>45</sup> No ano 2000, dos adolescentes admitidos em serviços públicos especializados em abuso de substâncias, 61% deles eram usuários de maconha.<sup>46</sup>

A Austrália também dobrou as taxas de tratamento para maconha de 2000/1 a 2001/2: de 21% para 45,5% dos indivíduos com menos de 20 anos.<sup>47</sup> Na Europa, a taxa de pessoas procurando tratamento para maconha como droga principal foi de 2,5%, em Portugal, a 24%, na Alemanha.<sup>27</sup> Os usuários que procuram tratamento apresentam problemas sociais e complicações psiquiátricas e relatam múltiplas complicações e tentativas repetidas de cessar o consumo, sem sucesso.<sup>31,48,49</sup> O uso persiste, apesar das consequências negativas, e muitos se veem como inaptos a cessar o consumo.<sup>49,50</sup>

Em geral, adultos que buscam tratamento para problemas relacionados ao uso de maconha consomem a droga diariamente há mais de uma década e tiveram mais de seis tentativas prévias de reduzir ou parar.<sup>50,51</sup> Um estudo brasileiro mostrou semelhanças com a população mundial: a idade média do usuário de maconha que procurava tratamento era de 32,3 anos, e o uso era feito, em média, por 15 anos.<sup>52</sup>

## OS TRATAMENTOS PSICOTERAPÊUTICOS

A maior parte das intervenções para dependência de maconha é adaptada das abordagens para o tratamento de dependentes de álcool.<sup>1</sup> Um estudo sobre recaída mostrou que dependentes de maconha têm problemas similares aos usuários de outras substâncias para iniciar e manter a abstinência.<sup>53</sup> Nos últimos 15 anos, diversos estudos tentaram a terapia de base motivacional e a TCC, com resultados confirmados ou por testes de urina ou por relato de acompanhantes, nos Estados Unidos,<sup>54,55</sup> na Austrália,<sup>50</sup> na Europa mais recentemente<sup>56</sup> e no Brasil.<sup>57</sup>

O tratamento do usuário de maconha acontece em etapas. A primeira etapa é de informação sobre a substância, já que muitos usuários chegam para tratamento sem conhecer seus efeitos e, principalmente, seus prejuízos.<sup>58</sup> A seguir, a proposta é motivar para a mudança/o tratamento, definindo objetivos – uma tarefa da entrevista motivacional. Essa técnica trabalha com ambivalência para cessar o consumo e fortalece a motivação para mudança.<sup>59</sup> A base do trabalho é não confrontacional e não julgadora, focando auxiliar o cliente na conscientização do problema, no compromisso e na ação. Após o indivíduo estar motivado para o tratamento, deve-se trabalhar de modo mais específico com as cognições e os comportamentos relacionados à substância.<sup>58</sup>

As técnicas cognitivo-comportamentais ensinam habilidades relevantes para auxiliar na redução ou cessação do consumo da substância e capacitam o indivíduo a lidar com outros problemas psicossociais e de saúde, que podem afetar os resultados do tratamento.<sup>1</sup>

A prevenção de recaída, uma abordagem baseada nos princípios da TCC e descrita em detalhes no Capítulo 10, é utilizada nesse segundo momento, em que o paciente já deve estar engajado na mudança e aderido ao tratamento.<sup>60</sup> Uma recente publicação descreve a aplicabilidade específica a usuários de maconha da prevenção de recaída<sup>61</sup> com boa efetividade. Hoje, ela é considerada essencial no tratamento do uso de substâncias pelos motivos descritos a seguir.

- É otimista, visto que encara a recaída não como um fracasso, mas como parte do processo de mudança. Para os usuários de substâncias que têm dificuldade em manter-se abstinentes e, em particular, para o usuário de maconha que tende a reduzir o consumo, é importante poder ser aceito no tratamento, mesmo reduzindo o uso.
- Dá uma boa explicação conceitual ao consumo – o pensamento influencia o comportamento – de acordo com os princípios da TCC. Introduz o conceito da autoeficácia, que nada mais é do que a crença do indivíduo em si mesmo<sup>62</sup> e do quanto acredita que será capaz de enfrentar a situação, o que pode realmente determinar a forma como ela será enfrentada. Porém, essa abordagem não se limita à compreensão conceitual dos fatos, mas ensina,

de maneira prática, como lidar com o problema, por meio das estratégias de enfrentamento.

- Responsabiliza o sujeito pelos seus atos e dispensa a ideia dos atos impen-sados e intempestuosos (p. ex., “Quando vi, estava usando”), mostrando que cada pessoa é capaz de controlar-se e ensinando como fazê-lo. O indivíduo passa, então, a ter o poder dos próprios atos e, conseqüentemente, da mudança;
- É flexível e permite que o indivíduo determine seus próprios objetivos para o tratamento, o que, no caso da maconha, amplia as opções do paciente, pois, como é verificado entre os usuários, existe dificuldade de fazer abstinência.
- Trabalha com o indivíduo no seu meio social, onde estão as situações de risco, e, portanto oferece soluções mais realistas.
- Propicia uma abordagem mais ampla do indivíduo: ele passa a pensar na sua vida sem a substância e como poderá reformular seu estilo de vida para continuar a ter uma rotina equilibrada em termos de dever e prazer, sem ter de recorrer ao uso da maconha.<sup>63</sup>

Um estudo recente comparou usuários de maconha que conseguiram parar de fumar àqueles que não conseguiram. A partir de uma série de 18 estratégias para cessar o consumo baseadas em técnicas motivacionais e cognitivo-comportamentais, quatro foram significativamente diferentes entre os dois grupos: remoção de estímulo, incentivo à motivação, falta de distração e falta de habilidades de enfrentamento. Entre outras diferenças entre os dois grupos, os que fracassaram tiveram menos exposição a um tratamento formal.<sup>64</sup>

Outra abordagem derivada da terapia comportamental é o manejo de contingências (ver Cap. 18), em que o comportamento desejado é reforçado de maneira positiva. O manejo tem sido utilizado em concomitância com as abordagens psicoterápicas e medicamentosas para estimular bons resultados do tratamento e já mostra sucesso;<sup>65</sup> além disso, tem sido estudado no tratamento específico da maconha.<sup>49,66,67</sup> Essa abordagem é útil, pois os incentivos podem colaborar com o tratamento psicoterapêutico na meta de auxiliar a abstinência inicial, tão difícil de ser atingida. Em geral, funciona enquanto o tratamento é feito para atingir o objetivo da abstinência, e servirá como um estímulo à árdua tarefa de mantê-la.

O treinamento de habilidades de enfrentamento é uma abordagem utilizada junto com a prevenção de recaída e após ela, com o objetivo de auxiliar o indivíduo a manter-se abstinente ou na sua meta de consumo desejada. O treinamento de habilidades treina o indivíduo a desenvolver capacidades para que ele possa lidar com situações do dia a dia que venham a causar dificuldades e que não estão diretamente associadas ao uso de maconha.<sup>68</sup> Portanto, não apenas auxilia na manutenção da abstinência como também permite a reinserção do indivíduo na vida sócio-ocupacional. A técnica é muito útil no tratamento do usuário de maconha, pois:

- por ser uma abordagem comportamental e muito prática, gera conforto e segurança ao dependente em recuperação, recém-reintegrado à rotina do dia a dia;
- reforça a ideia da prevenção de recaída que o indivíduo tem antes de agir (p. ex., não existe “Quando vi, estava na boca...”), e, portanto, é essencial conhecer as situações de risco e planejar-se para enfrentá-las, o que gerará um sucesso maior;
- assim como na prevenção de recaída, trabalha o conceito da autoeficácia e, mais uma vez, propicia o aumento da autoestima;
- retoma a ideia do indivíduo como responsável por seus atos;
- como todas as demais abordagens, é otimista, pois vê o paciente como alguém passível de mudança de comportamento;
- dispondo de uma sequência de sessões, pode ser adaptada de acordo com o perfil e a disponibilidade do paciente.

É importante lembrar que nenhuma dessas abordagens é excludente e que, em geral, elas se tornam mais efetivas quando combinadas umas com as outras em tratamentos mais amplos, sendo planejadas para aplicação nos momentos mais oportunos, isto é, a entrevista motivacional no início, para ampliar a aderência do paciente ao processo de tratamento e de mudança; a informação, para situar o indivíduo no seu contexto de forma mais realista; e a prevenção de recaída em concomitância com o treinamento de habilidades sociais e o manejo de contingências para otimizar resultados.<sup>1,59,69</sup>

Outra forma de tratamento bastante recente que vem sendo adotada são as intervenções por computador (*computer-based interventions*). Esse formato de tratamento busca lidar com dois dos maiores obstáculos no tratamento da dependência: custos e acessibilidade.<sup>70-72</sup> A ideia é aplicar abordagens comprovadamente eficientes (entrevista motivacional, TCC e manejo de contingências focadas na abstinência) de uma forma virtual. Essa metodologia já foi aplicada para diversos problemas de saúde e psicológicos.<sup>73-75</sup> Muitos estudos avaliaram as intervenções por computador focando em tratamento para dependência de álcool e tabaco. Uma metanálise recente concluiu que essas intervenções podem ser menos custosas e muito acessíveis para tratar casos menos complicados de uso de substâncias.<sup>76</sup> Um exemplo de um programa recente que promove maior adesão ao tratamento e à abstinência, quando empregado junto com a terapia habitual, é o TCC4TCC.<sup>77,78</sup> Ele consiste em seis vídeos nos quais o narrador mostra como treinar certas habilidades; depois, aparecem atores demonstrando e explicando como eles próprios o fizeram. Um estudo testou uma intervenção para usuários de maconha e álcool com depressão e comprovou resultados semelhantes aos da psicoterapia com terapeuta.<sup>79</sup> Recentemente, essa abordagem foi aplicada apenas para usuários de maconha: dividiu-se de maneira não aleatória 38 usuários para tratamento com terapeuta e no computador em um programa de 12 semanas. Não houve diferença entre os grupos quanto a frequência, retenção ao tratamento e uso da substância.<sup>69</sup>

## PESQUISAS

Poucas pesquisas foram feitas sobre o tratamento de usuários de maconha, o que se deve basicamente ao fato de muitos profissionais acreditarem que essa droga não gera uma síndrome de dependência, e, portanto, os usuários não desejariam ou precisariam de tratamento para parar.<sup>80</sup> Porém, em 1987, uma pesquisa norte-americana publicou um anúncio para tratamento de maconha e houve muita procura,<sup>81</sup> sendo que os interessados eram usuários apenas dessa substância.<sup>31,48,50</sup> Conforme os prejuízos da droga foram sendo comprovados, o interesse pelo tratamento aumentou.

Foram feitas duas revisões sobre tratamento psicoterapêutico para usuários de maconha,<sup>44,80</sup> e ambas concluíram que poucos estudos sobre o tema foram realizados. Uma recente revisão sistemática<sup>82</sup> incluiu seis ensaios clínicos randomizados – cinco norte-americanos e um australiano – com 1.297 pessoas.<sup>49,50,52,55,66,83</sup> Todos os ensaios mostraram que a psicoterapia beneficia dependentes de maconha; além disso, a TCC em grupo ou individual é eficaz para o tratamento de dependência da substância e problemas associados e tem melhores resultados do que terapias breves quando aplicada individualmente. Dois estudos mostraram que acrescentar *vouchers* como incentivo pode trazer melhora quando associado a outras intervenções psicoterápicas. A abstinência foi pouco atingida, e os efeitos do tratamento ficaram na redução do consumo e dos problemas associados. Os autores concluem que a dependência de maconha não é fácil de ser tratada com psicoterapia em atendimento ambulatorial. Outras conclusões atingidas foram:

- Os estudos são muito heterogêneos, ou seja, há variações dentro da mesma abordagem, e a duração do tratamento e os tempos de *follow-up* mudam;
- O aconselhamento por si só pode auxiliar no tratamento do abuso de maconha;
- A TCC em grupo e individual tem bons efeitos no tratamento da dependência de maconha e dos problemas associados;
- A TCC é melhor do que a intervenção muito breve quando individual;
- O uso de *vouchers* (incentivos) associado à psicoterapia estimula bons resultados;
- Os estudos conseguiram mostrar diminuição na frequência do uso de maconha e sintomas de dependência, mas não na redução dos problemas;
- A abstinência de maconha acontece com pouca frequência e não é tratada com facilidade em ambulatório.

Recentemente, um ensaio clínico europeu testou um tratamento intensivo baseado nessas abordagens, mas focado nos problemas decorrentes do uso de maconha. Foram obtidos bons resultados em termos de abstinência, redução do uso e problemas psicossociais, com efeitos duradouros.<sup>56</sup> O único ensaio clínico brasileiro a testar a efetividade de uma intervenção breve para usuários de maconha tratou 160 indivíduos e adotou as abordagens motivacionais e de prevenção de recaída em quatro



sessões, comparando-as com intervalos de um mês ou três meses com lista de espera. Constatou-se que ambos os tratamentos são melhores que a ausência de tratamento e que o grupo que teve as sessões com intervalo de três meses melhorou mais, reduzindo sintomas de dependência.<sup>57</sup>

Uma revisão de 2007<sup>84</sup> relata que, com exceção do manejo de contingências por meio de *vouchers*, nenhuma outra psicoterapia mostrou-se mais eficiente que as demais. Uma metanálise recente<sup>85</sup> incluiu 53 ensaios controlados de TCC para transtorno por uso de substâncias, e o teor básico do tratamento era baseado no modelo de prevenção de recaída. Os resultados corroboram uma revisão anterior de Irwin e colaboradores,<sup>86</sup> em que 58% dos indivíduos saíram-se melhor do que os controles. Porém, contrariamente à primeira revisão, os que se saíram melhor foram os usuários de maconha.

Portanto, as intervenções mais potentes no tratamento do usuário de maconha parecem ser uma combinação de terapia motivacional, TCC e manejo de contingências com foco na abstinência para adultos e adolescentes,<sup>50,66,67,87,88</sup> incluindo manuais de TCC com 9 a 14 sessões de terapia individual e manejo de contingências por meio de incentivos monetários para abstinência, utilizando-se teste de urina de 1 a 2 vezes por semana. Os estudos mostram que, apesar de haver boa resposta para as abordagens mencionadas, a abstinência contínua é menos comum do que a redução no uso.<sup>1</sup> Como para outras substâncias, a abstinência não é necessária para que sejam vistas melhora clínica e redução nos problemas associados ao uso da substância.<sup>50,55,83</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme os prejuízos do uso da maconha são esclarecidos, mais pessoas buscam tratamento. Os usuários apresentam uso prolongado e pesado. A combinação de técnicas motivacionais e cognitivo-comportamentais mostrou-se efetiva. Apesar de os comportamentos dependentes gerarem um padrão comum na atitude dos indivíduos, há muitos aspectos que são particulares ao usuário de maconha, sobretudo no que se refere às condições com que chegam ao tratamento e suas capacidades de lidar com o processo terapêutico. Nesse sentido, apesar de serem as mesmas abordagens terapêuticas utilizadas, o tratamento do usuário de maconha tem suas particularidades,<sup>59</sup> e, portanto, sugere-se que o tratamento seja o mais especializado possível de acordo com a população em foco, a fim de que sejam obtidos melhores resultados.<sup>1</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Copeland J, Swift W. Cannabis use disorder: epidemiology and management. *Int Rev Psychiatry*. 2009;21(2):96-103.
2. Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet*. 1998;352(9140):1611-6.

3. Hall W, Babor T. Cannabis use and public health: assessing the burden. *Addiction*. 2000;95:485-90.
4. Murray RM, Morrison PD, Henquet C, Di Forti M. Cannabis, the mind and society: the hash realities. *Nat Rev Neurosci*. 2007;8(11):885-95.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. 2008 world drug report [Internet]. Vienna: UNODC; 2008 [capturado em 23 maio 2012]. Disponível em: [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/WDR\\_2008\\_eng\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf).
6. Perkonig A, Settele A, Pfister H, Höfler M, Fröhlich C, Zimmermann P, et al. Where have they been? Service use of regular substance users with and without abuse and dependence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:470-9.
7. Wittchen HU, Behrendt S, Höfler M, Perkonig A, Rehm J, Lieb R, et al. A typology of cannabis-related problems among individuals with repeated illegal drug use in the first three decades of life: evidence for heterogeneity and different treatment needs. *Drug Alcohol Depend*. 2009;102(1-3):151-7.
8. Hall W, Pacula RL. Cannabis use and dependence: public health and public policy. Cambridge: Cambridge University; 2003.
9. ter Bogt T, Schmid H, Gabhainn SN, Fotiou A, VolleBergh W. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*. 2006;101(2):241-51.
10. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz C, Blanco J, Zambrano J, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: results from Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Addiction*. 2008;102:1261-8.
11. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhabitants: basic findings from the National Comorbidity Study. *Clin Exp Psychopharmacol*. 1994;2:244-68.
12. Agrawal A, Lynskey MT. The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence. *Addiction*. 2006;101:801-12.
13. Compton WM, Grant BF, Collier JD, Glantz MD, Stinson FS. Prevalence of marijuana use disorders in the United States 1991-1992 and 2001-2002. *JAMA*. 2004;291(17):2114-21.
14. Stinson FS, Ruan WJ, Pickering R, Grant BF. Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol Med*. 2006;36(10):1447-60.
15. Swift W, Hall W, Teesson M. Cannabis use disorders among Australian adults: results from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Addiction*. 2001;96:737-48.
16. Anthony J. The epidemiology of cannabis dependence. In: Roffman RA, Stephens RS, editors. *Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment*. Cambridge: Cambridge University; 2006. p. 58-105.
17. Hall W, Degenhardt L. Prevalence and correlates of cannabis use in developed and developing countries. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):393-7.
18. De Micheli D, Formigoni ML. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*. 2004;99(5):570-8.
19. Degenhart L, Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health surveys. *PLoS Medicine* [Internet]. 2008 [capturado em 23 maio 2012];5(7):e141. Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050141>.

20. von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Sonntag H, Wittchen HU. The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend.* 2001;64(3):347-61.
21. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. São Paulo: CEBRID; 2002.
22. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: CEBRID; 2005.
23. Galduróz J, Dias JC. Epidemiology of marijuana in Brazil. Part of the Consensus on cannabis published by the Psychiatric Brazilian Association; 2005.
24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies: 1999-2000 national household survey on drug abuse [Internet]. Rockville: SAMHSA; 2001 [capturado em 16 fev. 2007]. Disponível em: <http://www.samhsa.gov/data/NSDUH.aspx>.
25. Ospina ER. Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas. Colombia: Fundación Santa Fe de Bogotá; 1997. p. 129.
26. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Quinto informe anual sobre la situación de drogas em Chile. Santiago de Chile: CONACE; 2005.
27. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Internet]. Lisbon: EMCDDA; 2005 [capturado em 15 fev. 2007]. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/>.
28. Jungerman FS, Menezes PR, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cannabis use in Brazil: data from the I Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict Behav.* 2010;35(3):190-3.
29. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas . II LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. São Paulo: UNIFESP; 2012.
30. Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br Med J.* 1976;1(6017):1058-61.
31. Stephens RS, Roffman RA, Simpson EE. Adult marijuana users seeking treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61:1100-4.
32. Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey RG. A review of the validity and significance of the cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1967-77.
33. Solowij N. Do cognitive impairments recover following cessation of cannabis use? *Life Sci.* 1995;56:2119-26.
34. Bolla KI, Brown K, Eldreth D, Tate K, Cadet JL. Dose-related neurocognitive effects of marijuana use. *Neurology.* 2002;59:1337-43.
35. Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Cognitive measures in long-term cannabis users. *J Clin Pharmacol.* 2002;42(11 Suppl):41S-7.
36. Pope HG Jr. Cannabis, cognition, and residual confounding. *JAMA.* 2002;287:1172-4.
37. Tashkin DP. Is frequent marijuana smoking harmful to health? *West J Med.* 1993;158(6):635-7.
38. Castle D, Murray R. Cannabis and madness. Cambridge: Cambridge University; 2004.
39. Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol.* 2002;156(4):319-27.

40. Verdoux H, Gindre C, Sorbara F, Tournier M, Swendsen JD. Effects of cannabis and psychosis vulnerability in daily life: an experience sampling test study. *Psychol Med*. 2003;(33):23-32.
41. Kandel DB. Does marijuana use cause the use of other drugs? *JAMA*. 2003;289(4):482-3.
42. Copeland J, Rees V, Swift W. Health concerns and help-seeking among a sample entering treatment for cannabis dependence. *Aust Fam Physician*. 1999;28(6):540-1.
43. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2003;71:37-48.
44. Copeland J. Developments in the treatment of cannabis use disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2004;17:161-7.
45. Department of Health and Human Services. Treatment Episode Data Set (TEDS): 1996-2006: national admissions to substance abuse treatment services. Rockville: SAMHSA; 2008.
46. Drug and Alcohol Services Information System. The Dasis report: adult marijuana admission by race and ethnicity: 2000 [Internet]. Rockville: SAMHSA; 2003 [capturado em 24 maio 2012]. Disponível em: <http://www.samhsa.gov/data/2k3/raceAdultMJtx/raceAdultMJtx.htm>.
47. Australian Institute of Health and Welfare. 2004 National drug strategy household survey: detailed findings. Canberra: AIHW; 2005.
48. Budney AJ, Novy PL, Hughes JR. Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction*. 1999;94(9):1311-22.
49. Budney AJ, Higgins ST, Radanovich KJ, Novy PL. Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(6):1051-61.
50. Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2001;21:55-64.
51. Budney AJ, Roffman R, Stephens RA, Walker D. Marijuana dependence and its treatment. *Addiction Sci Clin Pract*. 2007;4(1):4-16.
52. Jungerman FS, Laranjeira R. Characteristics of cannabis users seeking treatment in São Paulo, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(6):384-93.
53. Moore B, Budney A. Relapse in outpatient treatment for marijuana dependence. *J Subst Abuse Treat*. 2003;25:85-9.
54. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:898-908.
55. Marijuana Treatment Project Research Group. Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72:455-66.
56. Hoch E, Noack R, Henker J, Pixa A, Höfler M, Behrendt S, et al. Efficacy of a targeted cognitive-behavioral treatment program for cannabis use disorders (CANDIS). *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012;22(4):267-80.
57. Jungerman FS, Andreoni S, Laranjeira R. Short term impact of same intensity but different duration interventions for cannabis users. *Drug Alcohol Depend*. 2007;90(2-3):120-7.
58. Jungerman FS, Zanelatto N. Tratamento para usuários de maconha e seus familiares: um manual para terapeutas. São Paulo: Roca; 2007.
59. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. 2nd ed. New York: Guilford; 2002.
60. Marlatt GA, Gordon JR, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford; 1985.

61. Roffman RA, Stephens RS. Relapse prevention for cannabis abuse and dependence. In: Marlatt GA, Donovan DM, editors. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford; 2005. p. 179-207.
62. Bandura A. Self-efficacy: towards a unifying theory of behavior change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
63. Jungerman FS. Tratamento psicológico do uso de maconha. Consenso sobre maconha. ABP; 2005.
64. Rooke SE, Norberg MM, Copeland J. Successful and unsuccessful cannabis quitters: comparing group characteristics and quitting strategies. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2011;6:30.
65. Higgins ST, Heil SH, Lussier JP. Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Ann Rev Psychol*. 2004;55:431-61.
66. Budney AJ, Moore BA, Rocha HL, Higgins ST. Clinical trial of abstinence-based vouchers and cognitive-behavioral therapy for cannabis dependence. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74:307-16.
67. Kadden RM, Litt MD, Kabela-Cormier E, Petry NM. Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addict Behav*. 2007;32:1220-36.
68. Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrams DB. *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca; 2005.
69. Budney AJ, Fearer S, Walker DD, Stanger C, Thostenson J, Grabinski M, et al. An initial trial of a computerized behavioral intervention for cannabis use disorder. *Drug and Alcohol Depend*. 2011;115(1-2):74-9.
70. Carroll KM, Rounsaville BJ. A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*. 2007;102:850-62.
71. Kirby KC, Benishek LA, Dugosh KL, Kerwin ME. Substance abuse treatment providers' beliefs and objections regarding contingency management: implications for dissemination. *Drug Alcohol Depend*. 2006;85:19-27.
72. McLellan AT, Carise D, Kleber H.D. Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *J Subst Abuse Treat*. 2003;25:117-21.
73. Pull CB. Self-help Internet interventions for mental disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2006;19:50-3.
74. Rosser BA, Vowles KE, Keogh E, Eccleston C, Mountain GA. Technologically-assisted behaviour change: a systematic review of studies of novel technologies for the management of chronic illness. *J Telemed Telecare*. 2009;15:327-38.
75. Titov N. Status of computerized cognitive behavioural therapy for adults. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(2):95-114.
76. Rooke S, Thorsteinsson E, Karpin A, Copeland J, Allsop D. Computer delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*. 2010;105:1381-90.
77. Carroll KM, Ball SA, Martino S, Nich C, Babuscio TA, Nuro KF, et al. Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *Am J Psychiatry*. 2008;165:881-8.
78. Carroll KM, Ball SA, Martino S, Nich C, Babuscio TA, Rounsaville BJ. Enduring effects of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: a 6-month follow-up of CBT4CBT. *Drug Alcohol Depend*. 2009;100:178-81.
79. Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Carr VJ. Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction*. 2009;104:378-88.

