

TRATAMENTO PSICOLÓGICO DE DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA

Luiz Guilherme da Rocha Pinto

Ilana Pinsky

Resumo: O transtorno por uso de cocaína, é uma síndrome grave que atinge cerca de 0,3% (UNODCCP) da população mundial, ocasionando danos físicos, pessoais, psicológicos, tanto nas relações afetivas quanto familiares. A etiologia é multifatorial com possível predisposição genética, vulnerabilidade biológica e desencadeantes sóciofamiliares. Além disso, estudos sinalizam um grande índice de co-morbidade psiquiátrica. Embora as pesquisas indiquem dificuldade de aderência ao tratamento e grandes taxas de recaída, o tratamento psicológico da dependência de cocaína vem demonstrando efetividade, segundo o levantamento do Collaborative Cocaine Treatment Study (CCTS).

1. Introdução

Até o presente momento, considera-se que o T.U.S. (transtorno de uso de cocaína) não tem uma única causa identificada. Alguns autores trabalham com a hipótese de que a dependência é uma psicopatologia induzida, ou seja, de que os sintomas surgem a partir do uso, da intoxicação. Por exemplo, um paciente com distímia pode manifestar sintomas maníacos quando usa cocaína. Nesse caso, um profissional que não esteja tão familiarizado com o transtorno poderia fazer o diagnóstico bi-polar, minimizando a dependência.

Outros autores trabalham com a hipótese de psicopatologia secundária, ou seja, a dependência de cocaína é secundária e usada como meio de lidar com afetos dolorosos. Nesse caso o sujeito tem um transtorno de ansiedade ou depressão, por exemplo, e a compulsão pela cocaína funcionaria como uma auto-medicação (Khantzian, 1985). Se a co-morbidade primária, por exemplo ansiedade ou depressão for resolvida, poderíamos esperar uma melhora ou até mesmo uma resolução do quadro secundário de dependência de cocaína.

Na verdade, seja o transtorno uma psicopatologia induzida ou psicopatologia adjacente (hipótese da auto-medicação), a dependência assume vida própria, como uma condição crônica, causando muitos danos. Sendo assim, o uso da cocaína no tratamento precisa ser abordado diretamente. O reconhecimento do problema também indica que o paciente pode ser tratado; inversamente, a co-morbidade em muitos casos não é identificada, e com isso o paciente não recebe o tratamento adequado. Alguns tipos de tratamento abordam a questão da dependência em um primeiro momento, porém parece que a dimensão do caso não é reconhecida ou então minimizada, e o paciente fica sem uma direção sobre as próximas etapas. Em muitos casos, sobrevaloriza-se a abstinência como se isso por si só desse conta da sua recuperação.

Existe um outro grande complicador para o tratamento: a percepção da população geral e dos médicos de que, por exemplo, asma, diabetes e hipertensão seriam claramente problemas de saúde, enquanto a dependência química se afigura

sobretudo como um problema social ou uma deficiência de caráter (McLellan, 2003). No que diz respeito aos médicos, o fato tem maior gravidade, na medida em que a classe é formadora de opinião. Várias conseqüências médicas decorrentes de abuso de cocaína batem à porta de prontos-socorros, emergências psiquiátricas, consultórios clínicos, cardiológicos, gastroenterológicos e outros sem que haja uma mínima referência à cocaína. Isso é retro-alimentador, pois vários pacientes relatam que sentem vergonha de falar sobre o assunto com o médico. Poderíamos responsabilizar apenas o paciente por esse tipo de comportamento, que é sinal da conhecida negação; porém, parece óbvio que, se o consenso em torno do assunto fosse diferente, sua abordagem se tornaria mais fácil.

O paciente dependente de cocaína pode apresentar alguns ou vários dos seguintes efeitos psicológicos: irritabilidade, agressividade, inquietação, irresponsabilidade, mentiras, aumento dos “segredos”, diminuição dos cuidados consigo (higiene pessoal), perda de valores morais e sociais, diminuição do apetite sexual. Muitos desses efeitos se revertem com a abstinência, enquanto outros persistem e são elementos do trabalho psicoterápico.

