

**TERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL
PARA TRANSTORNOS
PSIQUIÁTRICOS**

LÍGIA M. ITO

e colaboradores

315: Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos / organizado por Lígia Montenegro Ito. — Porto Alegre : Artes Médicas, 1998.

1. Psiquiatria -- Terapia cognitivo-comportamental. I. Ito, Lígia Montenegro. II. Título.

CDU 616.89:159.92

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

ISBN 85-7307-361-6



ARIMED
E D I T O R A

TRABALHO E CRIATIVIDADE

8

Dependência de Substâncias Psicoativas

MONTIZUMA PIMENTA FERREIRA
RONALDO RAMOS LARANJEIRA

1 INTRODUÇÃO

Todas as culturas conhecidas utilizam algum tipo de substância psicoativa. Em nossa sociedade, frequentemente, o consumo dessas substâncias escapa ao controle dos usuários, acarretando graves conseqüências. Neste fim de século, abuso e dependência de substâncias constituem um dos principais problemas de saúde pública.

A dependência da nicotina é isoladamente a principal causa evitável de mortes prematuras, causando três milhões de mortes no mundo inteiro a cada ano. Pelo menos 20% das pessoas desenvolvem abuso ou dependência de alguma outra substância em algum período de suas vidas. Somente o abuso e a dependência de álcool atingem cerca de 10 a 15% dos adultos do Ocidente, sendo a principal causa de acidentes graves e mortes violentas. O consumo de drogas injetáveis é o principal fator de risco para a infecção pelo HIV e o desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), outra importante causa de mortalidade entre adultos jovens. A morbidade decorrente das dependências de substâncias é enorme: estima-se que um terço dos dependentes de substâncias psicoativas apresentem algum tipo de complicação médica.

A lista dessas complicações é longa demais para ser abordada neste capítulo, mas inclui, por exemplo, cânceres e doenças vasculares decorrentes do cigarro, doenças hepáticas e gastrintestinais causadas pelo uso do álcool, infecções como hepatite e sífilis causadas pelo uso de substâncias injetáveis (Robins & Regier, 1991).

Os prejuízos sociais resultantes do consumo de drogas, como gastos com tratamento das dependências e suas complicações, horas de trabalho perdidas,

evasão escolar, criminalidade, etc., nunca foram adequadamente avaliados em nossos países, mas supõe-se que alcancem alguns bilhões de dólares por ano.

Ao contrário do estereótipo, nenhuma classe social está livre da dependência de substâncias psicoativas. Com pequenas diferenças, sua prevalência é equivalente em todos os estratos da sociedade. Os homens são significativamente mais atingidos do que as mulheres, numa proporção que pode chegar a 9:1 em algumas culturas. Entretanto, com a atenuação das diferenças de comportamento entre os sexos, também as diferenças quanto ao uso de drogas vêm diminuindo.

Em relação ao cigarro, seu consumo já é mais freqüente entre adolescentes do sexo feminino do que entre seus colegas do sexo oposto. A dependência de drogas incide fundamentalmente entre adolescentes e adultos jovens. Infelizmente, podem se passar décadas antes da procura de tratamento (Robins & Regier, 1991).

A primeira experiência com algum tipo de droga pode ocorrer na adolescência ou pouco depois. Segue-se um período de uso ocasional, que pode progredir para o uso regular. Dependendo do tipo de droga usada, ocorre o desenvolvimento de tolerância e sintomas de abstinência. Não é raro que a dependência do álcool ou de benzodiazepínicos comece mais tarde, já na quarta ou quinta década de vida, aumentando o risco de co-morbidade psiquiátrica.

O diagnóstico de dependência é estabelecido com base em três aglomerados de sintomas: a) sintomas de adaptação fisiológica; b) sintomas de dificuldade de controle e prejuízos pelo uso da substância; c) saliência do comportamento de consumo.

O Quadro 1 traz os critérios do DSM-IV (APA, 1994) para dependência de substância psicoativa. Três deles devem estar presentes durante um período de um ano para o estabelecimento de um diagnóstico. Casos mais leves são agrupados sob a rubrica de abuso de substâncias psicoativas, uma categoria residual (Quadro 2).

Quadro 1. Critérios para dependência de substância (DSM-IV, APA, 1994)

Um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativos, manifestado por três ou mais dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer época, num período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por um dos seguintes critérios:
 - a) necessidade de quantidades nitidamente aumentadas da substância para atingir intoxicação ou o efeito desejado;
 - b) efeitos nitidamente diminuídos com o uso contínuo da mesma quantidade de substância.
 2. Síndrome de abstinência manifestada por um dos seguintes critérios:
 - a) síndrome de abstinência característica da substância;
 - b) a mesma substância (ou alguma estreitamente relacionada) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
 3. A substância é freqüentemente usada em quantidades maiores, ou por um período de tempo mais longo, do que tencionado.
 4. Um desejo persistente ou esforço mal-sucedido de interromper ou controlar o uso da substância.
-

Quadro 1. Critérios para dependência de substância (DSM-IV, APA, 1994) (continuação)

5. Grande parte do tempo é gasta em atividades necessárias para obter a substância, usá-la, ou recuperar-se de seus efeitos.
6. Redução ou abandono de atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais importantes por causa do uso da substância.
7. Uso continuado da substância, apesar de ter conhecimento de um problema social, psicológico ou físico persistente ou recorrente que seja causado ou exacerbado pelo uso de substância.