80. McRae AL, Budney AJ, Brady KT. Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *J Subst Abuse Treat.* 2003;24(4):369-76.
81. Roffman RA, Barnhart R. Assessing need for marijuana dependence treatment through an anonymous telephone interview. *Int J Addict.* 1987;22(7):639-51.
82. Denis C, Lavie E, Fatséas M, Auriacombe M. Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse and/or dependence in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(3):CD005336.
83. Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. Treating adult marijuana dependence: a test of the relapse prevention model. *J Consult Clin Psychol.* 1994;62:92-9.
84. Nordstrom MD, Levin MD. Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature. *Am J Addict.* 2007;16(5):331-42.
85. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009;70:516-27.
86. Irwin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(4):563-70.
87. Carroll KM, Easton CJ, Nich C, Hunkele KA, Neavins TM, Sinha R, et al. The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74:955-66.
88. Stanger C, Budney AJ, Kamon JL, Thostensen J. A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2009;105:240-7.



>> 24

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRATAMENTO DE DEPENDENTES DE COCAÍNA/*CRACK*

Karine Koller  
Aline Helena Koller de Andrade



### Pontos-chave

- >> A terapia cognitivo-comportamental (TCC) reúne um grupo de técnicas nas quais há combinação de uma abordagem cognitiva e procedimentos comportamentais que têm eficácia comprovada no tratamento da dependência de cocaína/*crack*.
- >> A maioria dos usuários apresenta algum grau de comprometimento cognitivo decorrente do uso crônico da substância, fato que aumenta a refratariedade aos efeitos da TCC e o risco de abandono do tratamento.
- >> Quando combinada com farmacoterapia e com estratégias como o manejo de contingências, a TCC apresenta maior eficácia do que quando utilizada de maneira isolada, lembrando que nenhum método terapêutico isolado mostrou-se completamente eficaz no tratamento da dependência de cocaína.
- >> É de fundamental importância que o profissional esteja bem treinado para a aplicação do modelo e apto a desenvolver um plano de tratamento que atenda às necessidades do paciente de forma personalizada.

A dependência de substâncias psicoativas (SPAs) é caracterizada por uma síndrome de caráter complexo que vem sendo foco de diversas pesquisas que buscam abordagens mais eficazes para o tratamento, reconhecendo as limitações dos diversos modelos vigentes. Com o crescente número de usuários de *crack* no Brasil, a necessidade de modelos terapêuticos que atendam a essa realidade ganha caráter de urgência.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU),<sup>1</sup> nos últimos anos a demanda por cocaína tem declinado em mercados tradicionais, como os Estados Unidos, e ganhado espaço em outros, sobretudo na Europa e em países emergentes. Destes, o Brasil constitui o maior mercado na América do Sul em números absolutos, concentrando mais de 900 mil usuários.

A TCC é definida como um conjunto de intervenções estruturadas ou semiestruturadas, diretivas e de prazo limitado, que têm como objetivo o alcance de

metas específicas, considerando fatores cognitivos e comportamentais.<sup>2</sup> Emergiu como prática de destaque no tratamento de transtornos psíquicos com base em resultados promissores em pesquisas controladas que confirmam sua eficácia no tratamento de depressão,<sup>3</sup> ansiedade,<sup>4</sup> transtornos da personalidade<sup>5</sup> e dependência química,<sup>6-8</sup> entre outros.<sup>9</sup> A TCC baseia-se em dois princípios centrais:<sup>10</sup>

- A cognição tem uma influência controladora sobre as emoções e o comportamento do indivíduo.
- O modo de agir ou de comportar-se pode afetar profundamente os padrões de pensamentos e emoções.

Dessa forma, a TCC diverge de outras abordagens terapêuticas por permitir um tratamento personalizado, considerando que cada paciente possui fatores de risco e habilidades de enfrentamento diferentes. Assim, o indivíduo aprende que há caminhos alternativos para adquirir a mudança de comportamento desejada, reconhecendo o terapeuta um auxiliar nesse processo de autoconhecimento de suas potencialidades e objetivando não só o tratamento da dependência química, mas também a reestruturação de toda a vida do indivíduo.

Em referência ao próprio termo, a TCC tem raízes em ambas as terapias, cognitiva e comportamental, não sendo apenas uma simples combinação entre elas. Parte do pressuposto que cognições, pensamentos e emoções estão entre os fatores considerados precipitadores ou mantenedores do comportamento.<sup>11</sup>

Neste capítulo, serão apresentadas, de forma resumida, as técnicas utilizadas no tratamento da dependência de cocaína/*crack* com base em evidências científicas de estudos atuais que comprovam sua eficácia.

## A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA E *CRACK*

Para a neurociência, está cada vez mais claro que as terapias e abordagens de natureza biológica, psicológica e social não atuam de forma isolada, mas, ao contrário, influenciam-se mutuamente e podem potencializar-se quando aplicadas de forma harmônica.<sup>12</sup>

Nesse contexto, a TCC vem ganhando destaque por mostrar-se uma ferramenta eficaz para o tratamento do abuso e da dependência de substâncias, com base em observações clínicas de diversos trabalhos.<sup>3,7</sup> Esse modelo propõe que uma estrutura cognitiva disfuncional anterior do indivíduo predisporia o desenvolvimento do transtorno por abuso ou dependência de SPAs. Após a instalação do transtorno, pensamentos ativadores e permissivos para o uso tornam-se frequentes e devem ser trabalhados em terapia para se alcançar a abstinência. A seguir, são apresentados exemplos de como os pensamentos ativadores e permissivos se manifestam:<sup>2,13</sup>



- Estímulos aliciadores que ativam crenças ou pensamentos automáticos relacionados às SPAs resultariam em experiência de *craving*, ou fissura. Por meio desses estímulos, que podem ser internos ou externos, o paciente pode identificar as situações de risco para o uso e, assim, evitá-las.
- Crenças ativadas advindas de estímulos externos ou internos que incitam duas crenças básicas relacionadas às SPAs: antecipatórias e de alívio. As antecipatórias envolvem provisões de gratificação com o uso, enquanto as de alívio envolvem expectativas de redução, evitação ou fuga de estados emocionais adversos, que seriam diluídos com o uso de SPAs.
- Crenças facilitadoras ou de permissão refletem a minimização das consequências e a tentativa de justificar o uso. Levam ao desenvolvimento de estratégias instrumentais que são planos de ação para adquirir a SPA; essas estratégias variam muito, pois dependem de fatores de proteção e de risco individuais.

Na TCC, foram desenvolvidas diversas abordagens para melhor contemplar o problema desse transtorno tão complexo. Dentre elas, pode-se destacar os modelos de prevenção de recaída<sup>11</sup> e a TCC das habilidades sociais e de enfrentamento.<sup>14</sup> O modelo cognitivo de Beck<sup>14</sup> para o uso de substâncias – que explica o comportamento de uso a partir da teoria cognitiva – auxiliou no desenvolvimento dessas abordagens. Deve-se salientar a importância da terapia familiar considerando a fragilidade da rede de apoio ao dependente de *crack*.

O manejo de contingências,<sup>15</sup> técnica predominantemente comportamental, obteve importante destaque nos estudos, mostrando ser uma ferramenta apropriada para gerenciar o tratamento dessa dependência que apresenta elevado grau de compulsão para uso.

O uso de *crack*, por suas propriedades farmacológicas e vias de consumo, diferencia-se de outras apresentações e outros modos de consumo da cocaína, além de poder interferir na evolução do tratamento, sugerindo aos profissionais que considerem aspectos como:

- Os prejuízos cognitivos do uso crônico de *crack* contribuem para o isolamento do indivíduo e a baixa adesão ao tratamento. Tal fato contraindica a espera pela tomada de decisão por parte do dependente, visto que os primeiros anos de uso de *crack* concentram tanto os maiores riscos de morte quanto a menor procura por tratamento.
- Usuários de *crack* tendem a apresentar mais comorbidades e maior risco de suicídio.
- As propostas de tratamento devem ser mais intensivas, centradas na resolução de problemas, compostas por abordagens multidisciplinares e voltadas para a abstinência. O não comparecimento à primeira consulta depois de tê-la agendado é alto entre usuários de *crack*, portanto, o agendamento imediato é indicado para diminuir o índice de abandono pré-tratamento.

## PREJUÍZOS COGNITIVOS MAIS COMUNS NOS USUÁRIOS DE COCAÍNA/*CRACK*

Dependentes de cocaína demonstram dificuldades no que diz respeito a um nível maior de raciocínio emocional, incluindo a compreensão, o manejo e a regulação da emoção. Esses problemas foram associados a aumento da percepção de estresse e dificuldades de controle dos impulsos, afetando os fatores relacionados à recaída.<sup>16</sup>

Estudos revelaram que usuários de cocaína/*crack* apresentam danos na área ventromedial do córtex pré-frontal, acarretando comportamentos disfuncionais: com frequência negam ou não estão conscientes de que têm um problema, e, quando confrontados com a escolha de realizar ou não uma ação que traga uma recompensa imediata, com o risco de sofrer futuras consequências negativas, escolhem a recompensa imediata e ignoram as consequências. Essas alterações estruturais e funcionais na região do córtex pré-frontal e no cíngulo anterior levam ao comprometimento da função executiva no início da abstinência. Como essas regiões estão ligadas à regulação da emoção, tais alterações podem apresentar consequências relevantes para o tratamento dos dependentes, uma vez que o controle do impulso representa um importante elemento comportamental na regulação da emoção e foi identificado como um componente no processo de dependência.<sup>16</sup> Paralelamente, estudos afirmam que usuários de cocaína, além dos problemas relacionados à impulsividade, apresentam prejuízos na conscientização e no processamento da emoção. Há, também, comprometimento da autorregulação mesmo após a abstinência prolongada e a recuperação parcial de outras funções neuropsicológicas. Tais prejuízos têm sido associados com alterações no córtex orbitofrontal.<sup>16,17</sup>

As investigações sobre as bases neurobiológicas dos aspectos do controle dos impulsos revelaram alguns notáveis paralelos entre circuitos cerebrais e sistemas neuroquímicos envolvidos na dependência química. A hipoatividade no córtex orbitofrontal – em geral observada entre usuários de cocaína cuja abstinência é recente – tem sido relacionada aos déficits cognitivos associados ao abuso de SPAs, incluindo prejuízos no controle dos impulsos. Alterações em estruturas responsáveis pela busca por recompensas imediatas e pelo controle do comportamento podem explicar a dificuldade, ou mesmo a incapacidade, que alguns dependentes químicos têm de permanecer em tratamento. A elaboração de programas e tratamentos específicos de reabilitação neuropsicológica e emocional para o dependente de cocaína precisa considerar suas reais demandas, avaliando prejuízos no controle da impulsividade cognitiva e comportamental, como desinibição, falta de planejamento, déficit atencional e motor, entre outros, mostrando que esses pacientes podem obter melhores resultados com técnicas mais comportamentais.

## EVIDÊNCIAS DA EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA A DEPENDENTES DE COCAÍNA/*CRACK*

O *crack* é uma droga poderosa, capaz de mudar o comportamento do indivíduo, deixando-o pouco disponível para o tratamento.<sup>17</sup> Além disso, apresenta alta taxa de mortalidade, sobretudo durante os primeiros anos de consumo,<sup>18</sup> período em que o usuário menos procura ajuda.<sup>19</sup> Diante dessa realidade, surgem dúvidas sobre qual seria a melhor abordagem: esperar o paciente aderir ao tratamento ou adotar uma postura mais proativa e protetora?

Diversos estudos<sup>20,21</sup> têm sido conduzidos com o objetivo de comparar a eficácia das intervenções psicossociais no tratamento das dependências e encontrar as melhores estratégias para aumentar as chances de recuperação para o usuário de cocaína/*crack*. Uma metanálise<sup>22</sup> que estudou a eficácia da TCC considerou 34 ensaios clínicos (cinco para usuários de maconha, nove para dependentes de cocaína, sete para usuários de opiáceos e 13 para poliusuários), totalizando 2.340 pacientes. Concluiu-se que dependentes de maconha e de cocaína tendem a beneficiar-se mais da TCC, ainda que a relutância em optar pela abstinência seja forte e o índice de abandono de tratamento entre usuários de cocaína seja bastante alto.

Como já argumentado por Prochaska e DiClemente,<sup>23</sup> nem todas as intervenções são eficazes e indicadas em qualquer fase do processo de recuperação em que o paciente se encontre, devendo-se considerar não somente o estágio motivacional, mas também as características individuais e seus fatores de risco e proteção. Nesse contexto, um estudo europeu<sup>24</sup> que combinava TCC e entrevista motivacional no tratamento ambulatorial de grupo para dependentes de cocaína demonstrou eficácia de 100% no alcance da abstinência em todos os pacientes após um mês de tratamento, com monitoramento por meio de testes de urina semanais. Nesse estudo, 84% da amostra realizou pelo menos 11 das 12 sessões de grupo, comprovando a eficácia da entrevista motivacional como intervenção coadjuvante para melhorar a adesão ao tratamento. Outros estudos mostram que a associação entre prevenção de recaída e outras abordagens, como 12 passos ou manejo de contingências, potencializa o efeito terapêutico da abordagem inicial.<sup>25</sup>

Autores nacionais realizaram uma importante revisão sistemática de todos os ensaios clínicos randomizados sobre intervenções psicossociais no tratamento da dependência de cocaína e outros psicoestimulantes (como as anfetaminas) realizados até maio de 2006.<sup>25</sup> As comparações entre diferentes tipos de intervenções comportamentais mostraram resultados em favor de tratamentos com alguma forma de manejo de contingências, com menos desistências e diminuição do uso de cocaína.<sup>26</sup>

Marinho e colaboradores<sup>27</sup> realizaram um estudo com uma amostra de usuários de *crack* internados para desintoxicação e observaram que os pacientes mais

motivados contavam com um maior número de estratégias de enfrentamento para o manejo da fissura, tendo preferência por estratégias de autocontrole, fuga e esquiva, resolução de problemas e habilidades sociais para enfrentamento de situações de risco. Em concordância com outros estudos,<sup>28-31</sup> a adição do manejo de contingências para tratamento da dependência de cocaína resultou em períodos mais longos de abstinência, validando a eficácia dessa técnica quando somada a outras modalidades de TCC.

Outro recente estudo realizado na Holanda (Projeto CATCH)<sup>32</sup> pesquisou novas opções de tratamento para dependência de *crack*, tendo em conta tanto a abstinência quanto a minimização de danos, utilizando a combinação da TCC com a farmacoterapia. As taxas de abstinência e a retenção ao tratamento foram consideravelmente maiores no grupo que combinava a farmacoterapia com a psicoterapia. A TCC era aplicada por um profissional experiente em 12 sessões semanais individuais de 45 minutos, combinando técnicas como o aconselhamento ambulatorial, a prevenção de recaída e a entrevista motivacional e objetivando a redução do consumo de cocaína ou a abstinência total. Junto com a psicoterapia, os pacientes foram tratados com três tipos de medicamentos por 12 semanas: topiramato, modafinil e dexanfetamina.

Não há estudos específicos com usuários de *crack* e TCC, mas o relatório da National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) sobre os programas de tratamento britânicos informou que a TCC é a terapia mais recorrente entre os serviços dedicados exclusivamente a esses indivíduos.<sup>33</sup>

Há, entretanto, alguns estudos que não encontraram diferença entre TCC e tratamentos suportivos ou de mútua ajuda.<sup>34</sup> Abandonos e perda da eficácia entre poliusuários também já foram relatados.<sup>21</sup> A maioria dos usuários de cocaína e *crack* que procuram tratamento apresenta algum grau de comprometimento cognitivo,<sup>34</sup> o que aumenta a refratariedade aos efeitos da TCC e o risco de abandono do tratamento, pois aqueles com déficits relacionados ao uso crônico de cocaína têm mais dificuldade em aderir aos programas de tratamento dessa natureza,<sup>35,36</sup> elevando muito os índices de insucesso do tratamento.<sup>37</sup> Pacientes com prejuízos cognitivos marcantes, como os observados entre usuários de *crack*, não têm boa resposta terapêutica às técnicas cognitivas, beneficiando-se mais de tratamentos de natureza comportamental.<sup>27</sup>

Apesar desses desafios, um importante estudo que revisou os tratamentos para dependência de cocaína<sup>38</sup> evidenciou que algumas abordagens terapêuticas que envolvem a combinação da TCC com a farmacoterapia têm se mostrado promissoras no tratamento da dependência de cocaína. No entanto, individualmente, cada um desses tratamentos apresenta menor eficácia em estudos longitudinais, nos quais a abstinência a longo prazo é o foco primário de interesse. Segundo esse mesmo estudo, das técnicas terapêuticas que vêm sendo exploradas, a combinação de TCC e farmacoterapia foi a que suscitou os melhores resultados para tratamento da dependência de cocaína com relação à retenção do paciente no tratamento,

abstinência e prevenção de recaída. Convém ressaltar que, até o presente momento, nenhum método terapêutico isolado mostrou-se completamente eficaz no tratamento da dependência de cocaína.

## TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS DE ABORDAGEM E MANEJO

Alguns estudos<sup>16</sup> demonstram que técnicas cognitivo-comportamentais, como a distração, a reestruturação cognitiva e a exposição, são eficazes para a regulação emocional, objetivando flexibilidade cognitiva para respostas comportamentais mais funcionais. A seguir, são apresentadas algumas dessas técnicas.

- **Distração** – A diminuição da atenção direcionada para os estímulos emocionais pode reduzir o impacto deles sobre o indivíduo.<sup>39</sup> Uma técnica de distração eficiente é aquela capaz de estruturar atividades no cotidiano do paciente, desviando, assim, sua atenção dos estímulos emocionalmente negativos.
- **Reestruturação cognitiva** – Consiste em um conjunto de técnicas que permitem mudanças cognitivas mais elaboradas. O objetivo é a regulação da emoção por meio da capacidade de interpretar situações emocionais de forma mais adaptativa, limitando a resposta emocional subsequente.
- **Exposição** – Durante o tratamento, o paciente é estimulado a desafiar os pensamentos de medo, reavaliando sua expectativa de perigo. Tais técnicas são baseadas na exposição a pistas desencadeadoras de medo em um contexto seguro, objetivando sua extinção. Na extinção, a capacidade que um estímulo condicionado tem de gerar emoções é gradualmente reduzida pela apresentação repetida desse estímulo sem nenhuma consequência. Durante as exposições, o paciente fortalece seu senso de controle, reduzindo expectativas de dano e aumentando seu senso de autoeficácia.
- **Manejo da fissura** – É importante ressaltar aos pacientes que compulsões e fissuras aparecem e, logo em seguida, diminuem até desaparecer. Muitos dependentes que não estruturam respostas de enfrentamento com relação à fissura têm a ideia equivocada de que ela continuará aumentando de intensidade até que se torne impossível resistir. Desse modo, cedem à compulsão desencadeada por ela, aumentando, assim, a probabilidade de um novo episódio. Contudo, aqueles que conseguem aguardar o desaparecimento progressivo da fissura contribuem para que a reinstalação do comportamento de busca seja destituída de força, aumentando sua sensação de autocontrole.<sup>8</sup>
- **Manejo de situações de crise e pensamentos disfuncionais** – O terapeuta deve estimular a expressão dos sentimentos. Há evidências de que usuários antissociais deprimidos são mais responsivos ao tratamento do que os não

deprimidos. Algumas técnicas cognitivas<sup>8</sup> podem ser úteis na exploração de pensamentos disfuncionais, tais como:

- perguntas socráticas de final aberto;
  - uso das próprias palavras do paciente para fazer as observações clínicas;
  - exploração dos prós e contras da estagnação e da mudança.
- **Manejo de contingências** – Trata-se de um tratamento psicossocial de base comportamental que apresenta eficácia baseada em evidências.<sup>30-32</sup> Estudos recentes de metanálise e revisão de literatura sustentam que o tratamento por manejo de contingências, aplicado sozinho ou em conjunto com outros, é eficaz em promover a abstinência continuada e a adesão ao tratamento para indivíduos dependentes de *crack*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as evidências disponíveis hoje, não há dados que apontem uma abordagem única de tratamento que seja capaz de compreender os aspectos multidimensionais dos padrões de abuso de substâncias e produzir melhores resultados de forma significativa para resolver a natureza crônica e recidivante da dependência de cocaína. A entrevista motivacional e as modalidades de TCC – como manejo da fissura, treinamento de habilidades de enfrentamento das situações de risco e dos pensamentos disfuncionais, manejo de contingências e prevenção de recaída – ganharam destaque nos estudos clínicos, ressaltando que a associação da farmacoterapia eleva os índices de abstinência e adesão ao tratamento. Mais pesquisas são necessárias para testar os programas de tratamento e obter mais informações, a fim de melhor compreender e tratar a dependência de cocaína.

A TCC consagrou-se como um método eficaz no tratamento da dependência de cocaína, pois fornece instrumentos para melhorar e manter a motivação para a abstinência, o enfrentamento da fissura e o manejo de pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como para o equilíbrio no estilo de vida. É de fundamental importância para a boa prática das técnicas terapêuticas a apurada capacitação do profissional para melhor utilização das abordagens propostas, devendo-se considerar a perda da eficácia dessas intervenções na vigência de prejuízos neurocognitivos secundários ao uso prolongado de cocaína/*crack*.

## REFERÊNCIAS

1. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Global illicit drug trends 2010. Vienna: UNODCCP; 2010.
2. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.
3. Beck AT. Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper and How; 1967.

4. Beck AT, Emmerly G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
5. Beck AT, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford; 1990.
6. Cordioli AV, Knapp P. A terapia cognitivo-comportamental no tratamento dos transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(2):51-3.
7. Beck AT, Wright FW, Newman CF, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford; 1993.
8. Carroll KM. Manual 1: a cognitive-behavioral approach: treating cocaine addiction. Rockville: NIDA; 1998.
9. Carroll KM, Rounsaville BJ. A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction.* 2007;102(6):850-69.
10. Wright, Jesse H. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 15.
11. Marlatt GA, Gordon GR. Prevenção da recaída. Porto Alegre: Artmed; 1994.
12. Laranjeira R. Bases do tratamento da dependência de crack. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
13. Padin MFR. Terapia cognitivo-comportamental. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
14. Zanelatto N, Sakiyama HMT. Terapia cognitivo-comportamental das habilidades sociais e de enfrentamento. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
15. Miguel AQC. Manejo de contingências. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
16. Oliveira ACS, Ribeiro M. Manejo do controle das emoções e dos impulsos. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
17. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. Crack/cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. *Eur Addict Res.* 2007;13(1):11-9.
18. Dias AC, Araújo MR, Dunn J, Sesso RC, de Castro V, Laranjeira R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *J Subst Abuse Treat.* 2011;41(3):273-8.
19. DeBeck K, Buxton J, Kerr T, Qi J, Montaner J, Wood E. Public crack cocaine smoking and willingness to use a supervised inhalation facility: implications for street disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2011;6:4.
20. Carroll KM, Onken LS. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1452-60.
21. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009;70(4):516-17.
22. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry.* 2008;165(2):179-87.
23. Prochaska JO, DiClemente CC. Toward and comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N, editors. Treating addictive behaviors: processes of change. New York: Plenum; 1986.
24. Sánchez L, Díaz-Morán S, Grau-López L, Moreno A, Eiroa-Orosa FJ, Roncero C, et al. Ambulatory group treatment for cocaine dependent patients combining cognitive behavioral therapy and motivational interviewing. *Psicothema.* 2011;23(1):107-13.



25. Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003023.
26. McKay JR, Lynch KG, Coviello D, Morrison R, Cary MS, Skalina L, et al. Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine dependent patients following initial engagement. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(1):111-20.
27. Marinho JAC, Araújo RB, Ribeiro M. Manejo da fissura. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
28. Rash CJ, Alessi SM, Petry NM. Cocaine abusers with and without alcohol dependence respond equally well to contingency management treatments. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2008;16(4):275-81.
29. Petry NM, Aless SM, Carrol KM, Hanson T, MacKinnon S, Rounsaville B, et al. Contingency management treatments: reinforcing abstinence versus adherence with goal-related activities. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74:592-601.
30. Lussier J, Heil S, Mongeon J, Badger G, Higgins ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*. 2006;101:192-203.
31. Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*. 2006;101:1546-60.
32. Nuijten M, Peter B, Van den Brink W, Hendriks V. Cocaine addiction treatments to improve control and reduce harm (CATCH): new pharmacological treatment options for crack-cocaine dependence in the Netherlands. *BMC Psychiatry*. 2011;11:135.
33. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:493-502.
34. Aharonovich E, Nunes E, Hasin D. Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive behavioral treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71:207-11.
35. Brady KT, Johnson RH, Gray KM, Tolliver BK. Cognitive enhancers in the treatment of substance use disorders: clinical evidence. *Pharmacol Biochem Behav*. 2011;99(2):285-94.
36. Schmitz JM, Mooney ME, Green CE, Lane SD, Steinberg JL, Swann AC, et al. Baseline neurocognitive profiles differentiate abstainers in a cocaine clinical trial. *J Addict Dis*. 2009;28(3):250-7.
37. Reske M, Paulus MP. Predicting treatment outcome in stimulant dependence. *Ann NY Acad Sci*. 2008;1141:270-83.
38. Penberthy JK, Ait-Daoud N, Vaughan M, Fanning T. Review of treatment for cocaine dependence. *Curr Drug Abuse Rev*. 2010;3(1):49-62.
39. Mocaiber I, Oliveira L, Pereira MG, Machado-Pinheiro W, Ventura PR, Figueira IV, et al. Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicol Estud*. 2008;13(3):531-8.





>> 25

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRATAMENTO DE DEPENDENTES DE NICOTINA

Isabel Ferreira da Silva  
Sergio Luis Ferreira  
Neide A. Zanelatto



### Pontos-chave

- >> Embora tenha sido observado um declínio no uso de tabaco entre a população mundial, o problema do uso nocivo e da dependência de nicotina é considerado um dos grandes desafios da saúde pública.
- >> As consequências do uso nocivo e/ou da dependência de nicotina são prejudiciais à saúde e merecem um olhar voltado para o desenvolvimento de estratégias que auxiliem na cessação do hábito de fumar.
- >> A intervenção breve tem sido apontada como uma ferramenta utilizada no tratamento do tabagismo resultando em desfechos positivos, embora estudos recentes indiquem que o tratamento prolongado com terapia cognitivo-comportamental (TCC) aumenta a chance de o paciente manter-se abstinente.
- >> Tratamentos tendo a TCC como referencial teórico de base funcionam para pacientes com dependência grave e também para aqueles que têm outra dependência associada.
- >> Avaliação inicial, diagnóstico bem-elaborado, sessões estruturadas e acompanhamento pós-abstinência são elementos importantes em um tratamento para pacientes dependentes de nicotina.