A publicação dos resultados de um grande estudo americano – National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study (CCTS) – demonstrou a efetividade de tratamentos psicoterápicos para pacientes com dependência de cocaína. Até então havia dificuldade de reconhecer eficiência em tratamentos não farmacológicos (Meyer, 1992). Um dos resultados deste estudo foi comprovar uma questão já conhecida empiricamente, que é a aderência precária deste tipo de paciente. Esta precariedade não invalida o tratamento. Além disso, o estudo comprovou que a terapia de eleição para este tipo de paciente seria uma abordagem de base comportamental, porém com uma especificidade, de que falaremos mais adiante. Num dos estudos, os pacientes que começaram e terminaram o tratamento, durante 6 meses, foram 28% do total. A psicoterapia intensiva beneficiou muito os pacientes mais graves com evidências de co-morbidade. Os pacientes que receberam uma abordagem mista de terapia cognitiva, com entrevista motivacional, treinamento de habilidades e prevenção de recaída, demonstraram melhor aderência em comparação com o grupo que recebeu apenas o que é chamado de *drug counselling*, ou seja, um aconselhamento que se restringe às questões ligadas ao consumo de cocaína. E o estudo recomenda, em sua conclusão, que as novas terapias não deixem de incluir a atenção aos problemas antigos, conscientizando o paciente da necessidade de abstinência e de sua continuidade.

2. O Encontro do Paciente com o Psicólogo

O encontro do paciente dependente de cocaína com um psicólogo pode acontecer de várias formas. O paciente pode se dirigir a alguma instituição na qual o psicólogo faz parte da equipe; pode também, mediante alguma situação judicial, ser entrevistado ou encaminhado a um psicólogo; existe a possibilidade, bem conhecida, de chegar a este profissional batendo à porta de seu consultório particular. Com o avanço do conhecimento, vários profissionais vêm se especializando e prestando um serviço de melhor qualidade àqueles que precisam. Dessa forma, cada vez mais pacientes com essa patologia recorrem a instituições ou consultórios.

Como já foi mencionado, o sujeito com o problema da dependência de cocaína apresenta o mecanismo de negação, que nesse caso é um produto da ambivalência normal no processo de mudança do comportamento. Isso pode dificultar seu acesso ao tratamento. Porém, em grande parte dos casos, a dependência atinge gravidade ao ponto

de levar aqueles que convivem com o sujeito a situações de verdadeiro desespero. Geralmente este desespero é vivenciado pelas famílias, que buscam o psicólogo em grande parte dos casos, sendo muitas vezes bem-sucedidas em trazer o dependente para a recuperação. Quando não é o caso, o próprio familiar pode buscar ajuda, o que seria o ideal, pois o fortalece diante do problema. Ainda do ponto de vista da família, o tratamento procura ajudá-la a compreender o dependente e trabalhar os sentimentos de culpa, raiva e impotência, determinados por este membro que adoeceu. Vale ressaltar que, em casos muito graves, existe a possibilidade de internação à revelia, o que exige equipe bastante especializada, em primeiro lugar para fazer o diagnóstico adequado, da gravidade, e também avaliar se aquela família apresenta uma capacidade de sustentar este procedimento, que deve ser o último recurso. Muitas famílias acabam desistindo por não estarem fortalecidas o suficiente em meio à chamada intervenção. Infelizmente, na maior parte dos casos em que o dependente de cocaína em questão não aceita a oportunidade, o familiar, frustrado, também abandona a chance de tratamento.

3. Abordagem Psicológica ao Paciente com Dependência de Cocaína

Entende-se por psicoterapia os métodos de tratamento para problemas de natureza emocional, nos quais uma pessoa treinada, mediante a utilização de meios psicológicos, estabelece deliberadamente uma relação profissional com a pessoa que busca ajuda, visando remover ou modificar sintomas existentes, retardar seu aparecimento, corrigir padrões disfuncionais de relações interpessoais, bem como promover o crescimento e o desenvolvimento da personalidade (Wolberg, 1988).