O tabaco é produzido a partir do processamento das plantas *Nicotiana tabacum* e *Nicotiana rustica*, descobertas há cerca de 18 mil anos, coincidindo com a remota época da migração das populações asiáticas para a América. Utilizado já pelos índios na época de Colombo, o tabaco era fumado em cachimbos, aspirado, mascado, ingerido ou tomado sob forma de chá. Teve seu uso terapêutico indicado para lavagens intestinais, era esfregado sobre a pele para combater piolhos, instilado como colírio e aproveitado na formulação de unguentos, analgésicos e antissépticos.<sup>1</sup> Levado à Europa no século XVI, chamou atenção de Jean Nicot, embaixador francês em terras portuguesas, que emprestou seu nome à substância psicoativa (SPA) presente no tabaco.<sup>2</sup> Desde que os primeiros cigarros manufaturados começaram a ser vendidos na Inglaterra, em 1850, o consumo de tabaco vem aumentando, com um pico observado entre as décadas de 1950 e 1960, declinando em alguns países a partir dos anos 1970.<sup>3</sup>

Estudos recentes indicam que a prevalência do uso de tabaco no Brasil teve uma queda acentuada entre 1989 e 2006, e o número de cigarros consumidos por adultos também diminuiu; hoje, estima-se que, nas principais cidades, cerca de 20% dos homens e 13% das mulheres fazem uso dessa substância; apesar de a incidência de câncer no início da vida adulta ter decrescido entre a população masculina, aumentou entre a população feminina.<sup>4</sup> O último relatório produzido pela United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), em 2011, revela que, no mundo, 25% da população adulta (acima de 15 anos) utiliza tabaco,<sup>5</sup> sendo os adolescentes um grupo de risco para o desenvolvimento de dependência dessa substância.<sup>6</sup>

Pesquisas recentes nos Estados Unidos evidenciam que a prevalência do uso varia de acordo com:<sup>7</sup>

1. A idade – a maioria dos fumantes tem idade variando entre 25 e 44 anos.
2. O gênero – maior entre homens do que entre mulheres.
3. A raça – maior entre índios americanos não hispânicos.
4. O nível educacional – quanto maior o nível, menor o consumo.

A nicotina – SPA que causa dependência – presente no tabaco é rapidamente absorvida pelos pulmões, atingindo o cérebro em 9 a 10 segundos, com uma meia-vida de cerca de duas horas. Tem como efeitos agudos (evidenciados em animais): rápido e pequeno aumento do estado de alerta, com melhora da concentração, da atenção e da memória; diminuição do apetite; e sensação de relaxamento e calma.<sup>8</sup> O potencial de dependência de nicotina é alto quando comparado com as demais SPAs, indicando que, em média, um terço das pessoas que experimentam a substância tornam-se dependentes dela.<sup>9</sup>

O tabagismo parece estar relacionado a, ao menos, 30% das mortes por câncer (pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, pâncreas, rins e bexiga) e é fator de risco para o surgimento de doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica e outras doenças.<sup>10</sup>

Diante dos altos índices de consumo e dos males consequentes, comprovadamente associados ao uso, há a necessidade de que sejam pensados programas de cessação de uso de tabaco, objetivando menores desdobramentos nefastos ao longo dos próximos anos. A TCC associada a tratamentos farmacológicos tem se mostrado efetiva no tratamento desse tipo de dependência. Combinando intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, as TCCs focam-se principalmente em identificar situações de risco para a recaída e desenvolver habilidades para enfrentamento dessas situações. Algumas técnicas utilizadas são o automonitoramento, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento e a avaliação do papel das crenças e das emoções no hábito de fumar.<sup>11</sup>

Este capítulo pretende abordar a funcionalidade da TCC no tratamento da dependência da nicotina e também alguns dados que apontam para sua real eficácia ao longo do tratamento que almeje a retirada gradual ou abrupta para a cessação do hábito de fumar.

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: EVIDÊNCIAS DE EFICÁCIA

As pesquisas recentes avaliando a eficácia dos tratamentos baseados nas abordagens cognitivo-comportamentais evidenciam que esse tipo de intervenção funciona em pacientes com longo período de uso de tabaco (indivíduos com mais de 50 anos), em comparação ao tratamento tradicional, gerando desfechos positivos tanto em relação ao alcance da abstinência quanto em relação ao aumento da autoeficácia (em até 52 semanas no *follow-up*).<sup>12</sup> Confirmando esses dados, um estudo com 402 participantes – também com mais de 50 anos de idade e com um consumo superior a 10 cigarros/dia – comparou um tratamento de reposição de nicotina por 12 semanas a um tratamento de 11 sessões de TCC (distribuídas ao longo de 40 semanas). A pesquisa evidenciou que a TCC em período prolongado mostrou-se efetiva, aumentando a chance de abstinência tanto em homens quanto em mulheres.<sup>13</sup>

Mesmo quando a população tem outra dependência como comorbidade, os resultados com as TCCs também se mostram promissores. Um estudo que usou a TCC (intensiva, com 16 sessões individuais) associada à terapia de reposição de nicotina como intervenção para a cessação de fumar em pacientes em abstinência recente de álcool, comparada com aconselhamento para cessação de fumar associado com medicação, apresentou resultados favoráveis à intervenção cognitivo-comportamental até a vigésima sexta semana, embora, no *follow-up* (52 semanas), os resultados não tenham apresentado diferenças entre as duas abordagens.<sup>14</sup>

Pesquisas apresentando resultados da intervenção conduzida com grupos de pacientes também têm sido conduzidas com desfechos positivos,<sup>15</sup> alguns estudos, inclusive, evidenciam que, em determinados casos, o tratamento grupal mostra melhores desfechos do que o individual.<sup>16</sup>

Um estudo de revisão sobre a contribuição das abordagens cognitivo-comportamentais para o tratamento de tabagistas indica que esse tipo de terapia é útil na prevenção da recaída, visto que auxilia o paciente a desenvolver estratégias para lidar com o manejo de sua dependência, inclusive quando comorbidades como transtornos de ansiedade, depressão ou outras dependências estão presentes durante o tratamento.<sup>17</sup>

## MODELO DE INTERVENÇÃO BREVE PARA O FUMANTE

A intervenção breve é um modelo de tratamento mais estruturado que pode ser aplicado em diversos tipos de serviço de saúde por conta de seu formato simples. A equipe, uma vez treinada, pode ser constituída por vários profissionais da saúde, mesmo não realizando uma abordagem intensiva.<sup>8</sup> Se bem utilizada, essa abordagem causa forte impacto social, pois alcança um grande número de fumantes. É importante que o serviço de saúde tenha profissionais capacitados para acolhimento, um bom sistema para identificar e documentar todos os fumantes e suporte de

profissionais habilitados para o tratamento de médio e longo prazo direcionado aos indivíduos que estão preparados para parar de fumar.<sup>18</sup>

A duração das sessões de aconselhamento variará no tempo de acordo com sua intensidade: mínimas (3 minutos), de baixa intensidade (3 a 10 minutos) e intensivas (10 a 30 minutos de duração), sabendo-se que quanto mais intensiva é a intervenção, melhores os desfechos de longo prazo. Para melhor elaboração da hipótese diagnóstica, da avaliação da gravidade do consumo e do planejamento do processo de intervenção, sugere-se a aplicação de questionários e escalas. O questionário de tolerância de Fagerström para dependência de nicotina (Quadro 25.1) é de fácil aplicação e avaliação.<sup>8</sup>

#### >> QUADRO 25.1

##### Questionário de tolerância de Fagerström para dependência de nicotina

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?  
Dentro de 5 minutos (3)  
Entre 6 e 30 minutos (2)  
Entre 31 e 60 minutos (1)  
Após 60 minutos (0)
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, etc.?  
Sim (1)  
Não (0)
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?  
O primeiro da manhã (1)  
Outro (0)
4. Quantos cigarros você fuma por dia?  
Menos de 10 (0) \_\_\_\_\_  
De 11 a 20 (1) \_\_\_\_\_  
De 21 a 30 (2) \_\_\_\_\_  
Mais de 31 (3) \_\_\_\_\_
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?  
Sim (1)  
Não (0)
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?  
Sim (1)  
Não (0)

##### Grau de dependência:

- 0 – 2 pontos = muito baixo  
3 – 4 pontos = baixo  
5 pontos = médio  
6 – 7 pontos = elevado  
8 – 10 pontos = muito elevado

Fonte: Fagerström e Schneider.<sup>19</sup>

Uma estratégia de intervenção breve voltada para o fumante que quer deixar o tabagismo segue um protocolo de aconselhamento com dois objetivos: orientar aqueles que desejam parar de fumar e motivar quem não quer largar o cigarro. O protocolo é chamado de **PAAPA: Perguntar/Avaliar** – perguntar e avaliar a história tabágica. **Aconselhar** a abandonar de forma clara e incisiva. **Preparar** para marcar o dia da parada. **Acompanhar** todo o processo da cessação e/ou prevenir a recaída.<sup>11,20</sup>

## Perguntar/avaliar

No atendimento ao paciente, aplica-se um questionário de entrevista que tem por objetivo avaliar o fumante quanto a sua dependência, assim como a fase de motivação para cessação do consumo em que se encontra.

As seis perguntas a seguir darão algumas informações importantes para a abordagem inicial do fumante.

1. Você fuma? Há quanto tempo?
2. Quantos cigarros você fuma por dia?
3. Quanto tempo após acordar você acende o primeiro cigarro?
4. O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? (Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando?)
5. Já tentou parar? (Se a resposta for afirmativa, fazer a pergunta 6.)
6. O que aconteceu?

A pergunta 1 informa sobre as condições do fumante, assim como o tempo de exposição aos agentes tóxicos do tabaco. Permite diferenciar a experimentação do uso regular. Se o indivíduo fuma um número pequeno de cigarros por dia e há pouco tempo (p. ex., menos de um mês), sugere-se que está em fase de experimentação. As perguntas 2 e 3 informam sobre o grau de dependência. É possível que pacientes que fumam 20 ou mais cigarros ao dia e/ou acendem o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar tenham mais dificuldade em deixar do consumo em função de uma dependência química mais intensa, podendo necessitar de uma abordagem diferenciada com apoio medicamentoso. As perguntas 4 e 5 informam sobre o grau de motivação para deixar de fumar. Indivíduos que já tentaram ou mostram-se interessados em deixar de fumar serão mais receptivos a essa abordagem.

A resposta ao questionário permite avaliar em que fase motivacional para deixar de fumar encontra-se o sujeito, adequando-se, assim, o processo de intervenção e evitando-se as armadilhas terapêuticas em relação aos estágios de mudança.

### Fases motivacionais

- Pré-contemplação: não está pensando em parar de fumar.
- Contemplação: pensando em parar de fumar algum dia na vida.
- Preparação: pensando em marcar uma data de parada, mas sem data definida.

- Ação: quer parar nas próximas quatro semanas.
- Manutenção: parou de fumar.
- Recaída: parou de fumar, mas recaiu.

A pergunta 6 ajuda a identificar o que ajudou e o que foi um obstáculo para deixar de fumar. Essas barreiras, uma vez identificadas, devem ser contempladas e superadas na próxima tentativa: fortes sintomas de abstinência, presença de comorbidades psiquiátricas, entre outros.

## Aconselhar/preparar

Após a aplicação do questionário e de acordo com o grau de motivação, inicia-se o aconselhamento do paciente, adaptando o conteúdo da mensagem ao seu perfil. Deve-se considerar idade, sexo, comorbidades psiquiátricas e outros. A seguir, são citadas algumas situações que devem ser consideradas.

**Quando o paciente não está disposto a parar de fumar** – Com postura acolhedora e demonstrando interesse, o profissional deve estimular o indivíduo a pensar sobre o assunto e abordá-lo no próximo contato, disponibilizando, se necessário, material psicoeducacional.

**Quando o paciente está interessado em parar de fumar** – O indivíduo deve ser preparado para a cessação do tabagismo. O profissional deve solicitar a marcação de uma data para a parada, informando sobre o tabagismo como síndrome, métodos para a cessação e possíveis dificuldades que o paciente encontrará (síndrome de abstinência). Além disso, deve-se sugerir ao paciente que evite ambientes e situações que o estimulem a fumar e lidar com os estímulos associados ao ato de fumar (restringir o uso de bebida alcoólica e café), bem como entregar material educativo ao paciente referente às informações básicas.

## Acompanhar

O paciente em processo de cessação do tabagismo deve ser acompanhado pelo profissional em consultas de retorno, pelo menos em três momentos durante seis meses subsequentes à interrupção do uso. Esses momentos podem acontecer no primeiro, no terceiro e no sexto mês, de acordo com a avaliação do profissional. O acompanhamento tem como objetivo prevenir eventuais recaídas, mais comuns na fase inicial da abstinência; nesses casos, o paciente é orientado a reiniciar o processo ou pode ser encaminhado para um tratamento que utilize uma abordagem específico-intensiva, feita individualmente ou em grupo, ou de forma mais intensa, isto é, quatro sessões semanais com duração de 90 minutos, e acompanhamento após as quatro sessões, em 15, 30, 60, 90, 180 dias e 12 meses.<sup>20</sup>

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

Grande parte dos tratamentos para o tabagismo emprega algum tipo de técnica das TCCs, pois são ancorados na mesma base teórica, isto é, a teoria do aprendizado social de Bandura,<sup>21</sup> segundo a qual qualquer uso de substâncias é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por eventos e emoções específicos, podendo, portanto, ser modificado. Esse tratamento também é breve, focal e estruturado em três níveis: a modificação do comportamento de uso e dos pensamentos automáticos disfuncionais, a resolução dos problemas associados e o reajuste social e ambiental. O período de duração da intervenção é mais longo, podendo atingir 12 e até 16 sessões.<sup>8</sup>

A TCC auxilia o fumante a identificar gatilhos relacionados ao desejo de fumar. O manejo é feito por meio de técnicas cognitivas e de modificações do comportamento e tem o objetivo de interromper a associação entre a situação-gatilho, a fissura de fumar e o comportamento de fumar. Utilizam-se estratégias para lidar com estresse e afetos, solução de problemas, identificação e manejo dos sintomas da síndrome de abstinência, assim como a prevenção de recaída após a cessação do tabagismo.<sup>22</sup>

### ABORDAGEM INTENSIVA

Um modelo de abordagem intensiva é resumido e apresentado a seguir como guia para o tratamento de pacientes dependentes de nicotina.<sup>11,18,20</sup>

#### 1. Entrevista de avaliação

A entrevista inicial é individual e direcionada para obtenção de dados sobre história de uso do tabaco, gravidade do consumo, problemas associados e tratamentos anteriores, bem como para avaliação do grau de motivação para o tratamento. Se o paciente apresentar-se pré-contemplativo, será antiprodutivo inseri-lo no tratamento voltado para pacientes já preparados. Deve-se investigar os seguintes aspectos:

- Rede de suporte social – como é o apoio familiar e social, avaliar se há fumantes em casa e/ou no ambiente de trabalho, se incentivam ou restringem o hábito de fumar.
- Autoeficácia – alguns pacientes não conseguem parar de fumar, não por falta de motivação, mas por baixa percepção de autoeficácia. Esse conceito, desenvolvido por Bandura,<sup>21</sup> está baseado no quanto o indivíduo acredita em sua capacidade de atingir determinado objetivo.

- Comorbidades clínicas – doenças que podem ter relação direta com o tabagismo – câncer, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), diabetes e outras – e o histórico de doenças familiares relacionadas ao tabaco.
- Comorbidades psiquiátricas – depressão, ansiedade e abuso ou dependência de outras substâncias.

É importante salientar que alguns desses transtornos podem ter seu quadro agravado no início da abstinência, favorecendo o abandono do tratamento ou culminando em recaídas, se não forem devidamente acompanhados.

## 2. Tratamento individual ou em grupo

É importante considerar os seguintes aspectos para selecionar o tipo de tratamento:

- Os pacientes são diferentes, fumam por diferentes razões e diferem em idade, sexo, presença ou não de comorbidades e classe socioeconômica. Esses fatores são de fundamental importância para que o tratamento atenda às necessidades do fumante.
- A intervenção para a cessação do tabagismo pode ser individual ou em grupo, e sua eficácia será diretamente proporcional ao tempo de permanência do paciente no tratamento, sendo que, quanto maior o tempo, mais eficaz ela se mostra.
- Os tratamentos em grupo e individual empregam as mesmas técnicas, embora o primeiro apresente algumas vantagens, como maior suporte social, maior facilitação da discussão de situações de risco e meios de lidar com tais situações. Porém, o tratamento individual permite maior atenção e adaptação às características específicas de cada paciente.<sup>21</sup>

Para indicação ao tratamento individual ou em grupo, o terapeuta deve considerar os seguintes aspectos:

- O paciente precisa de atenção e tratamento para alguma comorbidade psiquiátrica que o esteja prejudicando na obtenção da abstinência do cigarro;
- O paciente se beneficiará do tratamento em grupo;
- O paciente tem algum déficit de atenção e/ou de memória, ou tem condições cognitivas de acompanhar o grupo, precisando de uma atenção individualizada.

O tratamento individual é direcionado a pacientes que demandam atenção exclusiva por apresentarem:



- Transtornos psiquiátricos que causem limitação, como esquizofrenia com sintomas estabilizados, depressão moderada a severa não estabilizada e/ou outras características de personalidade, como timidez excessiva e histriomismo, que dificultam o relacionamento em grupo;<sup>21</sup>
- Déficits cognitivos ou sensoriais (audição) que dificultem o acompanhamento no grupo;
- Não se sentir à vontade no atendimento em grupo.

O tratamento em grupo propicia a troca de experiências, oferece o suporte de uma rede de apoio social e é focado nas questões do tabagismo. É importante notar que:

- Não é indicada a frequência no mesmo grupo de pessoas com convívio pessoal intenso, como relações familiares e relações de trabalho com diferentes níveis hierárquicos, pois pode facilitar a exposição, gerando conflitos dentro do grupo;
- É indicada a formação de grupos específicos por idade, criando grupos adultos e adolescentes, pois estes dificilmente se identificarão com as questões e motivações dos adultos;
- De preferência, os pacientes devem estar no mesmo estágio motivacional, isto é, contemplativo ou a partir dele.

No tratamento em grupo, sugere-se ao terapeuta que fique atento para evitar que uma pessoa monopolize o grupo, mudando o curso do assunto de maneira natural; estimule a participação do grupo, formulando perguntas quando necessário, mantendo as discussões e os comentários sempre dentro do tema central; e identifique quando um dos pacientes participa pouco, estimulando sua participação e individualizando a atenção, se necessário. Os ganhos com o tratamento devem ser valorizados, pois o reforço positivo tende a manter o comportamento de não uso do tabaco, e deve evidenciar-se que cada participante atingirá sua meta de modo particular. É importante também que o terapeuta tenha disponibilidade de horários para atendimento, evitando barreiras para a adesão.

As duas intervenções, individual e em grupo, dividem-se em duas fases: obtenção da abstinência e manutenção.

- **Fase da obtenção da abstinência** – Seus objetivos são a preparação para deixar de fumar e a obtenção da abstinência. Na maioria dos programas de tabagismo, essa fase tem a duração média de 4 a 5 semanas com sessões semanais.
- **Fase de manutenção** – Essa é uma intervenção mais longa, momento em que se trabalha a prevenção da recaída, e pode ter duração de 12 a 16 sessões, dependendo da necessidade do paciente.<sup>8,18</sup>

É importante frisar que o *setting* terapêutico deve ser livre de cigarro para encorajar a cessação do tabagismo. O terapeuta deve ter empatia, respeito e acolhimento, ser ativo e presente durante todo o processo. Seu papel é auxiliar o paciente a lidar com situações e sentimentos de uma forma adequada. É importante que o profissional seja acessível mesmo fora do horário de consulta, pois assim o paciente sente-se seguro em saber que pode contar com o terapeuta em uma situação de fissura ou necessidade. Esse contato pode evitar uma recaída.

Os principais objetivos do material de mútua ajuda são aumentar a motivação e dar informações sobre como deixar de fumar. Eles abrangem materiais escritos, de áudio e vídeo, além de programas de computador, e parecem ser mais eficazes para pacientes com dependência de nicotina leve e motivados a parar.<sup>21</sup>

É importante individualizar a atenção e, no caso de grupo, estimular a participação e focar na questão do processo de cessação do tabagismo, apresentar assuntos referentes à sessão e/ou à psicoeducação, deixar o paciente ou participantes (grupo) à vontade para perguntas e dúvidas, esclarecer os assuntos no momento da exposição e oferecer material educativo. Deve-se, também, recomendar a leitura do material educativo e atenção para os objetivos individuais estabelecidos.<sup>18</sup>

Sobre a duração e a frequência das sessões: as sessões têm a duração de uma hora (individual) ou duas horas (grupo), e sua frequência depende do contrato; em geral, devem ser semanais no início do tratamento, passando a quinzenais e mensais até a alta do paciente.<sup>18</sup>

## MODELO DA ESTRUTURA DAS SESSÕES

O modelo apresentado a seguir é um exemplo de guia para a estruturação das sessões de atendimento ao paciente que deseja parar de fumar.<sup>11,18,20</sup>

### **Primeira sessão – Tema central: entender por que se fuma e como isso afeta a saúde**

Na primeira sessão do grupo, após a *apresentação* do terapeuta, pede-se algumas informações sobre cada um dos pacientes (grupo) com o objetivo de facilitar a apresentação dos participantes. Traz-se para a discussão a utilização da terapia de reposição da nicotina como parte da intervenção, caso tenha sido indicada. Segue-se o *aconselhamento* sobre a importância de interromper o uso e sobre os riscos associados à saúde, sugere-se a preparação para a data de interromper o uso do cigarro e faz-se a proposta contratual.<sup>8</sup>

#### **Procedimentos**

- a) Atenção individual – apresentar-se e promover as apresentações individuais (grupo). Perguntas básicas: quanto você fuma? O que faz você fumar? Qual

o obstáculo mais difícil para você deixar de fumar? Quanto tempo depois de levantar você acende seu primeiro cigarro?

- b) Apresentar e entregar o material educativo (com o conteúdo informativo das sessões).
- c) Fazer o contrato estabelecendo os dias e horários dos encontros e a duração do tratamento.
- d) Informar sobre os aspectos do tabagismo:
  - O que é dependência química e dependência de nicotina (processos cognitivos e neurobiológicos);
  - Principais substâncias tóxicas e suas consequências à saúde – monóxido de carbono, alcatrão e nicotina;
  - Riscos para a própria saúde, de curto e longo prazo;
  - Riscos do tabagismo passivo.
- e) Fluir com a ambivalência do paciente (Quadro 25.2).
- f) Tarefa de casa:
  - Pedir que o paciente faça o automonitoramento, isto é, anotar cada cigarro fumado – o que estava pensando, sentindo e fazendo naquele momento;
  - Pedir para o(s) paciente(s) fazer(em) a balança decisória, que irá possibilitar medir os aspectos positivos e negativos de fumar, assim como listar os motivos pelos quais deseja parar de fumar (auxiliando na resolução da ambivalência);
  - Solicitar uma data para a cessação do uso do cigarro.

## Segunda sessão – Tema central: os primeiros dias sem cigarro

Nessa sessão, pode-se discutir a terapia de reposição de nicotina, oferecendo aos pacientes todas as explicações necessárias para seu uso.

### >> QUADRO 25.2

#### Ambivalência do fumante

TENHO DE DEIXAR DE FUMAR	ACHO QUE NÃO VOU CONSEGUIR
Riscos à saúde Benefícios em parar Pressão social	Medo do sofrimento, de não saber lidar, do fracasso, dos problemas, da pressão social

## Procedimentos

- a) Atenção individual – incentivar os participantes a demonstrarem suas experiências recentes, perguntar a data escolhida para cessação do tabagismo e parabenizar os que já tenham parado de fumar, anunciar o objetivo da segunda sessão e entregar material educacional da segunda sessão.

- b) Informar sobre os métodos de parada:

**Parada abrupta** – o paciente marca uma data para a cessação do cigarro.

A escolha da data é importante para evitar situações de ansiedade e estresse ao pensar nessa data, e o paciente deve levar em consideração o que estará fazendo e com quais pessoas estará.

**Parada gradual** – indicada a pacientes com dificuldade de fazer a parada abrupta, tem a duração de uma semana, e é necessário que se obedeça a marcação do horário do primeiro cigarro ou do número diário de cigarros propostos. São duas as formas de parada gradual:

**Adiamento** – adia-se o primeiro cigarro do dia, aumentando, assim, o número de horas que ficará sem fumar. Em decorrência disso, haverá uma modificação de hábitos. Por exemplo:

- 1º dia – 1º cigarro às 09h
- 2º dia – 1º cigarro às 11h
- 3º dia – 1º cigarro às 13h
- 4º dia – 1º cigarro às 15h
- 5º dia – 1º cigarro às 17h
- 6º dia – 1º cigarro às 19h
- 7º dia – Nenhum cigarro

**Redução** – o paciente reduz o número de cigarros diários por uma semana. Por exemplo:

Fumante de 30 cigarros

- 1º dia – 25 cigarros
- 2º dia – 20 cigarros
- 3º dia – 15 cigarros
- 4º dia – 10 cigarros
- 5º dia – 5 cigarros
- 6º dia – Nenhum cigarro

Nos casos em que se utilizar terapia de reposição de nicotina, deve-se iniciá-la apenas no primeiro dia de total abstinência (segundo o exemplo acima, sexto dia)

- c) Fornecer informações sobre a síndrome de abstinência, o que é, quanto tempo dura e como lidar com os sintomas. Ela está relacionada com a dependência física de nicotina e não acontece com todos os fumantes. São sinais do restabelecimento do organismo e tem um tempo limitado. Os principais sintomas são fissura, sensação de “formigamento”, tontura,

dificuldade de concentração, tosse, cefaleia, irritabilidade, agitação, sonolência/insônia e distúrbios gastrintestinais. Algumas dicas para preparar a abstinência: trocar os lençóis, lavar o carro, retirar os cinzeiros, livrar-se de isqueiros, não guardar cigarros e evitar hábitos associados (café, bebidas alcoólicas, etc.).

É importante estar em acompanhamento médico para o uso de medicamento caso seja indicado para reposição de nicotina e/ou tratamento de possíveis comorbidades. Os sentimentos relacionados à ideia de largar o cigarro – ambivalência e luto pela perda – devem ser contemplados e discutidos. Como apoio interpessoal, é importante eleger uma pessoa construtiva para dar apoio ou falar das dificuldades.

d) Tarefa:

- Recomendar a leitura do material distribuído nas sessões, com o objetivo de reavivar seu conteúdo e as “dicas” oferecidas.

### **Terceira sessão – Tema central: como vencer os obstáculos para ficar sem fumar**

Discutir situações de risco e de proteção e traçar estratégias para a manutenção da abstinência.

#### **Procedimentos**

- a) Atenção individual – compartilhar suas experiências recentes, retomar as tarefas de casa da sessão anterior, encorajar firmemente os que ainda não pararam de fumar, anunciar o objetivo da terceira sessão e entregar o material educacional da terceira sessão.
- b) Informar sobre os benefícios de parar de fumar:
  - Sempre há benefícios para quem deixa de fumar, independentemente da idade em que isso ocorra.
  - Benefícios à saúde: após dois minutos, a pressão arterial e a pulsação voltam ao normal; após três semanas, a respiração torna-se mais fácil e a circulação melhora; após um ano, o risco de morte por infarto do miocárdio é reduzido à metade; após 5 a 10 anos, o risco de sofrer infarto será igual ao das pessoas que nunca fumaram; após 20 anos, o risco de contrair câncer de pulmão será igual ao das pessoas que nunca fumaram.
  - Benefícios econômicos: sugerir ao paciente que calcule o quanto pode economizar por ano ao parar de comprar cigarros e o que poderá fazer com esse dinheiro.
  - Outros benefícios: fortalecimento da autoestima, melhora do hálito, da coloração dos dentes e da vitalidade da pele, aumento da energia física,

da capacidade de respiração, do paladar e do olfato, além de saber que não estará incomodando as pessoas ao seu redor quando fumar.

Informar que é importante evitar a bebida alcoólica, pois ela diminui a censura (crítica) e costuma estar associada ao comportamento de fumar. Ampliar esses conceitos, discutindo com o paciente ou com o grupo, a partir de exemplos. Discutir a relação entre a cessação do tabagismo e o ganho de peso, informando que nem todos ganham peso e que esse pode ser um fator de recaída ou adiamento para deixar de fumar. Informar o que pode estar relacionado com o aumento da ingestão de alimentos e, por consequência, do peso: melhora do paladar e do olfato, alteração metabólica, premiação, aumento da ansiedade e do apetite como sintomas de síndrome de abstinência e hábito de ter algo na boca. A seguir, são sugeridas algumas dicas para manejar o ganho de peso e/ou diminuir o ganho.

- Não é indicado começar uma dieta rígida (ao mesmo tempo): o foco deve ser no tratamento da cessação do cigarro;
- Começar a prática de exercícios físicos e/ou caminhadas;
- Selecionar alimentos com menos calorias;
- Fazer refeições regulares durante o dia;
- Beber bastante água.

Desenvolver estratégias para lidar com hábitos e situações relacionadas ao cigarro, como fumar depois das refeições, fumar e beber álcool, fumar e falar ao telefone, fumar após o café. Algumas dicas para resistir ao desejo de fumar: ficar sem cigarro, fazer atividades físicas, escovar os dentes imediatamente após as refeições, recusar cigarros ofertados por amigos, renovar seus propósitos em não fumar, saber que a vontade de fumar não dura mais que cinco minutos e sempre carregar alimentos com poucas calorias – chiclete ou bala dietética, cravo, canela em pau, cristais de gengibre, biscoitos pouco calóricos ou frutas.

c) Tarefas:

- Recomendar leitura do material educacional;
- Relembrar as “dicas”;
- Treinar os procedimentos práticos – beber água, consumir alimentos com poucas calorias, fazer exercícios físicos e começar uma atividade física prazerosa.

## **Quarta sessão – Tema central: mantendo a abstinência e evitando situações de risco**

Discutir situações de risco e proteção para traçar estratégias objetivando manter a abstinência.

### Procedimentos

a) Atenção individual – compartilhar suas experiências recentes, retomar as lições de casa da sessão anterior, encorajar firmemente os que tiveram alguns lapsos e entregar material educacional da quarta sessão.

b) Desenvolver habilidades para lidar com sentimentos, estresse e vontade de fumar.

Uma das principais funções do cigarro, segundo a percepção do fumante, é ajudá-lo a lidar de forma adequada com situações estressantes e sentimentos decorrentes destas. Portanto, é necessário ensinar aos pacientes estratégias para lidar com sentimentos de uma forma mais adequada. Para isso, é sugerido o treinamento de habilidades, como prática da assertividade e formas de lidar com o estresse (ver, no Cap. 20, “Treino da assertividade”). Informar sobre algumas técnicas e aplicá-las para lidar com o estresse: técnicas de respiração e relaxamento (exercícios de respiração profunda e diafragmática e exercícios de relaxamento muscular progressivo).

Discutir e desenvolver habilidades de manejo da fissura, explicando as quatro formas de lidar com a sensação:

- Distrair – buscar realizar alguma ação para distrair a vontade, como beber água, assistir a um filme, ligar para alguém, mastigar algum alimento (de preferência pouco calórico) e fazer um exercício de respiração;
- Evitar – nas primeiras semanas, evitar situações sociais de risco, como festas, *happy hour* e outros;
- Escapar – estando em uma situação que se torne de risco, escapar, indo embora do local;
- Adiar – quando sentir fissura, pensar que não irá fumar na próxima meia hora e que, quando passar esse tempo, ela terá diminuído.

c) Tarefas:

- Ler material educacional;
- Praticar a assertividade;
- Fazer exercícios de relaxamento.

### Quinta sessão – Tema central: benefícios obtidos após a cessação do consumo

#### Procedimentos

a) Atenção individual – compartilhar as experiências recentes, retomar as lições de casa da sessão anterior, discutir eventuais lapsos ou recaídas e entregar material educacional da quinta sessão.

b) Informar sobre a importância do apoio social e das atividades prazerosas, reforçar os benefícios obtidos após parar de fumar e prevenção à recaída. O apoio social fortalece o processo de abstinência e ajuda a diminuir a incidência

de recaídas. Explicar que o paciente não está sozinho nesse processo e que pode escolher uma pessoa em cada ambiente de convivência – em casa, no trabalho – que possa apoiá-lo. No caso de tratamento em grupo, incentivar os participantes a trocarem telefones e criarem uma rede de apoio.

É importante explicar ao paciente que, assim como pode recorrer a pessoas que apoiam seu tratamento, também encontrará sabotadores (conscientes ou não), que colocam obstáculos, favorecem a desmotivação e questionam a necessidade do tratamento ou a capacidade do paciente de parar. Orientar para que, nessa situação, a habilidade da assertividade seja praticada. No caso da convivência com outros fumantes em casa, sugere-se que o paciente peça apoio e que sejam criadas regras de convivência, como não deixar o maço de cigarros à vista, fumar em lugares específicos e na ausência do paciente, entre outras.

O fato de o cigarro ser muito prazeroso reforça a crença de que só com ele é possível ser feliz. Discutir com o paciente como era sua vida antes de fumar, assim como a convivência com pessoas que não fumam e que se divertem. Sugerir que desenvolva outras atividades prazerosas (ver Cap. 21, Estruturas das sessões, temas específicos) e reforçar os benefícios obtidos com a cessação do tabagismo. Na ocorrência de recaídas, aceitar sem críticas, estimular nova tentativa e avaliar causas e circunstâncias do lapso ou recaída.

- O que aconteceu? O que estava pensando, sentindo e fazendo naquela hora? Como se sentiu ao fumar o primeiro cigarro? Poderia pensar em uma nova data para parar?
  - Estimular o paciente a identificar situações rotineiras que o fazem fumar.
  - Traçar estratégias de enfrentamento dessas situações.
- c) Tarefas:
- Ler material educacional;
  - Praticar assertividade;
  - Aumentar o repertório de atividades prazerosas.

## MANUTENÇÃO

Essa fase é baseada na prevenção de recaída, chegando a 12 sessões em abordagens mais intensivas.<sup>8</sup> Na maioria dos programas, a manutenção pode ter a duração de até um ano,<sup>18</sup> com frequências de sessões quinzenais e mensais e também apoio telefônico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a proibição da propaganda por parte das indústrias do tabaco, no início dos anos 2000, e com a instauração de ações que visam a prática de uma política pú-



blica de controle do tabaco mais eficaz, tanto o número de tabagistas quanto o sofrimento pelas doenças relacionadas ao tabaco têm diminuído em nosso país, assim como em outros, onde providências similares foram tomadas. Mesmo assim, o número de tabagistas ainda é significativo entre a população de dependentes de substâncias.

A terapia cognitivo-comportamental, abordagem que apresenta resultados de eficácia comprovada, ao longo dos anos tem sido utilizada nos programas de cessação do tabagismo, sem, no entanto, fechar portas para novos estudos que aumentem ainda mais, na prática, os resultados preconizados na teoria.

Eficaz para tratamento individual e também em grupo, essa abordagem se mostra viável para adoção em serviços de atendimento ao público, com uma relação custo/benefício bastante interessante.

Espera-se que o leitor deste capítulo, que não teve a pretensão de esgotar o assunto, possa minimamente ter sido aguçado quanto a sua atenção para a prática dessa abordagem no tratamento do tabagismo.

## REFERÊNCIAS

1. Vainfas R. A heresia dos índios: catolicismo e rebeldia no Brasil Colonial. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
2. Narloch L. Guia politicamente incorreto da história do Brasil. São Paulo: Leya; 2009.
3. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology*. 2003;8:286-90.
4. Iglesias R, Jha P, Pinto M, Silva VLC, Godinho V. Controle do tabagismo no Brasil [Internet]. [S.l.]: HNP; 2007 [capturado em 26 maio 2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>.
5. United Nations Office on Drugs and Crime. 2011 World drug report. Vienna: UNODC; 2011.
6. Souza DPO, Silveira Filho DX. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):276-87.
7. American Lung Association. Trends in tobacco use [Internet]. [S.l.]: ALA; 2011 [capturado em 26 maio 2012]. Disponível em: <http://www.lung.org/finding-cures/our-research/trend-reports/Tobacco-Trend-Report.pdf>.
8. Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23:200-14.
9. Anthony JC, Warner LA, Kessler RC. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances and inhalants: basic findings from National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1994;2(3):244-68.
10. Balbani APS, Montovani JC. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(6):820-7.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Consenso sobre abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
12. Hendricks OS, Delucchi KL, Hall SM. Mechanisms of change in extended cognitive behavioral treatment for tobacco dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2010;109(1-3):114-9.
13. Hall SM, Humfleet GL, Muñoz RF, Reus VI, Robbins JA, Prochaska JJ. Extending treatment of older cigarette smokers. *Addiction*. 2009;104(6):1043-52.

14. Carmody TP, Delucchi K, Duncan CL, Banys P, Simon JA, Solkowitz SN, et al. Intensive intervention for alcohol-dependent smokers in early recovery: a randomized trial. *Drug Alcohol Depend.* 2012;122(3):186-94.
15. Webb MS, de Ybarra DR, Baker EA, Reis IM, Carey MP. Cognitive-behavioral therapy to promote smoking cessation among african American smokers: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(1):24-33.
16. Stead LF, Lancaster T. Group behavior therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(2):CD001007.
17. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quanti X, Godard P, Clauzel AM. The contribution of cognitive-behavioural therapies to smoking cessation. *Rev Mal Respir.* 2007;24(2):171-82.
18. Gigliotti A, Presman S. Atualização no tratamento do tabagismo. Rio de Janeiro: ABP-Saúde; 2006.
19. Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström tolerance questionnaire. *J Behav Med.* 1989;12:159-82.
20. Viegas CAA, coordenador. Diretrizes para a cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2004;30 Supl 2:S2-76.
21. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1977.
22. Presman S, Carneiro E, Gigliotti A. Tratamentos não farmacológicos para o tabagismo. *Rev Psiq Clin.* 2005;32(5):267-75.



# TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Neide A. Zanelatto  
Maria de Fátima Rato Padin



## Pontos-chave

- >> Um tratamento eficaz cujo objetivo seja tratar a dependência de álcool e outras substâncias para adolescentes deve contemplar os seguintes princípios: avaliações constantes, tratamento integrado a outros contextos envolvendo principalmente a família e desenvolvimento de programas apropriados à fase da adolescência, facilitando a adesão ao tratamento e o seguimento pós-tratamento, buscando o acompanhamento dos resultados obtidos. Uma equipe bem treinada para o manejo com adolescentes completa o elenco de princípios importantes para um tratamento eficiente.
- >> O conhecimento da fase pela qual passa o adolescente, além da experiência no trato da dependência química, facilita o desenvolvimento de uma aliança terapêutica forte.
- >> Criatividade e flexibilidade são elementos fundamentais em um trabalho terapêutico com adolescentes, melhorando os resultados do tratamento.
- >> A prática das terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) tem apresentado desfechos positivos nos tratamentos voltados para o atendimento dos dependentes de álcool e outras substâncias na fase da adolescência.

A experimentação de álcool e outras substâncias em geral ocorre durante o período da adolescência, mas o cenário desse evento vem sofrendo alterações ao longo dos últimos anos, evidenciando que a experimentação acontece, apesar das ações preventivas, de forma cada vez mais precoce. Estudos indicam que quanto mais cedo há a experimentação e o uso abusivo de substâncias psicoativas (SPAs) – como a maconha, por exemplo –, maiores são as chances de dependência no futuro.<sup>1,2</sup>

Dentre as SPAs, o álcool é a mais utilizada por jovens, e um levantamento nacional publicado em 2007 informa que, na amostra pesquisada (jovens entre 14 e 17 anos), 13% dos adolescentes bebiam intensamente, e, embora a diferença

entre o consumo de meninos e meninas não seja significativo, esse índice aumenta quando são considerados apenas os meninos.<sup>3</sup> As primeiras experimentações acontecem a partir dos 13 anos de idade. Um levantamento conduzido no Brasil, em 2004, cuja amostra incluía estudantes dos ensinos fundamental e médio das escolas da rede pública, apontou que as substâncias lícitas (álcool e tabaco) são as primeiras a serem experimentadas pelos jovens, seguidas dos solventes, da maconha, dos anticolinérgicos e das anfetaminas.<sup>4</sup>

Em levantamentos realizados em outros países (p. ex., países do Cone Sul), os dados aproximam-se daqueles já relatados. O uso de álcool aparece entre 10 e 20% dos jovens de 14 anos ou menos idade (variando por país pesquisado).<sup>5</sup> Nos Estados Unidos, o álcool é, de longe, a substância de escolha entre adolescentes. É a primeira experimentada, com início por volta de 12 anos de idade (7%), chegando a 70% de experimentação aos 18 anos. O beber em “binge” também é comum e aumenta conforme os adolescentes alcançam o *status* de jovens adultos.<sup>6</sup>

As principais comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias na adolescência são o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, o transtorno da conduta e o transtorno desafiador de oposição.<sup>7</sup> Como em outros casos, essas comorbidades acabam alterando o curso da dependência química em si, gerando a necessidade de tratamento conjunto objetivando a intervenção para as duas entidades diagnósticas.

Tanto a literatura nacional quanto a internacional identificam uma série de fatores considerados de risco para a experimentação e o desenvolvimento de quadros de dependência, tanto em nível individual quanto relacionados às condições familiares, relacionamentos com pares e dentro da própria comunidade em que está inserido o adolescente.<sup>8</sup>

Os tratamentos baseados nas intervenções cognitivo-comportamentais têm sido apontados por teóricos de língua inglesa como os mais indicados, sempre abordando todo o contexto no qual o jovem está inserido. O objetivo deste capítulo é apresentar as evidências dessa modalidade de tratamento, as adaptações necessárias nesse modelo para alcançar melhores desfechos e as ações terapêuticas necessárias para que o tratamento tenha sucesso.

## **TRATAMENTOS PARA ADOLESCENTES USUÁRIOS, ABUSADORES OU DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

A adolescência é uma época de transição, período em que ocorrem mudanças significativas em quase todos os aspectos do funcionamento do indivíduo. A ocorrência de tais mudanças não segue um padrão linear, mas se caracteriza em um processo sistêmico, no qual muitos elementos entram em destaque. É fundamental, portanto, a necessidade de um programa de tratamento especialmente desenvolvido para os adolescentes, uma vez que as necessidades dessa população são diferentes das de outros grupos.

Uma das principais tarefas no tratamento de adolescentes dependentes é ajudá-los a atingir a abstinência de qualquer substância que altere seu psiquismo. A retomada do desenvolvimento normal dessa fase da vida também pode ser considerada como uma das metas centrais da intervenção. Um tratamento considerado eficaz<sup>8</sup> deve incluir como elementos essenciais:

- Confidencialidade – quanto mais forte for o vínculo em termos de sigilo de informações, maior será a chance de o adolescente trazer informações verdadeiras sobre o padrão e a quantidade de uso. A fim de que o tratamento tenha seus objetivos alcançados, algumas informações deverão ser divididas com a família ou com o cuidador. O que, quando e de que forma será informado deve ser combinado entre terapeuta e paciente.
- Aplicação de escalas de avaliação – com o objetivo de avaliar a saúde mental do adolescente, é sugerido o uso das seguintes escalas: Drug Use Screening Inventory – Adolescents (DUSI-A),<sup>9</sup> Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)<sup>10</sup> e Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ).<sup>11</sup>
- Se surgir o problema do uso de substâncias cuja relevância o coloque como tema central do tratamento, investigar com outros instrumentos a respeito do padrão e da forma de uso, quantidade usada e problemas relacionados. Um dos instrumentos sugeridos é o Teen-ASI, já validado para o português.<sup>12</sup>
- Exames de urina devem fazer parte do protocolo de atendimento, durante e depois da intervenção (no pós-tratamento). O cuidado no significado que será atribuído à aplicação do teste e o tratamento que será dado ao resultado obtido pode determinar o quanto o adolescente se comprometerá com esse procedimento protocolar.
- Devem ser consideradas todas as substâncias utilizadas; caso haja necessidade de abordagens complementares para o tratamento específico de um tipo de substância, elas devem ser realizadas.
- O *setting* deve ser adequado ao nível de intervenção necessária, determinado pela gravidade e pela necessidade específica de cada caso. Se o paciente preencher os critérios necessários para uma internação em ambiente protegido, ela deve ser conduzida, sempre considerando as necessidades primeiras do adolescente.
- O tratamento familiar é um componente importante do tratamento.
- Os programas de tratamento devem ocupar-se em desenvolver ações no sentido de minimizar o abandono e maximizar a motivação, o compromisso e a completude do tratamento.
- O tratamento medicamentoso pode ser associado, sobretudo voltado para o manejo dos sintomas de abstinência e da fissura. Utilizando técnicas não confrontativas e de resolução da ambivalência, a adesão à tomada do medicamento pode ser facilitada.

- Deve-se encorajar a formação de uma rede de suporte não usuária de substâncias e a frequência em grupos de mútua ajuda.
- As intervenções devem manter um olhar voltado para outros contextos da vida do adolescente, quais sejam: lazer, social, acadêmico, familiar, vocacional, médico ou legal.

Corroborando essas informações, uma recente publicação, a *Treating teens: a guide to adolescent drug programs*,<sup>13</sup> com foco exclusivo no tratamento de adolescentes usuários de substâncias, apresentou nove princípios de um tratamento eficiente:

- Avaliação e tratamento associados – Os programas devem utilizar-se de instrumentos de avaliação para o uso de substâncias durante todo o curso do tratamento. Uma avaliação inicial bem conduzida garante um planejamento adequado do tratamento, de modo a atender às necessidades específicas do paciente em questão. A avaliação inicial deve ser feita a partir das entrevistas com o paciente e com familiares ou outras pessoas importantes no contexto do indivíduo.<sup>14</sup>
- Tratamento integrado – A integração do tratamento (família, escola, profissionais da saúde e comunidade) aumenta a chance de redução do uso de substâncias e outros problemas comportamentais.
- Envolvimento familiar – O engajamento familiar no processo de tratamento aumenta a probabilidade de adesão do adolescente, com chance de os ganhos serem mantidos após o término do tratamento. A família deve ser convidada para participar do tratamento, pois a literatura comprova que, quando os familiares estão envolvidos, a mudança de comportamento serve de modelo para a mudança do familiar dependente, aumentando as chances de adesão e de melhora ao final do tratamento.<sup>15,16</sup>
- Desenvolvimento de programas apropriados à fase da adolescência – Os tratamentos devem considerar as mudanças biológicas, comportamentais e cognitivas que caracterizam essa faixa etária.
- Engajar e manter o adolescente no tratamento – O terapeuta deve estimular o compromisso de mudança para um estilo de vida sem substâncias.
- Qualificação da equipe – A equipe deve ter treinamento e experiência em diversas áreas dessa fase. Deve ter forte compreensão a respeito da adolescência e ter experiência no trabalho com adolescentes e com a família.
- Competência cultural e nas questões de gênero – A compreensão das questões de gênero e culturais é essencial para a aliança terapêutica.
- Continuidade nos cuidados – No pós-tratamento, deve-se enfatizar a prevenção de recaída e o automonitoramento.
- Resultados do tratamento – Deve-se manter uma forma de medir a rotina dos progressos: teste de urina, melhora do desempenho acadêmico, melhora da comunicação familiar e social e avaliação do estilo de vida adotado, durante o tratamento e após um ano do término do tratamento.

Manuais desenvolvidos nos Estados Unidos, com o objetivo de estabelecer um protocolo de cuidados a serem seguidos no tratamento com adolescentes, apontam para a necessidade do diagnóstico e do tratamento conjunto de outros transtornos que cursam em comorbidade com a dependência de substâncias como elemento fundamental para o melhor desfecho do tratamento para a dependência química.<sup>17</sup>

## **O TRATAMENTO DE ADOLESCENTES DEPENDENTES QUÍMICOS E AS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: EVIDÊNCIAS NA PRÁTICA CLÍNICA**

Embora a TCC não seja tão estudada em adolescentes quanto é em adultos, alguns estudos revelam dados que contribuem para resultados positivos no uso dessa abordagem. Kaminer e colaboradores<sup>18</sup> conduziram um estudo com 177 adolescentes com idade variando entre 13 e 18 anos. Foram feitas nove sessões semanais em grupo com TCC e, de todos os participantes, 144 completaram o tratamento; no pós-tratamento, esses indivíduos foram randomizados para grupos de intervenção individual com cinco sessões, acompanhamento telefônico ou participação em grupos de Narcóticos Anônimos (NA). Os resultados mostraram que as ações no pós-tratamento são fundamentais para a manutenção dos resultados obtidos após o fim das primeiras sessões. Há diferenças de aproveitamento em relação ao gênero: mulheres aproveitam mais o pós-tratamento e recaem menos. O estudo de seguimento realizado com esses mesmos jovens, 12 meses depois, confirmou os resultados relativos à importância do pós-tratamento em jovens dependentes de substâncias.<sup>19</sup>

Um estudo de revisão sobre a eficácia das diversas abordagens de tratamento para adolescentes dependentes de álcool comparou a TCC com a terapia de grupo interacional e também com a terapia de psicoeducação. Em ambos os casos, os pacientes tratados com TCC apresentaram melhores resultados em termos de redução de uso de substâncias e completude do tratamento.<sup>20</sup> Quando comparada com terapia familiar multidimensional, a TCC apresenta resultados similares.<sup>21</sup>

Estudos com adolescentes usuários de maconha, do projeto Cannabis Youth Treatment, compararam intervenções baseadas em cinco sessões de TCC/entrevista motivacional (ETM) com intervenções de 12 sessões de TCC/ETM e terapia de suporte familiar; compararam também cinco sessões de TCC/ETM com terapia de reforço comunitário em 12 sessões mais 12 sessões de terapia familiar multidimensional. Ambos os estudos evidenciaram a melhor relação custo/benefício nos tratamentos com 5 e 12 sessões de TCC/ETM e com a terapia de reforço comunitário, sendo os critérios para estas conclusões: maior número de dias de abstinência e percentual de adolescentes em recuperação (não usar ou abusar de substância e estar inserido na comunidade).<sup>22</sup>

## MODELOS DE INTERVENÇÃO PARA TRATAMENTO DE ADOLESCENTES BASEADOS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Os manuais de tratamento<sup>23</sup> apresentam modelos de intervenção com número de sessões semanais variando entre 5 a 16; em geral, os encontros incluem:

- sessões de construção e aumento da motivação para a formação da aliança terapêutica e adesão ao tratamento;
- sessão para a realização da análise funcional do uso de substâncias para identificar o padrão de uso, os déficits em habilidades de enfrentamento e os pensamentos e comportamentos disfuncionais;
- sessões com o objetivo de desenvolver a habilidade de manejo da fissura, da raiva e dos estados negativos de humor e de aumento de atividades prazerosas;
- sessões para o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas, de comunicação eficiente e de enfrentamento de situações de risco.