Conforme já foi dito, o encontro do paciente dependente de cocaína com o psicólogo pode acontecer de diversas maneiras e até mesmo vale registrar a possibilidade do reencontro, fato muito comum, quando o paciente, depois de ter alta ou abandonar o tratamento, procura aquele mesmo profissional para retomar o processo psicoterápico. Em qualquer momento em que o encontro do paciente com o profissional acontecer, parece claro que a abordagem do paciente dependente de drogas é uma especificidade, uma técnica que se fundamenta em algumas fontes teóricas, que abordaremos a seguir e que visa a facilitação do vínculo com o paciente e o chamado êxito, ou seja, o resultado positivo do tratamento.

Além das diversas variáveis referentes ao paciente que podem influenciar o sucesso do tratamento, existem algumas associadas ao terapeuta, com seu entusiasmo, que também são centrais. De fato, os estudos que fundamentaram a entrevista motivacional sinalizaram a favor dessa variável. Os profissionais que mantêm-se trabalhando com pacientes dependentes de cocaína parecem ter em comum algumas características e qualidades: estão motivados, têm conhecimento teórico sólido, incluindo psicofarmacologia, demonstram capacidade de lidar com frustração frente a pacientes com doença crônica, são persistentes, contam com boa dose de afetividade, abandonam a postura de neutralidade (obviamente com ética), têm abertura e competência para atender urgências (Pechansky, 1997). Além disso, estão cientes de que muitas vezes podem se deparar com atitudes sociopáticas por parte de determinados pacientes, de manipulações e recaídas, até mesmo trágicas, incluindo acidentes, mutilações e óbitos. Em suma, são profissionais que precisam de grande disponibilidade.

A psicoterapia é o tratamento de escolha para problemas emocionais ou sofrimento psicológico na maioria dos transtornos psiquiátricos. É, portanto, evidente que tem lugar no tratamento da dependência de drogas, uma vez que o desconforto

emocional subjetivo parece tanto contribuir para a instalação do uso de drogas como ser um dos produtos decorrentes da convivência do paciente com esta (Woody, McLellan, Bedrick, 1995).

A teoria cognitivo-comportamental é a mais estudada e permite o uso de técnicas diversas. Assim, é possível unir a entrevista motivacional, a prevenção de recaída e o treinamento de habilidades. A própria prevenção de recaída é utilizada em determinados momentos de técnicas de treinamento de habilidades. Mas é importante o profissional saber o que está fazendo e não misturar as técnicas aleatoriamente. A terapia cognitiva é diferente da prevenção de recaída, sendo mais ampla e exigindo formação específica.

A Terapia Cognitivo-Comportamental incorpora premissas do chamado modelo compensatório, promovendo a combinação de componentes tanto dos domínios comportamentais (procedimentos operantes- como controle do estímulo e técnica de auto-reforço) quanto cognitivos (como reestruturação cognitiva, treinamento de enfrentamento de antigas e novas situações e tomada de decisões) no desenvolvimento do prognóstico do tratamento. O papel do terapeuta é limitado, pois a meta principal é habilitar o paciente para a chamada auto-eficácia. A prevenção de recaída se fundamenta na terapia cognitivo comportamental e tem como objetivo principal fortalecer o paciente em seu estágio de manutenção ajudando-lhe a construir um verdadeiro mapeamento para o seu percurso na recuperação, prevendo velhas e até mesmo novas armadilhas e sobretudo intervindo cognitivamente nas mudanças do estilo de vida. No caso da Entrevista Motivacional, esta abordagem foi responsável por uma verdadeira revolução no tratamento, pois permitiu que os profissionais tratassem dos pacientes com o estágio de motivação que os mesmos apresentavam no momento em que buscavam ajuda do psicólogo. Os pacientes chegam para o tratamento com o que chamamos de ambivalência e as técnicas de entrevista motivacional permitem ao profissional, estar ao lado do paciente, auxiliando para que o mesmo avance e se vincule de forma mais consistente ao processo de recuperação. O treinamento de habilidades é uma técnica de grande importância, na medida em que os pacientes durante seu período de uso de cocaína, vão se incapacitando cada vez mais e a técnica se destina a ensiná-lo literalmente a enfrentar determinadas situações que são muitas vezes até ensaiadas no ambiente terapêutico.