O projeto Cannabis Youth Treatment, para atendimento a adolescentes usuários de maconha, apresentou modelos com 5 e 12 sessões de tratamento,<sup>24,25</sup> as quais eram estruturadas com os seguintes temas centrais (modelo com cinco sessões):

- 1º – Desenvolvimento de motivação para o tratamento;
- 2º – Estabelecimento de metas;
- 3º – Desenvolvimento de habilidades para recusar maconha;
- 4º – Aumento da rede de suporte social e das atividades prazerosas;
- 5º – Planejamento para emergências e como lidar com a recaída.

A seguir, acrescentando-se mais sete encontros, completando o modelo de doze sessões estruturadas:

- 6º – Resolução de problemas;
- 7º – Tomada de consciência da raiva;
- 8º – Manejo da raiva;
- 9º – Habilidades de comunicação;
- 10º – Habilidades de enfrentamento da fissura do uso de maconha;
- 11º – Manejo da depressão;
- 12º – Manejo dos pensamentos sobre o uso de maconha.

A condução das sessões acontece de forma estruturada dentro do modelo cognitivo-comportamental, com técnicas adaptadas para melhor acolher a população específica de adolescentes.



## PRINCIPAIS DESAFIOS NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O adolescente, de um modo geral, não comparece à terapia por vontade própria, de modo que o ambiente terapêutico se constituirá em um dos elementos que poderá facilitar ou dificultar a adesão à continuidade do tratamento. A utilização das técnicas cognitivo-comportamentais, de forma adequada ao momento pelo qual passa o adolescente, adaptando-se a sua forma de pensar o mundo, pode ser decisiva como opção tanto para a adesão ao tratamento quanto para sua descontinuidade.

O ambiente terapêutico será caracterizado inicialmente por uma atitude muito mais colaborativa por parte do terapeuta, até que o envolvimento do paciente permita a opção por um caminho voltado para o questionamento dos seus pensamentos (descoberta orientada). A aliança colaborativa está, então, sendo construída. O tempo necessário para a construção dessa aliança e desse momento terapêutico dependerá do paciente, do conteúdo trazido e do seu envolvimento com o processo. O terapeuta, atento a esses conteúdos, saberá o quanto exigir e o quanto reforçar, conforme o desenrolar do processo.<sup>26</sup>

Diversos autores, no modelo cognitivo-comportamental, ocuparam-se de desenvolver ou adaptar técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas com sucesso no tratamento de crianças e adolescentes. A consulta a esses manuais pode munir o terapeuta dos recursos necessários para bem conduzir sessões (cujos temas centrais assemelham-se aos modelos para pacientes adultos) que sejam criativas, interessantes e eficazes para pacientes mais jovens.<sup>24,27,28</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os esforços dos profissionais da área da dependência química, quando o tema central está focado para essa fase do desenvolvimento, são muito mais voltados para a prevenção do uso do que para o tratamento visando a mudança do comportamento de uso. No entanto, nem sempre os programas de prevenção, em nível da comunidade, escola ou família, são eficazes e permanentes. A inexistência desses programas, o não envolvimento dos setores da sociedade com ações preventivas em relação ao uso de SPAs e a falta de consistência entre o que é falado e o que é feito por parte dos adultos em relação ao envolvimento com substâncias colocam os jovens em risco e criam uma abertura para a experimentação.

O tratamento de adolescentes dependentes químicos tem se mostrado um desafio para a classe profissional. Na maioria das vezes, esses pacientes não chegam à terapia por vontade própria e têm dificuldade de se envolverem com a terapia. Portanto, cabe ao profissional, especialista no atendimento a essa população, criar um clima de flexibilidade e acolhimento que permita a construção do vínculo e a construção de pensamentos/crenças mais funcionais a respeito do processo terapêutico.

## NOTA

Agradecemos a Andressa Maradei e Renata Pereira dos Santos, que contribuíram com sua participação.

## REFERÊNCIAS

1. Swift W, Hall W, Teesson M. Cannabis use disorders among Australian adults: results from the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Addiction*. 2001;96(5):737-48.
2. Stinson FS, Ruan WJ, Pickering R, Grant BF. Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and comorbidity. *Psychol Med*. 2006;36(10):1447-60.
3. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: SENAD; 2007.
4. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileira. Brasília: SENAD; 2004.
5. Naciones Unidas. Oficina contra la Droga y el Delito. Informe subregional sobre o uso de drogas em población escolarizada: información para el diseño de las estrategias nacionales y regionales sobre la problemática de drogas em jóvenes [Internet]. [S.l.]: ONUDD; 2009/2010 [capturado em 26 maio 2012]. Disponível em: [http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Pubs/Informe\\_Subregional2009.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Pubs/Informe_Subregional2009.pdf).
6. National Institutes of Health. Alcohol screening and brief interventions for youth: a practitioner's guide. Bethesda: NIAAA; 2011.
7. Bessa MA, Boarati MA, Scivoletto S. Crianças e adolescentes. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.
8. Bukstein OG. The practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(6):609-21.
9. Tarter RE. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision tree method. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1990;16(1-2):1-46.
10. Winters KC. Development of an adolescent substance abuse screening questionnaire. *Addict Behav*. 1992;17:479-90.
11. Gruenewald PJ, Klitzner M. Results of a preliminary POSIT analyses. In: Radhert E. Adolescent assessment/referral system. Rockville: NIDA; 1991.
12. Sartes LMA. Versão brasileira do T-ASI (Teen Addiction Severity Index): análise da consciência interna e validação da área de uso de substâncias. [Brazilian version of T-ASI (Teen Addiction Severity Index): internal consistency analysis and validation of the substance abuse area] [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
13. Drug Strategies. Treating teens: a guide to adolescent drug programs. Washington, DC: Drug Strategies; 2003.
14. US Department of Health and Human Services. KAP keys for clinicians based on TIP 31 and TIP 32. Rockville: SAMHSA; 2001.
15. Waldron HB, Kern-Jones S, Turner CW, Peterson TR, Ozechowski TJ. Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2006;32(2):133-42.
16. Liddle HA. Family based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction*. 2004;99(2):76-92.

17. US Department of Health and Human Services. Treatment of adolescents with substance use disorders. Rockville: SAMHSA; 1999.
18. Kaminer Y, Burleson JA, Burke RH. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(12):1405-12.
19. Burleson JA, Kaminer Y, Burke RH. Twelve month follow-up aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2012;42(1):78-86.
20. Deas D. Evidence based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*. 2008;121:5348-54.
21. Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*. 2008;103(10):1660-70.
22. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, et al. The cannabis youth treatment (CYT) study: main findings from two randomized trials. *J Subst Abuse Treat*. 2004;27(3):197-213.
23. Riggs P. Treating adolescent for substance abuse and comorbid psychiatric disorders. *Science and Practice Perspectives*. 2003;2(1):18-28.
24. Sampl S, Kadden R. Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions. Vol. 1, Cannabis Youth Treatment Series. Rockville: SAMHSA; 2001.
25. Webb C, Scudder M, Kaminer Y, Kadden R. The motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy supplement: 7 sessions of cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users. Vol. 2, Cannabis Youth Treatment Series. Rockville: SAMHSA; 2002.
26. Friedberg RD, McClure JM. A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2004.
27. Stallard P. Guia do terapeuta para os bons pensamentos-bons sentimentos. Porto Alegre: Artmed; 2007.
28. Friedberg RD, McClure JM, Garcia JH. Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2011.

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRATAMENTO DE MULHERES DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Andrea Lorena da Costa  
Monica Zilberman



### Pontos-chave

- >> Mulheres dependentes químicas sofrem desproporcionalmente com o estigma social, o que gera relutância na procura por tratamento, quando comparadas aos homens.
- >> Deve-se aproveitar o momento da gestação para iniciar o tratamento, pois as mulheres estão mais propensas a descontinuar o uso de substâncias nessa fase.
- >> Mulheres dependentes químicas apresentam mais comorbidades psiquiátricas do que os homens, incluindo transtornos depressivos, de ansiedade e da alimentação.
- >> Grupos compostos apenas por mulheres podem ser mais eficientes do que grupos mistos, pelo menos como abordagem inicial.

A dependência de álcool e de outras substâncias químicas é um sério problema de saúde pública. Durante muito tempo, as dependências eram mais identificadas com a população do sexo masculino; contudo, muitos estudos vêm constatando que um grande número de mulheres abusam do álcool e de outras substâncias. As mulheres dependentes químicas apresentam necessidades que precisam ser reconhecidas e consideradas nos serviços de tratamento e de prevenção para melhorar a sua efetividade.<sup>1-3</sup> Em geral, elas avançam mais rápido do uso esporádico para o uso regular de substâncias em comparação aos homens. Isso acontece, por exemplo, com a cocaína, o *crack*, o álcool, os opioides e a maconha.<sup>4-6</sup> Dependentes químicas em tratamento apresentam perfil clínico mais grave e mais problemas relacionados à família, aos relacionamentos interpessoais, ao trabalho e à saúde física e mental.<sup>7</sup>

Apesar dessas consequências, as mulheres tendem a procurar menos os centros de tratamento, pois enfrentam empecilhos e barreiras que tornam ainda mais difícil o seu acesso. Tais barreiras incluem a falta de recursos sociais e financeiros adequados para arcar com o custo do tratamento, o elevado estigma social associado ao uso de substâncias, a falta de serviços para gestantes, o medo de perder a cus-

tódia dos filhos e a impossibilidade de afastar-se da família – sobretudo dos filhos – para dedicar-se ao tratamento. Apresentam também altas taxas de comorbidades psiquiátricas, como transtornos do humor, da alimentação, de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o que dificulta ainda mais a obtenção de tratamentos apropriados.<sup>2,6-9</sup> Podem deparar-se com a falta de suporte familiar e do parceiro,<sup>6</sup> além de serem consideradas mais agressivas e com maior tendência à promiscuidade, ainda que não haja evidências disso.<sup>10</sup> Outros problemas de saúde, como doenças sexualmente transmissíveis, são comuns, e, mesmo com menos anos de uso, as mulheres apresentam mais consequências médicas, psiquiátricas e sociais associadas ao uso do que os homens.<sup>4,6</sup> Apresentam, ainda, menor probabilidade de reconhecer a necessidade de tratamento e menor conhecimento sobre como funcionam os tratamentos para dependentes químicos, assim como vivenciam mais experiências negativas em relação aos tratamentos quando comparadas aos homens.<sup>6</sup> Histórias de abuso sexual e/ou físico podem fazer com que determinados tratamentos ou programas de tratamentos com grupos mistos sejam menos desejáveis para as mulheres, ao menos como abordagem inicial.<sup>6,9</sup>

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem mostrado resultados eficazes no tratamento para mulheres dependentes. O manejo de contingências, por exemplo, é bastante útil no atendimento e na manutenção da abstinência de substâncias ilícitas em gestantes que receberam também tratamento com metadona. No entanto, a TCC e as técnicas de prevenção de recaída devem considerar as características específicas das mulheres, como, por exemplo, a maior tendência em recair diante de situações que envolvam emoções negativas ou conflitos interpessoais.<sup>11</sup>

Neste capítulo, serão apresentadas uma breve revisão da literatura enfocando a epidemiologia da dependência química em mulheres, suas características clínicas, fatores de risco, complicações físicas e, por fim, as técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento.

## EPIDEMIOLOGIA

De acordo com dados do *II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas*,<sup>12</sup> 6,9% das mulheres brasileiras apresentaram sintomas para dependência de álcool, e 9% para dependência de tabaco. O levantamento nacional mais recente mostrou que 2% das mulheres relataram beber com muita frequência; 11% relataram beber com frequência; 16% fizeram uso ocasional de álcool no último ano; 3% das mulheres beberam 12 ou mais doses; e 14% disseram beber de 5 a 11 doses em uma única ocasião.<sup>13</sup> Em um estudo realizado com 192 mulheres que buscaram tratamento especializado para abuso/dependência de álcool na cidade de São Paulo no período de 2000 a 2006, 46% relataram fazer uso diário de álcool (no último mês), 23% bebiam de 5 a 6 dias por semana (no último mês) e 71% apresentaram grau de dependência grave.<sup>2</sup>

Segundo o *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*,<sup>14</sup> as substâncias utilizadas com maior frequência pelas universitárias são maconha (19,9%), anfetamínicos (18,1%) inalantes (16,6%) e tranquilizantes (14,7%). O levantamento concluiu que os homens usam mais maconha, inalantes, cocaína, alucinógenos, *ecstasy* e esteroides anabolizantes, enquanto as mulheres consomem mais anfetamínicos, tranquilizantes e analgésicos opiáceos.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Considerando-se a idade de início do uso de álcool, as mulheres costumavam começar o uso mais tardiamente quando comparadas aos homens. No entanto, hoje, a idade de início é similar entre os gêneros. As mulheres chegam ao tratamento com idade semelhante e apresentam perfil clínico mais grave, apesar de terem consumido por um período menor do que os homens. O termo *efeito telescópio* é utilizado para descrever essa progressão acelerada com relação ao período de início do uso de substâncias até o aparecimento de sintomas de dependência e, consequentemente, a primeira admissão ao tratamento. Esse fenômeno já foi descrito para o álcool, a maconha e os opioides.<sup>2,9</sup> Da mesma forma, já foi identificado, em uma dependência não química, o jogo patológico.<sup>15</sup>

As mulheres dependentes de álcool e de outras substâncias químicas iniciam o uso por razões diferentes daquelas apresentadas pelos homens. Muitas vezes, começam o uso após a ocorrência de eventos traumáticos na vida, como violência física ou sexual, doenças físicas repentinas e acidentes ou problemas familiares, como a morte do cônjuge ou uma separação. Além disso, mulheres dependentes são, em muitos casos, influenciadas pelo consumo que seus parceiros fazem, ou foram criadas em lares nos quais conviviam com o consumo pesado de álcool ou abuso de substâncias por parte dos cuidadores.<sup>16</sup>

Com frequência, as dependentes apresentam baixa autoestima, maiores sentimento de culpa e angústias, assim como altas taxas de depressão, ansiedade, transtorno afetivo bipolar, ideação suicida, transtornos psicosssexuais, transtornos da alimentação e transtorno de estresse pós-traumático (Quadro 27.1).<sup>16,17</sup>

Durante a gravidez, o tabagismo e o uso de substâncias, sobretudo o álcool e a cocaína, podem provocar trabalho de parto prematuro e baixo peso corporal do bebê devido ao *status* nutricional deficitário da mãe. Algumas dessas consequências podem estar associadas a outros fatores, como má alimentação, falta de cuidados médicos e sociais e doenças infecciosas – HIV/aids e hepatite –, as quais podem prejudicar tanto a saúde da mãe quanto a do bebê.<sup>11</sup>

Diante do estresse e de emoções negativas, as mulheres tendem a consumir mais álcool. Esses fatores estão associados também a maior frequência de comorbidades, que representam um desafio adicional ao tratamento do transtorno por uso

## &gt;&gt; QUADRO 27.1

**Fatores de risco associados ao uso de substâncias**

- 
- >> Violência física ou sexual
  - >> Morte do cônjuge ou separação
  - >> Problemas familiares
  - >> Parceiro dependente de substâncias
  - >> Baixa autoestima
  - >> Estresse elevado
  - >> Emoções negativas
  - >> Alta taxa de comorbidades psiquiátricas
- 

de substâncias. Sendo assim, elas se beneficiariam mais de tratamentos direcionados para essas situações.<sup>2</sup>

As mulheres utilizam com maior frequência o álcool e outras substâncias como um meio de medicar a dor envolvida em situações de violência doméstica e traumas.<sup>10</sup> Os relacionamentos íntimos exercem grande influência nos motivos pelos quais as mulheres bebem e têm recaídas. Depois do tratamento, tendem a recair com maior frequência na companhia do parceiro e/ou de amigos.<sup>3,9</sup> Ainda hoje, as mulheres parecem dar maior prioridade para o relacionamento amoroso, esperando que ele dê significado a suas vidas.<sup>18</sup> Em uma amostra de sujeitos com ciúme e amor patológicos, foi verificado que 21% das mulheres com ciúme excessivo e 15% das mulheres com amor patológico apresentaram consumo preocupante de bebidas alcoólicas, assim como 12% das mulheres com ciúme excessivo e 8% das mulheres com amor patológico apresentaram importante índice de tabagismo. Em relação ao abuso de substâncias ilícitas, 12% das mulheres com ciúme excessivo e 15% das mulheres com amor patológico mostraram uso preocupante. Além disso, essas mulheres com ciúme excessivo (46%) e amor patológico (53%) apresentaram elevado uso de substâncias prescritas.<sup>19</sup>

## COMPLICAÇÕES FÍSICAS RELACIONADAS AO USO DE SUBSTÂNCIAS

As mulheres apresentam maior vulnerabilidade aos efeitos do álcool e outras substâncias e apresentam mais problemas físicos do que os homens. O corpo feminino tem menos água do que o masculino, o que facilita a maior intoxicação pelo álcool. Além disso, apresentam baixos níveis da enzima álcool-desidrogenase na mucosa gástrica, que é responsável pela metabolização da primeira passagem do álcool. As complicações físicas decorrentes do consumo, como a pancreatite, a cirrose e as neuropatias, podem surgir mais rápido e com maior gravidade no sexo feminino do que

no masculino. As mulheres mostraram também maior risco para o desenvolvimento de dano cerebral e doença cardíaca.<sup>2,11</sup> Além disso, o ciclo menstrual também pode influenciar a taxa de metabolização do álcool.<sup>2,20</sup> A metabolização dessa e de outras substâncias ilícitas acontece com mais lentidão no organismo feminino do que no masculino, e, assim, as mulheres tornam-se mais vulneráveis aos prejuízos associados ao consumo, mesmo ingerindo níveis mais baixos de álcool por um período mais curto.<sup>8,21</sup>

Em um estudo em que foram medidos os níveis sanguíneos de estradiol e de progesterona, descobriu-se que esses hormônios mudam conforme o ciclo menstrual e que isso parece influenciar o estresse e a fissura pela cocaína. As mulheres com níveis altos de estradiol mostraram fissura mais elevada quando comparadas aos homens; aquelas com níveis moderados ou elevados de progesterona mostraram baixo índice de fissura quando comparadas aos homens e às mulheres com estradiol elevado. Esses resultados poderão ajudar no desenvolvimento de técnicas de prevenção de recaída para elas,<sup>9</sup> que tendem a ser mais sensíveis aos efeitos cardiovasculares da cocaína durante a fase folicular do ciclo menstrual.<sup>2</sup> Também descobriu-se que essa substância pode alterar o ciclo menstrual e afetar sua fertilidade.<sup>11</sup>

As mulheres são tradicionalmente as maiores usuárias de sedativos e benzodiazepínicos, assim como preenchem com mais frequência critérios para dependência de tranquilizantes e sedativos.<sup>2</sup>

Já com relação a substâncias de uso intravenoso, as mulheres tendem a usar com menos frequência do que os homens; quando usam, normalmente, foram influenciadas pelos parceiros ou iniciadas por eles.<sup>2</sup> Todavia, correm mais risco de contrair o vírus HIV, pois, em geral, compartilham mais seringas e agulhas, e, muitas vezes, são as últimas a usar os equipamentos.<sup>11</sup>

As mulheres fumantes têm duas vezes mais chance de ter infarto agudo do miocárdio do que homens e também apresentam deterioração pulmonar mais rápida, assim como maior risco para o surgimento de doença pulmonar obstrutiva crônica e câncer de pulmão. O uso de nicotina está associado a menopausa, fluxo menstrual aumentado, infertilidade precoce e maiores taxas de aborto espontâneo.<sup>2</sup> Com relação aos gatilhos para eventuais recaídas, as mulheres estão mais sujeitas a voltar a fumar diante de gatilhos, como cheiro de cigarro, são menos estimuladas pelos fatores químicos da nicotina e demonstram maior dificuldade para parar de fumar, pois temem o aumento de peso. Parar de fumar nos primeiros 14 dias do ciclo menstrual – fase folicular – costuma apresentar melhores resultados do que na segunda metade do ciclo – fase lútea.<sup>2,11</sup>

## MODELOS DE TRATAMENTO UTILIZADOS PARA MULHERES DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

As mulheres dependentes químicas sofrem desproporcionalmente com o estigma social e a atitude moralista da sociedade, que apresenta um duplo padrão, critican-



do menos o uso de substâncias entre os homens. O medo da discriminação pode, muitas vezes, ser uma barreira social e impedi-las de procurar tratamento. Além disso, existe também o medo de perder a guarda dos filhos. Na maioria dos casos, elas se relacionam com parceiros que também são dependentes e que, notoriamente, opõem-se aos seus tratamentos e influenciam a ocorrência de recaídas.<sup>7</sup>

Há evidências de que o tratamento exclusivo para mulheres seja mais eficaz do que o misto, ao menos como abordagem inicial. Programas de tratamento que trabalhem questões ligadas à autoestima e ao corpo (nutricionistas e terapeutas ocupacionais), grupos em que possam ser discutidas questões afetivas e interpessoais, violência física e sexual (e não apenas temas ligados ao abuso de substâncias) certamente terão maior chance de aderência e sucesso, pois um grupo só de mulheres pode prover um ambiente de tratamento mais seguro e confortável.<sup>6</sup> As terapeutas mulheres também podem facilitar a aderência e o andamento da terapia, tanto individual quanto em grupo, já que promoveriam uma atmosfera terapêutica mais segura.

Linehan e colaboradores<sup>22</sup> desenvolveram a terapia comportamental dialética e testaram sua eficácia no tratamento de mulheres com transtorno da personalidade *borderline*. Demonstraram redução efetiva dos comportamentos suicidas, redução do abandono ao tratamento, menor necessidade de internação e diminuição dos sentimentos de raiva, assim como melhora do funcionamento interpessoal e global e ajustamento social. O abuso de substâncias foi monitorado por meio de entrevistas clínicas estruturadas e análises de urina. Esse método engloba estratégias da TCC aliadas a estratégias de aceitação adaptadas do ensinamento e da prática Zen. É composta por uma síntese da validação e da aceitação do paciente – *mindfulness* (atenção para o momento presente, postura de não julgamento e foco na eficácia). Os procedimentos de mudança consistem em sistemática e repetida análise comportamental das cadeias disfuncionais de comportamento, treinamento de habilidades, manejo de contingências para atenuar ou suprimir respostas desordenadas, reforço de respostas positivas, reestruturação cognitiva, exposição baseada em estratégias voltadas para o bloqueio de evitação e redução de emoções mal-adaptativas. O tratamento consiste em sessões individuais semanais com duração de aproximadamente uma hora, sessões de treinamento de habilidades em grupo (duas horas mais 15 minutos de finalização) e telefonemas para treinar habilidades com o terapeuta (quando necessário). Aos terapeutas são oferecidas reuniões semanais para reduzir eventuais comportamentos de *burn-out* da equipe e para aumentar a capacidade de treinamento. As sessões individuais das pacientes são baseadas em metas e focadas no aumento da motivação; o foco das sessões específicas é determinado pelos comportamentos das pacientes conforme a sessão anterior. No grupo de treinamento de habilidades, é trabalhado o conceito de *mindfulness*, a tolerância à angústia, a regulação da emoção, a eficácia interpessoal e o aut manejo das habilidades.<sup>22</sup>

Outro tratamento disponível é o *Seeking Safety*, intervenção cognitivo-comportamental que aborda em conjunto o transtorno por uso de substâncias e o

TEPT. Essa abordagem utiliza as técnicas tradicionais da TCC para abuso de substâncias e para o tratamento do TEPT, bem como a psicoeducação. O objetivo principal desse método é a abstinência de substâncias e a segurança pessoal. Trabalha a estabilização e a redução de comportamentos autodestrutivos, promove o conhecimento dos dois transtornos e as razões pelas quais eles, com frequência, ocorrem juntos. Ensina, ainda, habilidades de enfrentamento seguras para ambos os transtornos e explora a relação atual entre a comorbidade (p. ex., uso da substância para lidar com *flashbacks* de traumas), enfatizando que a melhor abordagem é a atenção conjunta aos dois transtornos.<sup>23,24</sup> O programa é composto por 25 sessões, todas estruturadas da mesma forma:<sup>23</sup>

- verificação de entrada (*check-in*), incluindo relatórios de todos os comportamentos de risco e uso das habilidades de enfrentamento;
- tema da sessão, com uma breve apresentação para envolver afetivamente os participantes;
- relação entre o material exposto e a vida dos participantes, facilitação da discussão e prática de habilidades estruturadas;
- verificação de saída (*check-out*), incluindo o comprometimento com a prática das habilidades específicas entre as sessões.

Cada sessão cobre um tópico diferente, como demonstrado a seguir (Quadro 27.2).