Como já foi dito na introdução, dois dos grandes desafios do tratamento são, primeiro, conscientizar o paciente da necessidade da abstinência, e depois da necessidade da manutenção. O quadro abaixo mostra como a motivação influencia o esquema de tratamento.

COMBINAÇÕES POSSÍVEIS

Paciente	Pouco Motivado	Muito Motivado
Pouco Dependente	<i>Informação</i>	<i>Psicoterapia (caso não haja co-morbidade)</i>
Muito Dependente	<i>Hospitalização</i>	<i>Psicoterapia com apoio médico e ambulatório</i>

(Ramos, 2003)

Alguns estudos demonstram que o ambiente de um Centro Especializado, seja em regime de internação ou ambulatorial intensivo, facilita as possíveis identificações do paciente. Da mesma forma, a ajuda mútua (ex.: Narcóticos Anônimos – NA) parece também funcionar de maneira eficaz. Quanto maior a gravidade do caso, mais a intensidade vai ajudar.

O processo funciona com o que é chamado de rede de tratamento. A psicoterapia pode fazer parte desta rede, representando mais um espaço de apoio para o paciente. Programas nos quais existe disponibilidade de uma gama de serviços (“compras num só lugar”) são provavelmente os que melhor conseguem combinar esses atendimentos.

Portanto, a psicoterapia representa uma grande possibilidade de êxito para o tratamento, seja logo no início do processo de recuperação, seja quando o paciente já conseguiu algum tempo de abstinência. Caso o paciente faça psicoterapia no início da recuperação, o trabalho terá como principal foco o apoio para conscientização da abstinência; num segundo momento, o objetivo será manutenção e apoio para o crescimento na vida de relações do sujeito.

4. Estudo de caso

Apresentaremos abaixo o caso de H. e a descrição de algumas etapas de seu tratamento.

O paciente H., em julho de 2000, procurou atendimento psicológico relatando problemas por uso de cocaína. Na época, com 25 anos de idade, escolaridade superior incompleto, solteiro, pequeno empresário, relativamente bem-sucedido, consumia cocaína há cerca de 8 anos e nos últimos 2 anos (sic) vinha perdendo o controle, com faltas e atrasos ao trabalho, gastos excessivos, dificuldades nas relações familiares e com namoradas. Nas primeiras consultas, o paciente apresentou grande demanda de tratamento, expressando afetos muito dolorosos de sua história familiar. Seu pai morreu alguns anos antes e sua relação com a mãe não era boa mesmo antes de começar a usar drogas.

No decorrer do tempo, ficou claro que, apesar de muito vinculado à terapia, o paciente não estava conseguindo se abster do uso de cocaína, ainda que tenha diminuído a frequência. A estratégia utilizada durante essa fase foi a entrevista motivacional, como já foi dito, uma abordagem que tem como meta final aumentar a motivação intrínseca do paciente, de forma que a mudança venha de dentro, em vez de ser imposta de fora. Quando utilizada de forma correta, é o cliente quem apresenta os argumentos para a mudança, mais do que o terapeuta (Laranjeira, 2003). Importante notar que a estratégia pode ser precipitadora de uma crise, pois o cliente pode ficar extremamente conflitado com sua situação. Dentro deste contexto, a condução do caso precisa ser muito cuidadosa.

Depois de 10 meses em tratamento, em determinado dia o paciente ligou desesperado dizendo que precisava se internar, porque tinha se drogado muito e estava em um motel sozinho. Foi então encaminhado à internação, para desintoxicação, com o que concordou plenamente. Nesse momento, foi avaliado pelo psiquiatra da equipe, algo que até então havia recusado. Durante os 7 dias em que permaneceu internado, foi atendido 3 vezes pelo psicólogo, numa delas em conjunto com sua família. Também concordou com o acompanhamento terapêutico, trabalho realizado por equipe composta de estudantes de psicologia e conselheiros em dependência química, que visa dar um maior suporte aos pacientes com necessidade de tratamento intensivo.

Depois da desintoxicação o paciente demonstrou motivação para aderir ao tratamento para alcançar a abstinência. Para tanto, psicoterapia 2 vezes por semana, grupo ambulatorial 3 vezes, consulta quinzenal com o psiquiatra. Além disso, em situações específicas, contamos com o apoio do acompanhante.

O grupo ambulatorial é composto por pacientes que têm em comum a dependência química e estão no chamado estágio de ação, no qual o paciente trabalha a conscientização da necessidade de abstinência e, num segundo momento, a manutenção. A abordagem técnica inclui o Método Minnesota, entrevista motivacional, terapia cognitiva e prevenção da recaída. O paciente atravessou neste período as três fases do tratamento ambulatorial, que duram 18 meses, com o que é chamado de êxito permanente (Marlatt, 1997), ou seja, sem episódios de recaída. Durante esse período, algumas reuniões familiares foram realizadas: as primeiras, com o objetivo de anamnese, e depois para orientação, pois estabeleceu-se uma nova dinâmica com o advento da recuperação. Vale ressaltar que a mãe de H. solicitou e então foi encaminhada para uma psicoterapia. Até hoje, 6 anos passados, H. mantém-se na psicoterapia, com frequência de uma vez por semana, trabalhando não só a manutenção da abstinência, como o manejo de dificuldades familiares e profissionais. H. agora é casado e tem um filho de um ano.

5. Conclusão

*...Tudo passa, tudo passará
E, nossa história não estará
Pelo avesso assim sem final feliz
Teremos coisas bonitas para contar
E até lá vamos viver, temos muito
Ainda por fazer, não olhe para trás
Apenas começamos. O mundo começa
Agora, apenas começamos.*

Renato Russo
Legião Urbana, *Metal Contra as Nuvens*,
disco V.

Quando li os versos acima, anotados pelo paciente H. em sua folha de despedida ao receber alta do ambulatório, perguntei a ele o que representavam naquele momento. Ele me disse que estava experimentando uma sensação de liberdade que jamais conheceu, mas que tinha a consciência de que muitas coisas estavam "apenas começando" e que isso lhe dava muito medo. Indaguei sobre o "não olhe para trás..." e ele me falou do que havia aprendido sobre insanidade, que seria repetir os mesmos erros esperando resultados diferentes, e que um de seus maiores desafios dali para a frente seria lidar com essa questão.

Os tratamentos devem ser de longo prazo (McLeelan, 2002). Esse pressuposto de McLeelan deve nos estimular a escrever um artigo exclusivamente dedicado ao assunto. A cada ano que passa os pacientes ficam mais velhos, apresentam as mesmas dificuldades ou encontram novos desafios, mantêm-se mais tempo em abstinência ou recaem depois de muitos anos, surpreendendo-nos ou não. As vicissitudes do processo são bastante complexas e merecem cada vez mais reflexões, estudos e sobretudo pesquisas.

Esperamos, com este artigo, ter ressaltado o lugar da psicoterapia no tratamento de pacientes dependentes de cocaína como um espaço importante, mas nunca exclusivo, pois o tratamento multidisciplinar parece cada vez mais efetivo.