A abordagem *Seeking Safety* teve vários resultados positivos, como a diminuição dos sintomas do TEPT, além de mostrar melhora da psicopatologia no período de 3 a 6 meses.<sup>23</sup> Esse programa, junto com a prevenção de recaída, é altamente eficaz para mulheres de baixa renda com TEPT, transtorno por abuso de substâncias e/ou outros sintomas psiquiátricos.<sup>24</sup>

Outro método que se mostrou eficaz é a terapia comportamental de casal para o uso de álcool (*alcohol behavioral couple therapy*). É dividida em 20 sessões de tratamento em grupo ambulatorial baseado na TCC. Tem como objetivo a abstinência do álcool, a qual está prevista para ser alcançada em, no máximo, seis meses. Todas as sessões incluem ambos os parceiros, e cada uma tem duração de 90 minutos. Os parceiros com ou sem dependência química podem participar do grupo; contudo, somente as mulheres são o foco do tratamento. O programa inclui o automonitoramento, a análise funcional sobre o comportamento de consumo de álcool, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento para evitar o álcool, o manejo de outros problemas da vida, a aplicação de intervenções para ensinar ao parceiro como suportar a abstinência da mulher dependente e a diminuição da atenção para o comportamento de beber. Aplicam-se, ainda, intervenções para melhorar o relacionamento do casal, que incluem o aprimoramento da reciprocidade, da comunicação e da resolução de problemas.<sup>25</sup>

O comportamento de consumo de álcool dos parceiros homens não são diretamente questionados, assim como não se exige pedidos de mudança. No entanto,

## &gt;&gt; QUADRO 27.2

 Tópicos abordados em cada sessão do tratamento *Seeking Safety*

1. Introdução ao tratamento e manejo de caso.
2. Segurança – o paciente explora o significado de segurança.
3. TEPT: recuperando seu poder – engloba informação e compreensão do transtorno.
4. Isolando a dor emocional (“fincando o pé no chão”) – tem como objetivo afastar os sentimentos negativos.
5. Quando as substâncias estão no controle – psicoeducação sobre o uso nocivo de substâncias; prevenção e exercícios.
6. Pedindo ajuda – os pacientes são encorajados a perceber suas necessidades e pedir ajuda.
7. Cuidando bem de si mesmo – os pacientes exploram como eles podem tomar conta de si mesmos (como, p. ex., marcar as próprias consultas).
8. Compaixão – tentativa de superar os seus problemas.
9. Bandeiras vermelhas e verdes – nessa sessão, os pacientes exploram os altos e baixos da recuperação para ambos os transtornos por meio das bandeiras, que sinalizam a intensidade do perigo (vermelha) ou a segurança (verde); além disso, eles aprendem a identificar potenciais situações de risco de recaída.
10. Honestidade – os pacientes discutem o papel da honestidade na recuperação e fazem *role-play* de situações específicas.
11. Pensamento de recuperação – a associação dos pensamentos do TEPT com o uso de substâncias é posta em xeque com os pensamentos saudáveis sobre a recuperação.
12. Recuperação do *eu* dividido – os pacientes aprendem a notar as divisões internas e a se esforçar na sua reintegração.
13. Comprometimento – são desenvolvidas estratégias criativas para manter os compromissos.
14. Criação de significados – os sistemas de significados são discutidos, como, por exemplo, “ações falam mais alto do que palavras”.
15. Utilização dos recursos da comunidade – oferecimento de guias com serviços que possam ajudar na recuperação.
16. Colocação de limites nos relacionamentos – são exploradas maneiras de estabelecer limites nos relacionamentos: nem muito próximos nem muito distantes (assertividade).
17. Descoberta – técnica utilizada na redução da rigidez cognitiva.
18. Convocação de outras pessoas para ajudar na recuperação – os pacientes são encorajados a identificar quais pessoas podem ajudar na recuperação.
19. Manejo dos gatilhos – os pacientes são encorajados a lutar contra os gatilhos: “mude com quem você está, o que você está fazendo e onde você está indo”.
20. Respeite o seu tempo – o tempo é discutido como um grande recurso na recuperação, ou seja, os pacientes aprendem que podem ter um futuro diferente e gerenciar melhor seu tempo presente.
21. Desenvolvimento de relacionamentos saudáveis – são discutidas as crenças sobre relacionamentos saudáveis e não saudáveis.
22. Autocuidado – os pacientes aprendem a distinguir comportamentos seguros e não seguros.
23. Manejo da raiva – nessa sessão, a raiva é explorada como um sentimento válido e que pode ser usado de forma construtiva.
24. Jogo das escolhas da vida – sessão de revisão que conduz ao término do tratamento.
25. Término – na última sessão, os pacientes expressam seus sentimentos sobre o fim do tratamento e avaliam aspectos positivos e negativos.

estão liberados para usar as intervenções de redução de consumo, caso desejem. Além disso, oferece-se a possibilidade de tratamento para os homens que expressem pedido de ajuda com seu próprio problema de uso de álcool. Nesse estudo, as mulheres que participaram dessa modalidade de tratamento (grupo com os parceiros) aumentaram seu tempo de abstinência e diminuíram a frequência do consumo pesado quando comparadas àquelas em tratamento individual. Ao final do tratamento, essas mulheres apresentaram maior tendência a agir de forma positiva e estavam bebendo menos e com menor frequência do que as mulheres que participaram dos atendimentos individuais em TCC. Os autores concluíram também que esse tipo de abordagem é mais eficiente em mulheres que apresentaram maior ocorrência de transtornos dos eixos I e II.<sup>25</sup>

Apesar dos resultados positivos da terapia comportamental de casal para transtornos relacionados ao uso de álcool, seu uso é ainda limitado no contexto clínico, principalmente devido a:

- barreiras clínicas, como a falta de treinamento apropriado, a complexidade da técnica e a visão de que o tratamento de casal é inapropriado para pacientes com transtornos por uso de substâncias;
- barreiras institucionais, como dificuldade para o reembolso das sessões e relutância em usar essa abordagem como tratamento de primeira linha;
- fatores do cliente, por exemplo, muitas mulheres preferem os atendimentos individuais, pois temem que seus parceiros não lhes deem apoio.<sup>29</sup>

Para as gestantes dependentes de nicotina e/ou cocaína, as intervenções comportamentais e o manejo de contingências são as técnicas mais recomendadas como tratamento primário. Vários estudos demonstraram que o manejo de contingências ajuda a manter a abstinência nessa população. Tais técnicas também podem ajudar no cumprimento dos cuidados pré-natais necessários e ser úteis para reforçar a abstinência de cocaína em mulheres grávidas. Em conjunto, há a psicoeducação sobre os riscos do abuso de substâncias na gestação.<sup>30-31</sup>

Outro tipo de tratamento direcionado à dependência química da mulher que utiliza a TCC é o grupo de recuperação para mulheres (*Women's Recovery Group*). São 12 sessões de terapia de grupo baseadas em manual e direcionadas para prevenção de recaída, com duração de 90 minutos cada e divididas conforme o Quadro 27.3.<sup>6,32</sup>

Os temas para as sessões foram construídos com base nas diferenças entre os gêneros no abuso de substâncias, nos antecedentes específicos, nas consequências e nos resultados do tratamento. Isso incluiu fatores como efeito das substâncias e do álcool na saúde da mulher, recuperação e relacionamentos afetivos das mulheres, violência e abuso de substâncias, ansiedade, transtornos da alimentação e por uso de substâncias, recuperação das habilidades sociais, estigma, vergonha e recuperação, como ser uma cuidadora e estar em recuperação, o que são grupos de mútua ajuda e como alcançar o equilíbrio. Esses temas podem ser escolhidos de forma

## &gt;&gt; QUADRO 27.3

**Grupo de recuperação para mulheres – estrutura das sessões**

- >> Breve verificação no início da sessão (*check-in*), em que é feita a revisão das práticas das habilidades propostas na semana anterior.
- >> Apresentação do tópico da sessão, abertura para discussão do tema e espaço para discussão de outros temas trazidos pelos pacientes.
- >> Revisão da “mensagem para levar para casa” da sessão e prática das habilidades para a sessão seguinte, finalizando com o resumo da sessão (*check-out*).

flexível e aplicados em qualquer ordem durante as 12 semanas de tratamento em grupo. O grupo de recuperação para mulheres enfatiza a união dos participantes na busca de tratamento para a dependência química. Além disso, em cada sessão, o tema central do grupo é exposto: “recuperação = prevenção de recaída + trabalhos de reparação”. Todos os temas das sessões têm como objetivo a prevenção de recaída (p. ex., como ajudar a si mesma a ficar abstinente das substâncias e do álcool) ou o trabalho de reparação (p. ex., aprender a viver de uma maneira equilibrada sem substâncias e álcool, reparar prejuízos na vida e manejar a vergonha e o estigma social).<sup>2,6,32</sup>

Cada sessão começa com o *check-in*, momento em que cada participante responde a três questões relacionadas a si mesmo: “Você teve fissura ou urgência de usar?”, “Você usou? Se não, como você foi capaz de manter-se sóbrio?” e “Você fez o treinamento de habilidades? Se fez, o que você achou útil?”. As respostas são escritas em uma folha de papel com tempo limite entre 2 e 3 minutos. Depois, a participante passa a folha para a pessoa sentada ao seu lado. Finalizado o *check-in*, durante 20 a 30 minutos, o terapeuta apresenta o tema da sessão. Cada sessão de grupo apresentada é acompanhada de apostilas e quadro de avisos resumindo a tarefa de cada participante. Após a apresentação do tema da sessão, as participantes do grupo discutem-no abertamente e o relacionam com outros tópicos ligados à recuperação. Essa atividade dura em média 30 a 40 minutos. Ao final da discussão, o terapeuta relaciona o material discutido com o tema da sessão e destaca a mensagem a ser levada para casa. A sessão é concluída com a análise da prática das habilidades a serem treinadas para a próxima semana e com um breve *check-out*, em que cada participante fala sobre seus planos para apoiar sua recuperação. Os autores concluíram que um programa focado somente em mulheres pode aumentar os resultados obtidos a longo prazo.<sup>2,6,32</sup>

Para a dependência de nicotina, foi desenvolvido o *Programa para parar de fumar*, baseado na TCC e totalmente focado nas mulheres. É constituído por 12 sessões com tópicos tradicionais da TCC, como automonitoramento, controle de estímulos e manejo da fissura, das situações de alto risco e do estresse, bem como

técnicas de relaxamento. Foram incluídos, ainda, temas importantes relacionados às mulheres, como alimentação saudável e manejo do peso, do humor, do trabalho e da família. Essa técnica, aliada a exercícios físicos frequentes, elevaram as taxas de abstinência entre as mulheres jovens que fumavam, em média, mais de um maço de cigarros por dia por mais de 20 anos.<sup>33,34</sup>

As gestantes fumantes podem beneficiar-se do sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (SPACC) com foco na depressão. O SPACC é um modelo de psicoterapia integrativo focado na redução do estresse interpessoal e no aumento da qualidade dos relacionamentos significativos. Esse método é usado para diminuir o estresse interpessoal e os sintomas depressivos. Na primeira visita, são discutidos os objetivos do tratamento e a promoção de ajuda no desenvolvimento de maneiras efetivas de lidar com sentimentos negativos e com estresse interpessoal. A estratégia principal do tratamento é o exercício de resolução de problemas sociais chamado análise situacional, técnica usada para criar a consciência de contingências entre os comportamentos de fumar e as situações interpessoais estressoras. São sessões de aconselhamento com duração de 60 minutos cada, divididas em 15 minutos de compreensão do padrão comportamental e aconselhamento motivacional focado na cessação do tabagismo e 45 minutos de qualquer técnica relacionada à análise cognitivo-comportamental.

Para completar a análise situacional, primeiro, as participantes identificam uma situação recente de angústia interpessoal relacionada ao fumo. A análise situacional consiste em três fases. Na fase da eliciação, elas identificam o evento estressor, suas interpretações e seus comportamentos durante o evento, o resultado atual do evento, o resultado desejado e quando ele foi alcançado. Na fase de remediação, são trabalhadas modificações das interpretações do evento e seus comportamentos e/ou resultados desejados, de tal forma que aumentem as chances de alcançar o resultado desejado. Na fase de generalização, as participantes aprendem a aplicar essas novas técnicas e utilizá-las para outros eventos estressores. Outra estratégia consiste na promoção do aumento da consciência das participantes sobre a influência das contingências e seus comportamentos sobre os resultados interpessoais, tanto na relação terapêutica quanto fora do grupo, de forma a melhorar a qualidade dos relacionamentos diários com outras pessoas. Esse modelo de tratamento parte do pressuposto de que a prática repetida de análise situacional, dentro e fora do ambiente terapêutico, e a maior compreensão do impacto das contingências nesse ambiente levam à aquisição de novas habilidades de percepção e de comportamento que melhoram a resolução de problemas interpessoais em outras situações do cotidiano.<sup>35</sup>

Muitas vezes, gestantes dependentes não fazem o acompanhamento correto durante a gravidez. Nos Estados Unidos, o cronograma típico de acompanhamento pré-natal inclui uma consulta uma vez ao mês durante os dois primeiros trimestres (28 semanas), consultas quinzenais no sétimo e no oitavo mês (28-36 semanas) e consultas semanais até o parto (em média, 40 semanas). Diante do quadro de dependência química, essas mulheres apresentam taxas elevadas de parto prematuro.<sup>36</sup>

Yonkers e colaboradores<sup>36</sup> desenvolveram uma abordagem para gestantes de aplicação nas consultas pré-natais. A entrevista motivacional e a TCC para abuso de substâncias foram simplificadas e combinadas de modo que caibam em seis sessões de 30 minutos de “treinamento de habilidades”, que podem ser aplicadas pela equipe de cuidados de saúde primários. Nos primeiros 10 minutos de sessão, é realizada a revisão da tarefa de casa ou das atividades da sessão em questão; os 10 minutos seguintes são usados para o treinamento das habilidades principais propostas na sessão; e os 10 minutos finais servem para especificar a tarefa de casa e introduzir o tópico da próxima sessão. Há um roteiro com a sequência dos seis tópicos a serem seguidos (Quadro 27.4); no entanto, os terapeutas têm liberdade para modificar a ordem das sessões ou repeti-las, caso necessário.<sup>36</sup>

O estudo concluiu, por intermédio do monitoramento do uso de substâncias por meio de autorrelatos das pacientes, testes de urina e bafômetro, que esse método é eficaz e viável, se integrado ao serviço de cuidados de pré-natal, por ser um programa de tratamento breve.<sup>36</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de aumentar a eficácia terapêutica da TCC, os programas de tratamento devem considerar as características e necessidades específicas das mulheres,

### >> QUADRO 27.4

#### Temas específicos das sessões para gestantes dependentes químicas

SESSÃO	TEMA
1	Entrevista motivacional para promover o engajamento da paciente no tratamento e a diminuição do uso da substância.
2	Análise funcional para identificar antecedentes, comportamentos e consequências relacionados ao uso de substâncias psicoativas.
3	Discussão sobre doenças sexualmente transmissíveis, incluindo HIV. O terapeuta obtém uma breve história sexual, discute a relação entre o uso de substâncias e atividade sexual e provê educação sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Foco na habilidade de comunicação (comunicação assertiva)

Técnicas de prevenção de recaída

Avaliação da vida: a paciente identifica áreas problemáticas da sua vida e discute técnicas de resolução de problemas.

como, por exemplo, oferecer serviço de creche, cuidados de pré-natal, tratamento em grupo voltado somente para mulheres e serviços específicos para preocupações femininas, como alimentação saudável e cuidados com o corpo.

As mulheres apresentam também elevadas taxas de uso de substâncias para perder peso. Os programas de tratamento para abuso nessa população devem incluir temas que trabalhem imagem corporal, peso, transtorno da alimentação, atividade física e relacionamentos amorosos.

## REFERÊNCIAS

1. National Health Service. National Treatment Agency for Substance Misuse. Women in drug treatment: what the latest figures reveal. London: NTA; 2010.
2. Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance abuse in women. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(2):339-55.
3. Lindsay AR, Warren CS, Velasquez SC, Lu M. A gender-specific approach to improving substance abuse treatment for women: the healthy steps to freedom program. *J Subst Abuse Treat.* 2012;43(1):61-9.
4. National Institute of Drug Abuse. Drug abuse dissertation research: epidemiology, prevention, treatment, services, and/or women and sex/gender differences. Bethesda: NIDA; 2009.
5. Fals-Stewart W, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for substance: rationale, methods, and findings. *Sci Pract Perspect.* 2004;2(2):30-41.
6. Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK, Gallop RJ. The women's recovery group study: a stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders *versus* mixed-gender group drug counseling. *Drug Alcohol Depend.* 2007;90(1):39-47.
7. Grella CE. Substance abuse treatment services for women: a review of policy initiatives and recent research. Los Angeles: California Department of Alcohol and Drug Programs; 2007.
8. Elbreder MF, Laranjeira R, Siqueira MM, Barbosa DA. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(1):9-15.
9. Yan J. Gender: a key consideration in substance abuse treatment. *Psychiatr News.* 2010;45(13):16.
10. Zilberman ML, Blume SB. Domestic violence, alcohol and substance abuse. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27 Supl 2:S51-5.
11. United Nations Office on Drugs and Crime. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Vienna: UNODC; 2004.
12. Carlini EA, supervisor. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID; 2006.
13. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: SENAD; 2007.
14. Andrade AG, Duarte PCA, Oliveira LG, organizadores. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre os universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD, 2010.



15. Tavares H, Martins SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins DC. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(4):433-8.
16. Ashley OS, Marsden ME, Brady TM. Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29(1):19-53.
17. Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, el-Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry*. 2003;48(1)5-13.
18. Sophia EC, Tavares H, Zilberman ML. Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):55-62.
19. Costa AL. Contribuições para o estudo do ciúme excessivo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
20. Zilberman ML. Substance abuse across the lifespan in women. In: Brady KT, Back SE, Greenfield SF, editors. *Women and addiction: a comprehensive handbook*. New York: Guilford; 2009. p. 3-13.
21. Wolle CC, Sanches M, Zilberman ML, Caetano C, Zaleski M, Laranjeira RR, et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2011;33(4):367-73.
22. Linehan MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *Am J Addict*. 1999;8(4):279-92.
23. Zlotnick C, Najavits LM, Rohsenow DJ, Johnson DM. A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: findings from a pilot study. *J Subst Abuse Treat*. 2003;25(2):99-105.
24. Hien DA, Cohen LR, Miele GM, Litt LC, Capstick C. Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;16(8):1426-32.
25. McCrady BS, Epstein EE, Cook S, Jensen N, Hildebrandt T. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(2):243-56.
26. Najavits LM. Seeking safety: an implementation guide. In: Rubin A, Springer DW, editors. *The clinician's guide to evidence-based practice*. Hoboken: John Wiley; 2009.
27. Hien DA, Wells EA, Jiang H, Suarez-Morales L, Campbell AN, Cohen LR, et al. Multisite randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(4):607-19.
28. Cohen LR, Hien DA. Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatr Serv*. 2006;57(1):100-6.
29. McCrady BS, Epstein EE, Cook S, Jensen NK, Ladd BO. What do women want? Alcohol treatment choices, treatment entry and retention. *Psychol Addict Behav*. 2011;25(3):521-9.
30. Winklbaur B, Kopf N, Ebner N, Jung E, Thau K, Fischer G. Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates. *Addiction*. 2008;103(9):1429-40.
31. Minnes S, Lang A, Singer L. Prenatal tobacco, marijuana, stimulant, and opiate exposure: outcomes and practice implications. *Addict Sci Clin Pract*. 2011;6(1):57-70.
32. McHugh RK, Greenfield SF. Psychiatric symptom improvement in women following group substance abuse treatment: results from the Women's Recovery Group Study. *J Cogn Psychother*. 2010;24(1):26-36.

33. Marcus BH, Albrecht AE, King TK, Parisi AF, Pinto BM, Roberts M, et al. The efficacy of exercises as an aid for smoking cessation in women. *Arch Intern Med.* 1999;159(11):1229-34.
34. Marcus BH, Lewis BA, King TK, Albrecht AE, Hogan J, Bock B, et al. Rationale, design, and baseline data for commit to quit: an exercise efficacy trial for smoking cessation among women. *Prev Med.* 2003;36(4):479-92.
35. Cinciripini PM, Blalock JA, Minnix JA, Robinson JD, Brown VL, Lam C, et al. Effects of an intensive depression-focused intervention for smoking cessation in pregnancy. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(1):44-54.
36. Yonkers KA, Howell HB, Allen AE, Ball SA, Pantaloni MV, Rounsaville BJ. A treatment for substance abusing pregnant women. *Arch Womens Ment Health.* 2009;12(4):221-7.



## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA AO TRATAMENTO DE IDOSOS DEPENDENTES QUÍMICOS

Neide A. Zanelatto



### Pontos-chave

- >> O número de usuários e dependentes químicos em idade avançada tem aumentado nos últimos anos.
- >> Tratamentos planejados para pacientes jovens e jovens adultos funcionam também para indivíduos idosos.
- >> Problemas de uso de substâncias têm passado despercebidos em adultos idosos, o que gera falta de atenção e de tratamento para essa população.
- >> São necessários estudos e desenho de modelos de tratamento voltados para o atendimento das necessidades desse grupo específico de dependentes químicos.

Recentes pesquisas evidenciam um aumento na esperança de vida de homens e mulheres no Brasil e no mundo. No ano de 2009, a expectativa de vida dos brasileiros alcançou o índice de 73,17 anos de vida, tendo aumentado três anos na última década. Esse dado é significativo, embora, em alguns países da Europa e da Ásia, o número seja igual ou superior a 81 anos. Com a mudança das feições da pirâmide populacional, prevê-se que, em 2030, no Brasil, a participação dos idosos na população será quase igual à dos jovens.<sup>1</sup> A chance de melhor qualidade de vida e inserção diferenciada no mercado de trabalho, além de outros aspectos positivos, existe em concomitância com problemas decorrentes dessa condição. Os dados pedem uma mudança no olhar para o grupo de idosos, em muitos casos, vítimas da falta de atenção.

Nos Estados Unidos, uma pesquisa que avaliou a busca por tratamento para abuso e dependência de substâncias, em um período de 14 anos (1992-2005), evidenciou que houve um aumento significativo do uso de substâncias ilícitas entre indivíduos com idade acima de 50 anos. Em décadas anteriores, a atenção para esse grupo parecia contemplar apenas a dependência de substâncias lícitas,<sup>2</sup> mas, ainda que pesquisas evidenciem que o tratamento funciona – sobretudo para mulheres –, percebe-se que, assim como ocorre com os jovens, os idosos tendem a não

contabilizar os prejuízos decorrentes do uso de substâncias e resistem à busca por tratamento.<sup>3</sup> Nesse sentido, estudos apontam que, embora o uso de tabaco seja menos prevalente em indivíduos com mais de 65 anos, quando comparados a grupos entre 50 e 64 anos, esse uso está muito associado com o de álcool/substâncias ilícitas e prescritas.<sup>4</sup> Sexo feminino, isolamento social, história pregressa de abuso de substâncias ou transtorno mental e exposição a substâncias prescritas<sup>5</sup> aparecem como os principais fatores de risco para uso nocivo e dependência de substâncias. No Brasil, um estudo sobre o assunto acrescenta aspectos sociais e culturais em relação ao uso de benzodiazepínicos como fatores de risco para o consumo entre mulheres.<sup>6</sup> De modo geral, sentimentos ou vivências relacionadas a perdas (entes queridos ou próximos, sensação de isolamento, baixa autoestima, posição profissional ou trabalho propriamente dito, *status* social ou financeiro, responsabilidades, perda de mobilidade, memória e vitalidade), crenças construídas a respeito das substâncias ao longo de muito tempo de uso e o aumento – com o avanço da idade – do uso de medicamentos prescritos parecem constituir-se em fatores de risco para a dependência de substâncias nesse estágio da vida.<sup>7</sup>

Da mesma forma que em outros grupos populacionais, o abuso e a dependência de substâncias cursa com outros transtornos; entre idosos (65 anos ou mais), é forte a prevalência do transtorno por uso de substâncias (álcool, maconha,<sup>8</sup> substâncias prescritas) com depressão,<sup>9</sup> disfunções cognitivas – sobretudo em mulheres<sup>10</sup> – e transtorno de ansiedade.<sup>11</sup> Nos Estados Unidos, a procura por atendimento para transtornos relativos ao uso de álcool, com ocorrência de outro transtorno concomitante, aumentou três vezes em um período de 15 anos (10,5 para 31,4%).<sup>12</sup> Outro agravante do uso abusivo de substâncias entre adultos idosos é a chance de indução ao óbito: pesquisas na Europa mostram o aumento de casos de morte por uso abusivo de substâncias entre idosos nos últimos anos.<sup>13</sup> Todos os estudos apontam para a necessidade de serviços planejados especialmente para essas populações, bem como estruturas de acesso facilitado e acompanhamento futuro.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz também nos tratamentos voltados para a população adulta idosa em diversos contextos, e o objetivo deste capítulo é apresentar as evidências que apoiam o tratamento baseado nesse referencial teórico, bem como quais seriam os temas contemplados em um tratamento para a dependência química em idosos, de modo que, com ajustes do modelo terapêutico, essa população possa aproveitar ao máximo o tratamento oferecido.

## **TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS: EVIDÊNCIAS NO TRATAMENTO DE IDOSOS**

Uma metanálise realizada por Gould e colaboradores,<sup>14</sup> a partir de 12 estudos controlados sobre a eficácia dos tratamentos baseados em TCCs para idosos com diagnóstico de transtorno de ansiedade, revelou que as TCCs são significativamente mais eficazes do que o tratamento comum e que mantinha a eficácia no *follow-up*.

Os mesmos resultados foram encontrados em uma revisão sistemática incluindo estudos com pacientes idosos deprimidos: as TCCs (terapia cognitiva, cognitivo-comportamental, biblioterapia e terapia de resolução de problemas) mostraram-se mais efetivas do que as intervenções do grupo-controle e apresentaram resultados similares às intervenções no referencial psicodinâmico<sup>15-17</sup> e também nos casos em que os indivíduos têm uma maior tolerância em relação a outras abordagens.<sup>18</sup> Esses e inúmeros outros estudos nas últimas três décadas têm comprovado a efetividade das TCCs nos tratamentos para idosos.<sup>19</sup> O diferencial sugerido em pesquisas recentes é o de, dentro do referencial cognitivo-comportamental, serem promovidas adaptações de forma a atingir melhor a população de idosos, entre elas:<sup>20</sup>

- Manejo de mudanças cognitivas – repetir e fazer resumos, apresentar informações de várias formas para facilitar a compreensão, usar livretos e *notebook* e incluir treino de memória;
- Manejo de dificuldades sensoriais – oferecer material escrito (adaptado para os pacientes que tiverem dificuldades visuais) e gravado (áudio e vídeo);
- Limitações físicas – estabelecer metas realísticas e manejo de crenças disfuncionais que limitam a atividade física;
- Formato e *setting* terapêutico – ser flexível considerando outras formas de abordagem e verificar qual o melhor formato para cada paciente (terapia em grupo ou individual).

Do ponto de vista do conteúdo da terapia, as crenças do paciente e as do terapeuta devem ser focadas e desafiadas, a fim de que a aderência seja facilitada e melhores resultados sejam obtidos no tratamento:<sup>20</sup>

- Desafio de crenças em idosos – “Estou velho para mudar”, “Você é jovem demais para ser meu terapeuta”, “Sou velho, então você tem que me ajudar”, “Dependo de você para conseguir alguma mudança”, “Velhos não mudam”;
- Desafio de crenças do terapeuta – “Pessoas idosas não conseguem aprender um comportamento novo”, “Idosos são difíceis e precisam de cuidado constante”, “A velhice é um momento ruim da vida”, “Essas pessoas vão acabar morrendo mesmo...”.

O terapeuta deve estar preparado para lidar com as questões que envolvem uma expectativa curta de vida por parte dos pacientes, a dificuldade que muitos deles têm em relação às doenças crônicas típicas desse momento de vida e a cronicidade dos problemas vividos ao longo do tempo.<sup>21</sup>

## **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA IDOSOS DEPENDENTES QUÍMICOS: TEMAS CENTRAIS DO TRATAMENTO**

Diante do aumento da procura por tratamento, da diversificação do perfil dos pacientes e das questões culturais e sociais que facilitam o acesso e o uso de substân-

cias por parte da população idosa, houve a necessidade do desenvolvimento de programas específicos, objetivando o alcance dessa população. Como em qualquer tratamento, o atendimento a idosos dependentes químicos inclui desafios:<sup>7</sup> a presença de comorbidades em grande escala dificulta o diagnóstico da dependência, os pacientes, em geral, tendem a não revelar claramente seu padrão de uso e resistem à procura por tratamento especializado, sendo que, muitas vezes, o problema só é identificado quando há uma internação por problemas físicos, por exemplo. As famílias de idosos convivem com sentimentos de vergonha e culpa por terem um familiar (com idade avançada, do qual seriam esperados outros comportamentos) com dependência química, dificultando também a busca por ajuda. A dificuldade de conscientização de quão grave é o problema da dependência, a tendência a acreditar que os sintomas apresentados (devidos à dependência) são relativos à idade avançada, a falta de suporte familiar e até mesmo de dificuldade no transporte para serviços médicos são barreiras que dificultam a chegada e a adesão ao tratamento. A população de mulheres idosas, além das barreiras e obstáculos citados, convivem com maior dificuldade financeira do que os homens, chegam ao serviço em um estado de gravidade maior – visto que bebiam ou utilizavam outras substâncias escondidas –, em geral moram sozinhas e utilizam mais medicamentos prescritos. O profissional da área, treinado no atendimento a idosos e motivado para o exercício desse papel, deve estar disponível para o manejo dessas questões, que ocorrerão durante todo o período de tratamento.

Os manuais produzidos para orientação dos profissionais no tratamento da dependência química (álcool e outras substâncias) entre idosos recomendam:<sup>7</sup>

- Oferecer tratamento individual ou em grupo com pacientes com pequena diferença de idade. A experiência mostra que grupos com pacientes adultos e jovens não favorecem a adesão dos idosos.
- Usar abordagens não confrontativas, pois a autoestima desses pacientes já está vulnerável, e o confronto pode resultar na percepção de inferioridade, o que piora a autoestima.
- Usar escala de medida e avaliação para compreender melhor a gravidade do uso e os padrões e comportamentos associados ao uso.
- Focalizar estados emocionais negativos (depressão, isolamento social ou solidão e sentimentos de perda), auxiliando o paciente na identificação dos padrões de pensamento que geram tais sentimentos.
- Desenvolver e treinar habilidades para melhorar a rede de suporte social e o seu relacionamento com ela.
- Adaptar a forma de abordagem durante a terapia e o material oferecido durante e após as sessões para a população de idosos, respeitando seu ritmo. Acolher as necessidades cognitivas dos pacientes das seguintes maneiras:<sup>7</sup>
  - Dar explicações simples – repetir quando necessário, dar outro exemplo ou dizer a mesma coisa com outras palavras para favorecer o entendimento.

- Encorajar o paciente a fazer perguntas quando perceber que ele não entende e responder a suas questões.
- Evitar a exposição a situações em que ele se considere inadequado ou ridículo, pois isso dificultará sua participação em grupo ou mesmo durante a sessão individual. Reforçar o que foi dito de positivo ou correto e fazer as correções necessárias, sempre valorizando a participação, de modo que esse comportamento se repita de forma mais estável no futuro.
- Planejar lições de casa de forma adequada às possibilidades do indivíduo ou do grupo, com metas realistas, e identificar quais pessoas da rede de suporte do paciente podem ser envolvidas no auxílio do cumprimento dessa tarefa, se assim for necessário.
- Fazer o acompanhamento pós-tratamento, objetivando o suporte para manutenção da mudança no comportamento de uso.

O objetivo geral do tratamento é acolher e dar suporte aos pacientes enquanto são treinados no desenvolvimento de habilidades sociais e de enfrentamento de situações de risco, de forma que eles se tornem conscientes do problema que têm, compreendendo-o e controlando os fatores do dia a dia que levam ao uso de álcool e outras substâncias. A entrevista inicial – que fornecerá dados para o planejamento do tratamento e para a análise funcional do uso de substâncias – e o acompanhamento pós-tratamento, com o intuito de fornecer suporte para a prática das habilidades treinadas, são pontos fortes dos programas voltados para idosos.

A seleção dos temas centrais e específicos para o tratamento em idosos segue o mesmo critério utilizado para as demais populações de dependentes químicos. Os temas centrais figuram entre aqueles necessários a qualquer tratamento (prevenção de recaída, manejo da fissura, manejo do pensamento disfuncional em relação a substâncias, resolução de problemas e prática do comportamento assertivo) e estão descritos na parte referente à estrutura e à conduta do profissional durante a sessão (ver Cap. 20, Estrutura das sessões: temas centrais). Em relação aos temas específicos, serão bem-vindas sessões que abordem a forma de lidar com pressão social, situações de solidão em casa, ansiedade, tensão, frustração e raiva e como prevenir o risco de suicídio (questão importante no tratamento de idosos). Reforça-se que cada paciente precisa de sessões (tema, número e intensidade) variando a cada caso; portanto, quanto maior a compreensão do caso, melhor será o tratamento oferecido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É conhecido, hoje, o número de pacientes idosos com diagnóstico para uso nocivo e dependência de álcool e outras substâncias, o que torna essa situação um problema a ser tratado, e não uma questão a ser mantida em segredo, como se não

tivesse importância, por conta do contexto (idade avançada) em que os indivíduos encontram-se. Com o aumento da expectativa de vida em todo o planeta, o tratamento desse transtorno torna-se imprescindível. Se, por um lado, convivemos com a dificuldade do tratamento desses pacientes, seja em função de barreiras sociais e culturais (principalmente em virtude das crenças dos indivíduos em idade variando entre 50 e 65 anos, que fazem parte de uma geração na qual o uso de substâncias tornou-se popular), seja em função das dificuldades próprias do avanço da idade, por outro, os programas de tratamento implementados revelam sinais de sucesso.

O tratamento de pacientes idosos mostra resultados tão efetivos quanto aqueles oferecidos a jovens adultos ou adolescentes; quanto mais tarde é o início do uso ou dos problemas advindos dele, melhores serão os resultados dos tratamentos; o maior tempo possível de acompanhamento pós-tratamento também favorece os resultados. Além disso, terapias breves mostram desfechos positivos. Quanto mais rápido for o acesso a essas pessoas e a disposição do serviço, maiores serão as chances de retomada de um estilo de vida com mais qualidade. Portanto, é preciso desenvolver programas que encontrem os indivíduos onde eles estejam: frequentando os serviços que atendem necessidades básicas, asilos, consultórios médicos privados, igrejas e espaços comunitários, sem restringir o foco para a implementação de um plano de cuidados, mas ampliando-o para um plano de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [capturado em 27 maio 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>.
2. Lofwall MR, Schuster A, Strain EC. Changing profile of abused substances by older persons entering treatment. *J Nerv Ment Dis.* 2008;196(12):898-905.
3. Wu LT, Blazer DG. Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *J Aging Health.* 2011;23(3):481-504.
4. Blazer DG, Wu LT. Patterns of tobacco use and tobacco related psychiatric morbidity and substance abuse among middle-aged and older adults in the United States. *Aging Ment Health.* 2012;16(3):296-304.
5. Simoni-Wastila L, Yang HK. Psychoactive drug abuse in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2006;4(4):380-94.
6. Mendonça RT, Carvalho ACD. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas.* 2005;1(2).
7. U.S. Department of Health and Human Services. Substance abuse relapse prevention for older adults: a group treatment approach. Rockville: SAMHSA; 2005. Publication nº (SMA) 05-4053.
8. U.S. Department of Health and Human Services. The NSDUH report: illicit drug use among older adults. Rockville: SAMHSA; 2011.
9. Satre DD, Sterling SA, Mackin RS, Weisner C. Patterns of alcohol and drug use among depressed older adults seeking outpatient psychiatric services. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2011;19(8):695-703.



10. Lopes MA, Furtado EF, Ferrioli E, Litvoc J, Bottino CM. Prevalence of alcohol related problems in na elderly population and their association with cognitive impairment and dementia. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(4):726-33.
11. U.S. Department of Health and Human Services. Substance abuse among older adults: Treatment Improvement Protocol (TIP-26). Rockville: SAMHSA; 1998.
12. U.S. Department of Health and Human Services. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. The TEDS report. Rockville: SAMSHA; 2011.
13. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Treatment and care for older drug users. Lisbon: EMCDDA; 2010.
14. Gould RL, Coulson MC, Howard RJ. Efficacy of cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in older people: a metanalysis anda meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):218-29.
15. Wilson K, Mottram PG, Vassilas C. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD004853.
16. Scogin F, Welsh D, Hanson A, Stump J, Coates A. Evidence based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2005;12(3):222-37.
17. Hepple J. Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2004;10:371-7.
18. Laidlaw K, Davidson K, Toner H, Jackson G, Clark S, Law J, et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(8):843-50.
19. Dupree LW, Schonfeld L, Dearborn-Harshman KO, Lynn N. A relapse prevention model for older alcohol abusers. In: Gallagher-Thompson D, Steffen AM, Thompson LW. *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. New York: Springer; 2008.
20. Evans C. Cognitive behavioural therapy with older people. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007;13:111-8.
21. Laidlaw K, McAlpine S. Cognitive-behaviour therapy: how is it different with older people? *Journal of Rational Emotive Cognitive Behaviour Therapy*. 2008;26(4):250-62.

## INTERVENÇÕES FAMILIARES E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Roberta Payá



### Pontos-chave

- >> A terapia familiar é fortemente recomendada para o tratamento e prevenção do uso de substâncias, pois possibilita trabalhar o paciente/cliente em sua totalidade e contexto.
- >> Embora não se possa confirmar qual é o melhor modelo ou abordagem familiar para o tratamento da dependência química, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresenta-se como um modelo bastante favorável como intervenção terapêutica.
- >> Dentre os modelos de TCC, a terapia comportamental cognitiva para casais foi amplamente investigada e oferece um protocolo de terapia completo e adaptável a outros grupos de pacientes.
- >> O foco principal da terapia familiar em TCC é explorar crenças e comportamentos familiares que estejam mantendo gatilhos não apenas do usuário, mas de todos os membros envolvidos.

A terapia familiar traz benefícios significativos tanto no padrão de consumo do paciente quanto na melhora das relações familiares e sociais. A busca pelo entendimento do impacto das relações, de como elas se constroem e, a partir delas, quais são os resultados gerados forma o objetivo de qualquer intervenção familiar, independentemente de sua base teórica.

A literatura<sup>1-3</sup> aponta que, para compreender a complexidade do impacto de uma substância, é preciso buscar alternativas dentro do contexto social ou familiar do usuário. Embora não haja um consenso sobre o melhor modelo de terapia familiar, evidências apontam que abordagens pautadas na teoria cognitivo-comportamental apresentam resultados positivos por focarem os padrões de comportamento e não apenas a abstinência do membro dependente.

O fator motivacional, quando atribuído ao familiar, revela-se como um forte componente para a mudança. Logo, a ambivalência deve ser estendida à compreensão do funcionamento familiar como um elemento-chave de engajamento, não só para o paciente, mas para toda sua família. Os ganhos de qualquer

intervenção familiar devem ser vistos dentro do contexto de vida do usuário e de sua família, além de serem analisados dentro de um processo. Isso significa que as mudanças não serão imediatas, e sim construídas conforme a realidade de cada sistema familiar.

Os fatores de risco e de proteção familiares, os comportamentos presentes entre os membros que vão além da perspectiva da codependência e que ilustram novas formas de compreensão quanto às condições de enfrentamento do familiar<sup>4</sup> e as características e aspectos predominantes na dinâmica familiar<sup>5,6</sup> ou no perfil das famílias que apresentam o desafio da dependência foram amplamente discutidos por muitos autores da área.<sup>7-9</sup> O ponto-chave dessa discussão sobre a terapia familiar como modalidade é reconhecer que ela traz benefícios e contribui de maneira positiva para a mudança no padrão de abuso ou dependência de substâncias e para a qualidade de vida da família.

A compreensão do termo *terapia familiar* merece destaque por estar sendo usado para descrever os diferentes modelos de intervenções familiares que têm comprovado a efetividade no engajamento e na retenção de usuários e seus familiares em tratamento. As abordagens familiares são compreendidas como intervenções com a participação da família no processo de tratamento, destacando-se modalidades como a psicoterapia e a orientação familiar.

Ao longo da prática clínica e de pesquisas no campo da dependência química, foi reconhecida a importância de um consenso de algumas intervenções psicoterápicas e medicamentosas dirigidas ao tratamento. No entanto, no campo da terapia familiar, não se pode afirmar qual modelo psicoterápico é melhor ou mais indicado. O que é possível observar é que a diversidade encontrada hoje em termos de abordagens e modelos deve ser vista de modo positivo. Além disso, devemos considerar que as condições do serviço (local de tratamento), as habilidades terapêuticas, o domínio e o conhecimento de uma abordagem específica (capacitação do profissional) favorecerão um melhor desfecho na aplicação da abordagem.

## FAMÍLIAS

As famílias têm poder quando são inseridas no tratamento. Elas podem promover a mudança e gerar novos comportamentos, assim como podem sabotar completamente a meta atingida. Por isso, é importante que os terapeutas tenham as famílias como aliadas. O segredo é fazê-las comprometerem-se com o usuário, com sua recuperação e com a mudança do sistema.

De modo geral, as famílias têm uma influência única sobre seus membros.<sup>1</sup> Em particular, elas exercem uma influência muito impactante em membros usuários. Daí a possibilidade de o usuário buscar ou passar a motivar-se para algum tipo de ajuda, a partir do apoio de sua família. Em geral, os pacientes não percebem seus comportamentos de risco ou um ato em si que justifique a procura de um tratamento, mas os membros da família, sim. Mesmo quando os usuários finalmente

percebem a gravidade do uso como um comportamento problemático o suficiente para procurar ajuda, muitas vezes não sabem onde procurar, não têm como pagar ou mesmo não apresentam força suficiente, por conta da severidade dos seus sintomas, para conseguir chegar a um local. Muitas vezes, as famílias são a fonte de motivação e encontram as opções de tratamento, acompanhando-os.

## **TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM FAMÍLIAS**

Cada família tem suas próprias necessidades, características, desejos e estressores internos e externos que impactam o tratamento. Os profissionais que trabalham com famílias sabem que, para um tratamento ser efetivo, religião, cultura, etnia e questões de gênero devem ser investigadas e respeitadamente direcionadas para que os membros da família as aceitem.

Segundo Juhnke e Hagedorn,<sup>10</sup> a maioria dos profissionais que trabalham com famílias acaba por conduzir seus próprios modelos de orientação e intervenção familiar. Muitas vezes, esses modelos focam uma ou, no máximo, duas teorias básicas sobre a família, como a terapia familiar sistêmica ou a terapia familiar cognitivo-comportamental. Tais teorias têm comprovado seus benefícios e são aplicadas tanto em separado quanto em conjunto, dependendo das preferências do profissional e/ou das percepções acerca das necessidades da família.

Dentre os desafios de trabalhar com famílias no contexto de álcool e outras substâncias, encontra-se a falta de um mapa terapêutico. Muitas vezes, o desfecho de uma intervenção familiar falha em fornecer as direções adequadas para o problema apresentado. Nesse sentido, a TCC no campo de tratamento conquistou um espaço importante e apresentou protocolos de intervenções, os quais já estão sendo implantados e seguidos em vários cenários de intervenção, como ambulatorial, internação ou comunitário.

A abordagem cognitivo-comportamental mescla técnicas das escolas comportamental e cognitiva. Segundo o princípio básico da abordagem comportamental, os comportamentos, incluindo o uso de substâncias/álcool, são aprendidos e mantidos por meio de reforços positivos e negativos, os quais podem ser prove-nientes das interações familiares. O foco está na mudança das interações conjugais/familiares, que servem de estímulo ou provocam recidivas, melhorando a comunicação e as habilidades de solucionar problemas e fortalecendo a capacidade de lidar com os recursos e a sobriedade.<sup>11</sup> Além disso, seu enfoque se dá por intervenções breves, direcionadas para preocupações imediatas correspondentes às necessidades prementes de muitas famílias de usuários.<sup>10</sup>

A dependência química tem um efeito perturbador e prejudicial sobre a vida dos familiares. Por conseguinte, os objetivos da terapia comportamental consistem em reduzir o estresse de todos os membros da família e melhorar sua capacidade de lidar com a doença, por meio de uma combinação de educação, treinamento em comunicação e habilidades em solução de problemas. A educação refere-se a

informações sobre dependência química, formas de tratamento, medicamentos, motivação para a modificação do comportamento dependente e trabalho do conceito de recaída. No fim das sessões educativas, recomenda-se aos membros da família desenvolver um plano de ação visando a melhoria na relação com o dependente químico.

O treinamento de habilidades em comunicação consiste em tornar a comunicação breve e direta por meio da expressão de sentimentos positivos e negativos, fazer solicitações positivas, escutar ativamente e sensibilizar para a necessidade de assumir compromissos e poder de negociação. O objetivo desse tipo de treinamento é diminuir interações tensas e negativas sobre os membros da família, substituindo-as por habilidades sociais mais construtivas. O treinamento da solução de problemas informa aos membros da família sobre passos para a resolução de questões como definição do problema, lista de possíveis soluções, avaliação das vantagens e desvantagens de cada solução, escolha de uma solução e formulação de um plano de ação.

Do ponto de vista cognitivo, a dependência de substâncias é concebida como um comportamento aprendido passível de modificação com a participação ativa do dependente e da família no processo. A TCC visa o resgate de recursos pessoais para lidar com o processo de mudança de padrões de comportamentos familiares antigos, auxiliando na modificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais e possibilitando lidar de maneira mais eficiente com o dependente químico. A abordagem cognitiva não se fixa em questões mais superficiais, mas tenta efetuar mudanças na família enfatizando o momento presente e investigando o núcleo do problema. O objetivo do terapeuta é investigar as crenças e os pensamentos familiares e ensinar métodos para que os clientes resolvam os atuais problemas que são fontes de sofrimento.<sup>12</sup>

Neste capítulo, são descritos três modelos pautados na teoria da TCC e que podem ser aplicados em contextos diversos, em grupos ou em atendimentos com famílias. Os modelos são os seguintes: terapia de família cognitivo-comportamental, terapia comportamental de casal e aconselhamento familiar em TCC.

## **Terapia cognitivo-comportamental de família e casal**

O modelo cognitivo, inicialmente proposto por Beck para a depressão, foi adaptado para o tratamento da ansiedade e de outros problemas psiquiátricos, bem como para a terapia de casal.<sup>13</sup>

A terapia cognitiva reflete um modelo estruturado e limitado no tempo, aplicável para famílias, casais e grupos. Seu processo clínico com famílias e casais baseia-se em uma formulação dos problemas conforme o modelo cognitivo de instalação e manutenção das psicopatologias. Ressalta as dificuldades de processamento cognitivo dos membros familiares, suas estruturas cognitivas disfuncionais e suas dificuldades objetivas – como déficits em habilidades de solução de problemas –, bem como gatilhos e fatores de proteção, além de levantar as

hipóteses, conforme o modelo cognitivo, sobre os eventos-chave do comportamento e da cognição de cada membro da família, o que explicaria a instalação das dificuldades observadas.

O processo de tratamento, que deve ser didático, gerando condições de autonomia para todos os membros adquirirem habilidades e condições de enfrentamento perante o problema do abuso de substâncias, é direcionado às áreas de problemas identificadas e às metas terapêuticas estabelecidas pela família, pelo casal e pelo terapeuta.

A TCC aplicada às famílias mantém o acervo de técnicas utilizadas também em atendimentos individuais, para mudar cognições e normalizar comportamentos. Embora o questionamento socrático, a flexibilidade cognitiva, a reestruturação cognitiva e o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas sejam centrais para esse modelo, técnicas de outras abordagens teóricas também são utilizadas.<sup>12,13</sup> Sendo bem estabelecida na prática clínica, pode ser muito útil a integração da teoria sistêmica com princípios e técnicas da TCC individual para o trabalho com famílias e casais. No enfoque familiar, é fundamental abordar questões individuais e familiares diante do problema apresentado. A intervenção terapêutica será mantida nas questões tanto intra quanto interindividuais, bem como na inter-relação de ambas.

Quanto à dependência química, a TCC entende o uso abusivo de substâncias do adolescente como um comportamento condicionado, reforçado por sinais, insinuações e contingências existentes dentro da família. As intervenções resultam no gerenciamento das interações familiares, de tal forma que as condições e os comportamentos compatíveis com o uso de substâncias sejam diminuídos, ao mesmo tempo em que os incompatíveis com o consumo sejam reforçados.

A TCC com casais e famílias pode atuar tanto na prevenção quanto no tratamento para abuso e dependência.<sup>13</sup> Na prevenção, pode ser empregada para gerar maior flexibilidade cognitiva e esquemas funcionais nos membros envolvidos, prevenindo a instalação de disfuncionalidades que possam ameaçar a estabilidade encontrada a partir da fase de manutenção. No tratamento, a TCC para famílias no contexto de álcool e outras substâncias é empregada para atingir objetivos clínicos quando dificuldades e gatilhos já estiverem instalados.

## **Terapia comportamental de casal**

Dentre os modelos de destaque pautados na epistemologia da TCC, encontra-se a terapia comportamental de casal.<sup>14</sup> A terapia comportamental de casais é o mais eficiente método de terapia de casal e de família e apresenta o maior número de estudos apoiando sua eficiência no tratamento do abuso de substâncias entre adultos. Estudos comprovam que essa terapia produz um maior período de abstinência e um melhor funcionamento nos relacionamentos do que os tratamentos conven-

cionais com base no indivíduo. Trata-se de um modelo bem conhecido entre os pesquisadores de abuso de substâncias. Infelizmente, ela é quase desconhecida e pouco utilizada por profissionais da área.

Essa abordagem foi elaborada para indivíduos casados ou que vivem junto com seu parceiro e que buscam ajuda para problemas de alcoolismo ou abuso de substâncias. Trata o paciente usuário junto com seu cônjuge ou parceiro. Seus propósitos são construir apoio para a abstinência e melhorar o funcionamento dos relacionamentos. A terapia promove a abstinência com um “contrato de recuperação”, que envolve os dois indivíduos em um ritual diário de apreciação da abstinência. Aperfeiçoa os relacionamentos com técnicas de melhora das atividades positivas e de comunicação. Esse método deve ser entendido como um programa de tratamento. Sua compreensão da dependência química é analisada em uma perspectiva cíclica, e a atenção dos terapeutas deve ser dirigida para a comunicação e a resolução de problemas que o casal estabelece.

A relação terapêutica reflete um dos componentes-chave dessa abordagem, a qual também é descrita passo a passo pelos autores. Em primeiro lugar, o terapeuta deve focar os problemas de abuso de substância, procurando tolerar ou dispersar sentimentos de raiva excessiva. Torna-se fundamental que as sessões sejam estruturadas e controladas, mas, mesmo que o papel do terapeuta permita uma postura diretiva, é importante que se tenha empatia imediata por ambos os membros do casal e que não haja imposição de crenças ou olhar culpabilizador por parte do terapeuta. Essa abordagem ressalta a importância de manter-se contato a longo prazo com os casais e a família.

A terapia comportamental de casal trabalha, na maior parte dos casos, com pacientes que já estão sob tratamento. Nesse caso, o primeiro passo para engajar o familiar é obter a permissão do paciente, e a forma como esse primeiro contato será feito é minuciosamente trabalhada com ele. Todo trabalho familiar refere-se à reconstrução ou construção de relações; por isso, outros instrumentos de trabalho são bem-vindos e bem aplicados na medida em que o próprio usuário envolve-se em seu próprio processo individual. Cartas, depoimentos e encontros psicoeducativos são alternativas que podem ser elaboradas em conjunto com a equipe, os pacientes e os familiares.