6. Referências Bibliográficas

1. Galanter, M.; Keller, Daniel S.; Dermatis, Helen. "Network Therapy for Addiction: Assessment of the Clinical Outcome of Training". In: AM. J. Drug Alcohol Abuse, 23(3), pp. 355-367 (1997).
2. Bell, David C.; Montoya, Isaac D.; Richard, Alan J.; Dayton, Cheryl A. "The Motivation for Drug Abuse Treatment: Testing Cognitive and 12-Step Theories". In: AM. J. Drug Alcohol Abuse, 24(4), pp. 551-571 (1998).
3. O'Brien, Charles P.; McLellan, A. Thomas. "Mitos sobre o tratamento de dependência". In: J Bras Quím 2003; 4(1):6-12.
4. Carroll, Kathleen M. *Old Psychotherapies for Cocaine Dependence Revisited*. Setembro, 2000.
5. Laranjeira, Ronaldo, et alii. *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo, Editora Roca Brasil, 2004.
6. Pinsky, Ilana; Bessa, Marco Antonio. *Adolescência e drogas*. São Paulo, Editora Contexto Brasil, 2004.
7. Epstein, David H.; Hawkins, Wesley E.; Covi, Lino; Umbricht, Annie; Preston, Kenzie L. "Cognitive – Behavioral Therapy Plus Contingency Management for Cocaine Use: Findings During Treatment and Across 12-Month Follow-up". In: Psychol Addict Behav – 2003 Março; 17(1): 73-82.
8. Covi, Lino; Hess, Judith M.; Schroedes, Jennifer R.; Preston, Kenzie L. "A dose response study of cognitive behavioral therapy in Cocaine abusers". In: Journal of Substance Abuse treatment 23 (2002) 191-197.
9. Aharonovich, Efrat.; Nunes, Edward; Hasin, Deborah. "Cognitive impairment, retention and abstinence among cocaine abusers in cognitive-behavioral treatment". In: Drug and Alcohol Dependence 71 (2003) 207-211.
10. Carroll, Kathleen M.; Nicha, Charla; Sifry, Rachel L.; Nuro, Katryn F.; Frankforter, Tami L.; Ball, Samuel A.; Fenton, Lisa.; Rounsaville, Bruce J. "A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions". In: Drug and Alcohol Dependence 57 (2000) 225-238.
11. Crits-Cristoph P.; Siqueland L.; Blaine J.; Frank A.; Luborsky L., Onken L.S., Muenz L.R., Thase M.E., Weiss R.D., Gastfriend D.R., Woody G.E., Barber J.P., Butler S.F., Daley D., Sailoum I., Bishop S., Najavits L.M., Lis J., Mercer D., Grifflin M.L., Moras K., Beck A.T. "Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Study". In: Arch Gen Psychiatry. 1999;56:493-502
12. Meyer R.E. "New pharmacotherapies for cocaine dependence... revisited". In: Arch Gen Psychiatry. 1992;49:900-904.
13. Carroll K.M., Rounsaville B.J., Gordon L.T., Nich C., Jatlow P., Bisighini R.M., Gawin F.H. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. In: Arch Gen. Psychiatry. 1994;51:177-187.
14. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP). "Global illicit drug trends 2001" [online]. Viena: UNODCCP, 2001. Disponível em: URL: http://www.undep.org/adhoc/report_2001-06-26_1.pdf
15. Pechansky, F.; Luborsky L. "Abordagem psicodinâmica do paciente dependente químico". In: Elzirik, Cláudio L.; Aguiar, Rogério W.; Schestatsky Sidnei S. e cols. *Psicoterapia de Orientação Analítica – Fundamentos Teóricos e Clínicos*. Porto Alegre, Artmed, 2005.

16. Woody, G.E.; McLellan, A.T.; Bedrick, J. “Co-morbidade – um desafio no tratamento de dependência de drogas”.In: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v.17, n.3, p. 189-200, 1995.
17. Wolberg, L.R. *The technique of psychotherapy*, V. 1. Filadélfia, Grunet Stratton Inc., 1998.
18. Ramos, S.P. Anotações de conferência no XV Congresso da Abeam. São Paulo, 2003.