O foco terapêutico familiar para terapia comportamental de casal é essencialmente dirigido ao consumo de substâncias, ao seu impacto sobre as relações e ao entendimento dado pela família sobre a formação do problema. Essa terapia focaliza, primeiro, o abuso de substâncias, e, por isso, o contrato de recuperação torna-se peça-chave de adesão, tanto para o tratamento quanto para a retomada de confiança entre o casal. O que a difere de outras abordagens individuais é a forma pela qual o problema será explorado: é investigado entre todos os membros envolvidos, de modo a ampliar a visão da família e levar os indivíduos ao reconhecimento de que o comportamento de abuso é apenas um sintoma do funcionamento familiar. A partir disso, outras questões intrínsecas ao problema podem ser exploradas.

## Aconselhamento familiar em terapia cognitivo-comportamental

O trabalho de aconselhamento e conselheiros no campo da dependência química no Brasil é bastante reconhecido e propagado.<sup>15</sup> O aconselhamento familiar apresentado neste capítulo refere-se ao modelo de tratamento de Gerald A. Juhnke e Bryce Hagedorn, publicado em 2006 com o título *Counseling addicted families: an integrated assessment and treatment model*, um modelo integrativo e sequencial para famílias de usuários de substâncias psicoativas.<sup>10</sup>

Os principais objetivos do aconselhamento familiar em TCC, segundo Juhnke e Hagedorn,<sup>10</sup> são, primeiro, ajudar os membros da família a compreenderem como seus pensamentos e comportamentos engendram reações negativas; segundo, identificar como os comportamentos do membro usuário estão conectados a consequências negativas ou positivas; e terceiro, ajudar a família a explorar novas formas saudáveis de pensar e agir que reduzam a probabilidade do uso contínuo.

Essa abordagem ajuda os familiares a reconhecerem os gatilhos, como pensamentos, sentimentos, comportamentos, situações e interações que ocorrem previamente ao comportamento abusivo do indivíduo. O processo de aconselhamento passa a ser o reconhecimento de comportamentos e ações que acarretam essa produção de gatilhos para os usuários. Trata-se de um aprendizado de como cada membro pode lidar de forma ativa e positiva no tratamento e na recuperação, ampliando a percepção dos riscos. O aprendizado em observar os comportamentos familiares não indica apenas focar o comportamento de uso ou recaída do paciente, mas também reconhecer e saber o que fazer quando outras atitudes familiares geram vulnerabilidades, como, por exemplo, o pai que grita com a esposa, e os filhos que aprenderam a não se envolver com a discussão do casal. Isso pode ajudar o usuário a não se sentir responsável por esse conflito específico. Um dos instrumentos de trabalho para o aconselhamento é a técnica para reconhecimento de gatilhos entre os familiares, descrita a seguir.

### *Técnica para reconhecimento de gatilhos*

Estimula-se os membros usuários a descreverem seus diálogos internos ou sinais físicos/psicológicos que antecipam um lapso ou uma recaída. Por exemplo, um membro adolescente da família pode sinalizar seu diálogo interno imediatamente antes de fazer uso da maconha: “Estou muito estressado. De jeito algum suporto os gritos dos meus pais. Tenho que fumar maconha para me acalmar”. Sinais psicológicos podem ser lembranças, impressões, anseios, etc., por exemplo, quando o pai provoca o paciente falando do seu peso, a noite anterior ao vestibular ou o término de um relacionamento. Uma vez que os gatilhos são reconhecidos e discutidos pelo usuário e pelos demais, pode-se desenvolver uma lista deles, e, assim, todos podem se comprometer com a identificação e o reconhecimento de sinais diversos e dos riscos, pois levantar os principais gatilhos é de fundamental importância. Desse



modo, o sistema familiar pode, até como exercício proposto, classificar de 0 a 10 a força de uma situação de risco/gatilho. Depois, devem classificar a frequência do gatilho de 0 a 10 (p. ex., esse gatilho ocorre constantemente ao longo das horas em que estou acordado). Gatilhos identificados por ambas as partes merecem maior atenção.

## RELAÇÃO TERAPÊUTICA COM FAMÍLIAS

O bom desfecho da abordagem aplicada depende muito da relação terapêutica somada à combinação de fundamentos teóricos e postura colaborativa do terapeuta para compreender o funcionamento familiar. A relação terapêutica na intervenção familiar significa a sinergia na relação com a família e com cada indivíduo, procurando equilibrar ambos os lados e reforçando a mensagem de que estão ali presentes para ajudar, com a clareza da necessidade de cada parte.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pressupostos da terapia familiar com base na TCC devem ser incorporados ou mesclados a intervenções que auxiliem clientes e famílias a reconstruírem novas metas e objetivos.

O tempo de um processo familiar acaba sendo lento e terá suas variações conforme o enfoque terapêutico seguido. Ainda que muitas famílias que convivem com a presença de álcool e substâncias ilícitas tenham características semelhantes, deve-se considerar a história de vida de cada uma e suas particularidades. Tratar famílias com membros dependentes químicos é uma necessidade, uma vez que elas também adoecem e sofrem. O apoio familiar é vital para a reestruturação do dependente químico em qualquer estágio do problema.

Medidas e esforços devem ser considerados para o suporte familiar. Devem ser mantidas e desenvolvidas vias que ofereçam informações, pesquisas que sigam explorando a eficácia e os benefícios das abordagens pertencentes ao amplo campo da terapia familiar para abuso e dependência e a proliferação de intervenções familiares em comunidades, serviços públicos, ambulatorios, clínicas, hospitais e escolas.

## REFERÊNCIAS

1. Olievenstein C. A vida do toxicômano. Rio de Janeiro: Zahar; 1992.
2. Bucher RA. A ética da prevenção. *Psic Teor e Pesq*. 2007;23:117-23. Número especial.
3. Bucher RA. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 1992.
4. Payá R. Terapia familiar. In: Cordeiro D, Figlie NB, Laranjeira R. Boas práticas da dependência de substâncias. São Paulo: Roca; 2007.

5. Payá R. A dependência química na visão sistêmica. In: Payá R. Intercâmbio das psicoterapias: abordagens e transtornos. São Paulo: Roca; 2011.
6. Payá R. Família e dependência química. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2010.
7. Orford J, Natera G, Copello A, Atkinson C, Mora J, Velleman R, et al. Coping with alcohol and drug problems: the experiences of family members in three contrasting cultures. London: Brunner-Routledge; 2005.
8. Krupnick L, Krupnick E. Do desespero à decisão: como ajudar um dependente químico que não quer ajuda. São Bernardo do Campo: Bezerra; 1995.
9. Haaga DA, McCrady J, Lebow J. Integrative principles for treating substance use disorders. *J Clin Psychol*. 2006;62(6):675-84.
10. Juhnke GA, Hagedorn WB. Counseling addicted families: an integrated assessment and treatment model. London: Routledge; 2006.
11. Caballo VE. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos. São Paulo: Santos; 2003.
12. Dattilio FM, Padesky CA. Terapia cognitiva com casais. Porto Alegre: Artmed; 1995.
13. Serra AM. Terapia cognitiva para casais. In: Payá R. Intercâmbio das psicoterapias: como cada abordagem compreende os transtornos psiquiátricos. São Paulo: Roca; 2011.
14. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Terapia comportamental de casal para o alcoolismo e dependência de substâncias. São Paulo: Roca; 2010.
15. Figlie NB, Bordin S, Laranjeira RR. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca; 2010.



### Legenda:

TCC = Terapia cognitivo-comportamental

## A

Abordagem BRENDA, 258-270

aplicação, 266-269

componentes e apoio empírico, 260-266

Abstinência

e álcool, 55

e anabolizantes, 56-57

e anfetaminas, 58

e benzodiazepínicos, 64

e cocaína e *crack*, 60

e maconha, 61, 481

e nicotina, 63

e opiáceos, 66

e substâncias da era sintética, 69

Adolescentes dependentes de substâncias

psicoativas, 521-528

TCC no tratamento para, 521-528

evidências na prática clínica, 525

modelos de intervenção, 526

principais desafios, 527

Álcool, 46, 53-56, 457-476

TCC no tratamento para dependentes  
de, 457-476

etapa final, 474-476

rede de apoio social e familiar, 475

TCC em grupo, 476

treinamento de habilidades, 474-475

etapa inicial, 458-465

avaliação, 459-465

desintoxicação, 465

psicoeducação, 465, 466

etapa intermediária, 465-474

automonitoramento, 468-469

estabelecimento de um plano de  
metas, 474

estratégias de enfrentamento,  
470-471

intervenções comportamentais,  
472-473

manejo de contingências, 472-473

mudança de estilo de vida, 473

reconhecimento de sinalizadores,  
466

reestruturação cognitiva, 470

uso de, 46-47, 53-56

complicações clínicas, 55-56

efeitos agudos, 54-55

efeitos crônicos, 54-55

síndrome de abstinência, 55

Anabolizantes, uso de, 56-57

efeitos e riscos à saúde, 56-57

Anfetaminas, uso de, 48, 57-58

efeitos agudos, 57-58

riscos à saúde, 58

Angústia, manejo da, 388-390

Ansiedade, manejo da, 424-427

Anticolinérgicos, 50-51

Autoestima e autoconfiança, 429-431

Automonitoramento, 398, 468-469

Automonitoramento dos sintomas  
depressivos, 443

*Ayahuasca*, 50

## B

- Balança decisória, 360
- Benzodiazepínicos, uso de, 46, 63-65
  - efeitos agudos, 64
  - efeitos crônicos, 64
  - riscos à saúde, 64
  - síndrome de abstinência, 64-65
- BRENDA *ver* Abordagem BRENDA

## C

- Cannabis*, 49-50, 61-62, 479-487
  - TCC no tratamento para dependentes de, 479-487
    - perfil dos que buscam tratamento, 482
    - pesquisas, 486
    - tratamentos psicoterapêuticos, 483
- uso de, 49-50, 479-482
  - efeitos, 61
  - prevalência, 479-480
  - problemas relacionados ao, 481-482
  - riscos, 61-62
  - sintomas de abstinência, 61
- Cartões de enfrentamento, 296-298, 376
- Casal, 314-319, 555-557
  - TCC, 555-557
  - terapia comportamental, 314-319, 555-557
- CID-10, 38-40
- Club drugs* *ver* Substâncias da era sintética, uso de
- Cocaína/*crack*, 48, 58-60, 493-500
  - TCC no tratamento para dependentes de, 493-500
    - evidências da eficácia, 497-499
    - técnicas cognitivo-comportamentais de abordagem e manejo, 499-500
- uso de, 48, 58-60, 496
  - efeitos de uso agudo, 59
  - complicações crônicas, 60
  - prejuízos cognitivos mais comuns, 496
  - síndrome de abstinência, 60
- Cogumelos, 50
- Comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias, 73-89
  - esquizofrenia, 76-77
  - TDAH, 77-80

- transtornos da alimentação, 87-89
- transtornos da personalidade, 82-85
- transtornos de ansiedade, 85-86
- transtornos do humor, 80-82
- Conceituação da dependência química, 25-32
  - consumo de substância psicoativas, 29-31
    - abuso ou uso nocivo, 30
    - alívio ou evitação dos sintomas de abstinência, 30
    - dependência, 30
    - estreitamento do repertório do beber, 30
    - reinstalação da síndrome de dependência após a abstinência, 30-31
    - saliência do comportamento de uso, 30
    - sensação subjetiva da necessidade de consumir, 30
    - síndrome de abstinência, 30
    - tolerância, 30
    - uso, 29, 31
  - modelos teóricos, 26-29
- Contingências, manejo de (MC), 323-327, 472-473, 500
- Crack* *ver* Cocaína/*crack*
- Crítérios diagnósticos, 33-42
  - dependência química, desenvolvimento do conceito, 34-35
  - diagnóstico, 35-41
    - CID-10, 38-40
    - dependência, 36-38
    - DSM-IV, 41
    - uso nocivo, 38, 39

## D

- Decisões aparentemente irrelevantes (DAIs), 163-165, 369, 397
- Dependência química, 25-89
  - e o modelo cognitivo de Aaron Beck, 122-133
- Depressão, 421-424
- Designer drugs* *ver* Substâncias da era sintética, uso de
- Desintoxicação, 465
- Distração, 295-296, 499

DSM-IV, 41

## E

*Ecstasy*, uso de, 67-69

Efeitos agudos e crônicos do uso de substâncias, 53-69

álcool, 53-56

anabolizantes, 56-57

anfetaminas, 57-58

benzodiazepínicos, 63-65

cocaína e *crack*, 58-60

maconha, 61-62

nicotina, 62-63

opíáceos, 65-67

substâncias da era sintética, 67-69

Enfrentamento, 158, 172-177, 199-200, 470-471

Ensaio comportamental, 406

Entrevista motivacional (EM), 273-288, 357-362

combinada com TCC, 274-275

desenvolvimento e definição, 275-278

habilidades de comunicação e a prática da, 278-288

conversas sobre mudança, 281

escala de disposição, 282

estilo da comunicação, 286-287

fala de mudança, 287-288

metodologia da entrevista, 283-286

pensamento reflexivo, 284

quatro perfis de clientes, 282

Escala de autoestima de Rosenberg, 447

Escala de avaliação da fissura de cocaína, 400

Escala de avaliação da fissura do tabaco, 401

Escala de avaliação de fissura da maconha, 399

Espiral de mudança, 359

Esquema *ver* Terapia focada no esquema

Esquizofrenia, 76-77

Estratégia ACALME-SE, 444

Estrutura das sessões de TCC, 333-337, 356-451

temas centrais, 356-415

aumento de atividades prazerosas, 388-390

comportamento assertivo, 380-383

manejo da angústia, 388-390

manejo da fissura, 369-373

manejo do pensamento sobre álcool e outras substâncias, 377-380

modificação do estilo de vida, 385-388

motivação para a mudança, 357-362

prevenção de recaída, 364-369

psicoeducação, 362-364

recuperação de um lapso, 373-376

resolução de problemas, 383-385

situações de crise e emergência, 390-392

término do tratamento e manutenção da estabilidade, 392-394

temas específicos, 419-451

autoconfiança e autoestima, 429-431

dificuldades nos relacionamentos

familiares e pessoais, 431-434

experiências traumáticas e de abuso, 427-429

manejo da ansiedade, 424-427

manejo da impulsividade e da raiva, 437-439

manejo do humor - depressão, 421-424

problemas relacionados ao sono, 434-437

Exposição, 499

## F

Fissura, 145

da maconha, 399,

de cocaína, 400,

do tabaco, 401,

fatores que influenciam a recaída, 158, manejo da, 370, 499

Flecha descendente, 305-307

Formulário de conceituação cognitiva, 347

## G

GHB, uso de, 68-69

## I

Idosos dependentes químicos, 545-550

TCC no tratamento de, 545-550

evidências, 546-547

temais centrais do tratamento, 547-549  
 Inalantes tranquilizantes, 69-71  
   complicações agudas, 70  
   complicações crônicas, 71  
 Intervenções familiares, 552-559  
   e TCC, 554-559  
     aconselhamento familiar, 558-559  
     terapia de casal comportamental, 556-557  
     terapia de família e casal cognitivo-comportamental, 555-556  
   famílias, 553-554  
   relação terapêutica com famílias, 559  
 Inventário de estratégias de enfrentamento (Folkman e Lazarus), 410-411

## L

Lapso, 156-157, 373-376  
 LSD, uso de, 50, 68

## M

Maconha *ver Cannabis*  
 Manejo da angústia, 388-390  
 Manejo da fissura, 370-373  
 Manejo de contingências (MC), 323-327, 472-473, 500  
 Manejo do humor, 421-424  
 Mapeamento das relações familiares, 448-450  
 Metanfetaminas, uso de, 69  
 Método socrático em TC, 298-304  
*Mindfulness*, 181-193  
   conceitos centrais, 182-183  
   e prevenção de recaída, 183-192  
     na prática clínica, 184-192  
 Modelo cognitivo de Aaron Beck, 122-133, 344  
   princípio básico, 123-127  
     esquemas e crenças básicas, 124-125, 126  
     estratégia compensatória, 127  
     pensamentos automáticos, 125-127  
   relação com os modelos biológicos e sociais, 131-133

relação entre crenças, pensamentos automáticos e conceituação cognitiva, 127-131  
 Modelo cognitivo do uso de substâncias, 377  
 Modelos teóricos da dependência química, 26-29  
   biológico, 29  
   biopsicossocial, 29  
   da degenerescência neurológica, 27  
   da temperança ou sobriedade, 26-27  
   espiritual, 27  
   moral, 26  
   psicológico, 27-28  
     condicionamento clássico, 27  
     condicionamento operante, 28  
     modelo cognitivo-comportamental, 28  
     modelo de aprendizado social, 28  
     modelo psicanalítico, 28  
     modelo sistêmico, 28  
 Motivação, 158, 357-362  
 Mulheres dependentes de substâncias psicoativas, 530-542  
   características clínicas, 532-533  
   complicações físicas, 533-534  
   epidemiologia, 531-532  
   modelos de tratamento, 534-541  
   TCC no tratamento para, 530-542

## N

Nicotina, 62-63, 503-519  
   TCC no tratamento para dependentes de, 503-519  
     abordagem intensiva, 509-512  
     evidências de eficácia, 505  
     manutenção, 518  
     modelo da estrutura das sessões, 512-518  
     modelo de intervenção breve, 505-508  
   uso de, 62-63  
     efeitos agudos, 63  
     efeitos crônicos, 63  
     riscos à saúde, 63  
     síndrome de abstinência, 63

## O

Opiáceos, uso de, 47-48, 65-67  
 complicações, 66-67  
   pele e anexos, 66  
   sistema cardiovascular, 67  
   sistema gastrointestinal, 67  
   sistema geniturinário e reprodutor, 67  
   sistema hematopoiético, 67  
   sistema nervoso central, 67  
   sistema osteomuscular, 67  
   sistema respiratório, 67  
 intoxicação aguda, 66  
*overdose*, 66  
 síndrome de abstinência, 66  
 tipos de, 65  
*Overdose*, 66, 145

## P

PCL-C, 445-446  
 Pensamentos automáticos, 111-112, 125-127, 303  
 Plano de metas, 474  
 Plano de mudança, 361  
 Prevenção de recaída, 155-168, 181-193, 364-369  
   alicerces da, 158-163  
     modelo linear, 160-162  
     mudanças no estilo de vida, 162-163  
     situações de alto risco, 159-160  
   decisões aparentemente irrelevantes (DAIs), 163-165  
   efetividade da técnica de prevenção, 167-168  
   fatores que influenciam, 157-158  
     autoeficácia, 157  
     estados emocionais, 158  
     expectativas de resultado, 157  
     fissura, 158  
     habilidades de enfrentamento, 158  
     motivação, 158  
     relações interpessoais, 158  
   *mindfulness*, 181-193  
   modelo dinâmico de recaída, 165-167

processo de mudança, lapso e recaída, 156-157

sessões de TCC, 364-369

Processo de recaída e seus antecedentes encobertos, 369

Processos respondentes, 140-143

Psicoeducação, 297-298, 362-364, 465, 466

## Q

Questionamento socrático em TC, 298-304

Questionário da assertividade, 407-408

Questionário de confiança situacional, 395-397

Questionário de crenças pessoais, 203-210

Questionário de motivação para a mudança, 359

Questionário de tolerância de Fagerström, 506

Quetamina, uso de, 69

## R

Reatribuição (torta de responsabilidade), 304-305, 306

Reconhecimento de gatilhos, 558-559

Reestruturação cognitiva, 470, 499

Registro de pensamentos automáticos (RPA), 303

Réguas de importância e confiança, 360

Relaxamento muscular ou relaxamento progressivo de Jacobson, 403

Resolução de problemas, 383-385, 409

## S

*Seeking Safety*, 537

Sessões de TCC, 333-451

  análise funcional e conceituação do caso, 337-350, 352-355

  exemplo de intervenção, 345-350

  sessões de avaliação inicial, 339-345

  estrutura das, 333-337

  temas centrais, 356-415

  temas específicos, 419-451

Síndrome de dependência de álcool, 459

Situações de alto risco (para recaída), 159-160  
 Situações de crise, 390-392, 499-500  
 Solventes, 47  
 Sono, problemas no, 434-437  
 Substâncias da era sintética, uso de, 67-69  
 Substâncias psicoativas, 43-51, 521-528, 530-542  
   ação, 45  
   adolescentes dependentes de, 521-528  
     TCC no tratamento para, 521-528  
       evidências na prática clínica, 525  
       modelos de intervenção, 526  
       principais desafios, 527  
   classificação, 45-51  
     depressoras do SNC, 46-48  
     estimulantes do SNC, 48-49  
     perturbadoras do SNC, 49-51  
   mulheres dependentes de, 530-542  
     características clínicas, 532-533  
     complicações físicas, 533-534  
     epidemiologia, 531-532  
     modelos de tratamento, 534-541  
     TCC no tratamento para, 530-542  
   neurobiologia, 44  
   sistema de recompensa cerebral, 44-45

## T

Tabaco, 49 *ver também* Nicotina  
 TDAH, 77-80  
 Técnica para reconhecimento de gatilhos, 558-559  
 Técnicas cognitivas, 293-309  
   eficácia da TC no tratamento da dependência química, 307-308  
   escolha das técnicas, 294-307  
   estratégias não refinadas, 295-298  
   estratégias refinadas, 298-307  
   questionamento de regras condicionais e crenças intermediárias e centrais, 307  
 Técnicas e terapias comportamentais, 313-327  
   terapia comportamental de casal, 314-319

  perspectiva teórica, 315  
   princípios práticos, 315-318  
   resultados obtidos, 318-319  
 tratamento por manejo de contingências (MC), 323-327  
   aplicação, 325-326  
   perspectiva teórica, 324  
   princípios práticos, 324-325  
   resultados obtidos, 326  
 tratamento por reforço comunitário, 319-323  
   análise funcional do padrão de consumo, 321  
   aumento de reforçadores positivos, 321-322  
   inclusão de uma pessoa importante no tratamento, 322  
   perspectiva teórica, 320  
   princípios práticos, 320  
   promover a experiência de ficar abstinente, 321  
   resultados obtidos, 322-323  
 Teoria comportamental, 135-150  
   abstinência, 144-145  
   comportamento adjuntivo, 146-148  
   fissura ou *craving*, 145  
   modelo de discriminação e generalização de uso de substâncias, 148-149  
   *overdose*, 145  
   parâmetros da cultura para a dependência, 139-140  
   processos respondentes, 140-143  
   psicopatologia e conceito de normalidade, 137-138  
   recaída, 145-146  
   tolerância, 144  
   visão naturalista da dependência, 138-139  
 Terapia cognitiva (TC), 106-120  
   antecedentes históricos, 106-107  
   como um sistema de psicoterapia, 109-110  
   emergência da, 107-108  
   esquemas e crenças, 112  
   estrutura das sessões e do processo clínico, 118-119



- flexibilidade cognitiva como objetivo terapêutico, 116-117
- hipótese de vulnerabilidade cognitiva, 113
- modelo cognitivo de processamento de informação, 110-111
- modelo cognitivo de psicopatologia, 113, 114
- objetivos e fases do processo clínico, 113-116
  - intervenção estrutural, 116
  - intervenção funcional, 115-116
- premissas que fundamentam o processo terapêutico, 117-118
- princípio básico e pensamentos automáticos, 111-112
- Terapia cognitiva processual (TCP), 221-256
  - processo, 237, 240-255
    - descrição do, 240-243
    - possíveis problemas no uso, 254-255
    - uso em uma sessão de TCP, 243-254
  - role-play* consensual (RPC), 225-237, 238
    - descrição, 225-227
    - possíveis problema no uso, 237
    - uso em uma sessão de TCP, 227-236
- Terapia familiar *ver* Intervenções familiares
- Terapia focada no esquema, 195-217
  - avaliação empírica da TEDF, 215
  - com duplo foco (TEDF), 202
  - conceito de esquema (contexto das TCs), 195
  - do *self* espiritual, 215-217
    - terapia de aceitação e compromisso, 216-217
  - domínios de esquemas mal-adaptativos precoces, 199
  - esquemas culturais, 197-198
  - estilos e respostas de enfrentamento mal-adaptativas, 199-200
  - modos, 200-202
    - estratégias terapêuticas, 200-201
    - uso de inventários, 201-202
  - obstáculo à percepção dos esquemas, 196-197
  - origem dos esquemas, 198-199
  - para abuso de álcool e outras substâncias, 202
- Terapia(s) cognitivo-comportamental(is), 95-104, 172-193, 273-288, 333-559
  - das habilidades sociais e de enfrentamento, 172-177
  - teoria das habilidades sociais, 173-174
  - e *mindfulness* na prevenção de recaída, 181-193
  - estrutura das sessões, 333-451
  - integração com a entrevista motivacional, 273-288
  - intervenções familiares e, 552-559
  - origens, 96-103
    - desenvolvimento das ciências cognitivas, 98
    - insatisfação com a terapia estritamente comportamental, 96-97
    - insatisfações com o modelo psicodinâmico, 97
    - princípios e práticas das abordagens cognitivo-comportamentais, 98-103
  - para adolescentes dependentes de substâncias psicoativas, 521-528
  - para dependentes de álcool, 457-487
  - para dependentes de cocaína/*crack*, 493-500
  - para dependentes de maconha, 479-487
  - para dependentes de nicotina, 503-519
  - para idosos dependentes químicos, 545-550
  - para mulheres dependentes de substâncias psicoativas, 530-542
- Termômetro da raiva, 451
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), 427-429
- Transtorno por uso de substâncias, comorbidades associadas *ver* Comorbidades associadas ao transtorno por uso de substâncias
- Transtornos da alimentação, 87-89

Transtornos da personalidade, 82-85,  
439-442  
Transtornos de ansiedade, 85-86  
Transtornos do humor, 80-82  
Treino de resolução de conflitos, 409

## **U**

Uso nocivo de substâncias, 38, 39

## **V**

Vulnerabilidade cognitiva, 113