Quadro 2. Critérios para abuso de substâncias psicoativas (DSM-IV, APA, 1994)

1. Padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes sintomas:
 - a) uso constante da substância, resultando na falência para preencher obrigações no trabalho, na escola ou em casa;
 - b) uso constante da substância em situações fisicamente comprometedoras;
 - c) problemas legais constantes relacionados ao uso da substância;
 - d) uso contínuo da substância apesar de ter um problema social ou interpessoal persistente ou constante, ou que seria exacerbado pelos efeitos da substância;
2. Nunca preencher os critérios para dependência para esta substância.

As substâncias psicoativas podem ser classificadas em: a) depressoras do sistema nervoso central: álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, opióides, etc.; b) estimulantes do sistema nervoso central: cocaína, anfetaminas, nicotina, etc.; c) alucinógenos e psicomiméticos: *cannabis*, LSD, etc.

Embora o estudo da farmacologia dessas drogas fuja ao objetivo deste capítulo, o leitor é alertado de que deve conhecer este assunto. Para tanto, é sugerida a consulta a um livro padrão de farmacologia (Hardman e cols., 1996).

Este capítulo abordará as principais características, a avaliação e o tratamento da dependência de substâncias psicoativas, particularmente a nicotina, o álcool, os benzodiazepínicos e a cocaína, uma vez que essas drogas são as mais frequentemente associadas aos transtornos depressivos e ansiosos.

2.1 Nicotina

O consumo de cigarros é lícito e razoavelmente aceito em nosso país. Poucas pessoas o consideram uma forma de dependência. Nada mais errado. Conforme relatório de 1988 do *Surgeon General* americano, o consumo de cigarros e outros derivados do tabaco é uma forma de dependência. A substância contida nos cigarros, que mantém essa dependência, é a nicotina. Essa droga é um estimulante poderoso que atinge o cérebro cerca de vinte segundos depois de um cigarro ser tragado. Sensação de prazer e bem-estar, aumento da vigilância e do desempenho em tarefas que exigem a manutenção de atenção, são efeitos psicoativos reconheci-

dos da nicotina. A maioria dos fumantes relata, também, que usam os cigarros para relaxar em situações de estresse, embora esse efeito da nicotina ainda não tenha sido suficientemente comprovado.

2.2 Álcool e benzodiazepínicos

O álcool é uma das drogas mais utilizadas em nosso país. Estima-se que seja consumida por mais de 70% dos adultos. Um quarto desse total desenvolve abuso ou dependência em algum período da vida (Robins & Regier, 1991). À semelhança dos benzodiazepínicos, o álcool é um depressor do sistema nervoso central, com efeitos sedativos e hipnóticos; a liberação de dopamina e peptídeos opióides no sistema nervoso central parece mediar alguns de seus efeitos prazerosos. A síndrome de abstinência alcoólica pode ser bastante desconfortável. Tipicamente, inicia-se nos dois primeiros dias depois do último gole, cursando com ansiedade, irritabilidade, insônia, tremores, náuseas. Quando grave, pode evoluir com convulsões e *delirium tremens*.

Os sintomas de abstinência a benzodiazepínicos costumam ser mais leves do que os de álcool. Seu tempo de instalação depende da meia-vida do composto utilizado. A capacidade desse grupo de reforçar o próprio uso parece se dar por mecanismos diferentes daqueles que se observam no caso do álcool, sendo menos freqüente o desenvolvimento de sintomas comportamentais de dependência.

2.3 Cocaína

O consumo de cocaína cresceu em proporções epidêmicas durante a década de oitenta, tornando-se o principal motivo de procura de tratamento em alguns centros especializados em dependências de substâncias. A cocaína pode ser aspirada, injetada ou fumada na forma de *crack*. Seu uso causa uma forte sensação de bem-estar, de aumento de energia e da capacidade de concentração. Entretanto, esses efeitos duram apenas alguns minutos, fazendo com que seu uso seja eventualmente repetido. O desenvolvimento de tolerância é rápido e a síndrome de abstinência é caracterizada por letargia, sonolência, dificuldade de concentração e humor depressivo.

3 DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E TRANSTORNOS DO HUMOR

Todas as drogas citadas podem dificultar o tratamento de transtornos depressivos ou ansiosos, da mesma maneira que a presença desses transtornos costuma dificultar o tratamento da dependência de substâncias psicoativas.

A associação entre alterações do humor e ansiedade, por um lado, e dependências de substâncias, por outro, é significativamente maior do que seria esperado

pelo acaso. Mais da metade de dependentes sofre de depressão ou de algum transtorno ansioso e pelo menos 40% dos deprimidos é dependente de uma substância além da nicotina, o mesmo ocorrendo com os ansiosos.

As síndromes psiquiátricas mais comumente identificadas entre os dependentes são depressão e distímia, pânico com ou sem agorafobia e fobia social. Transtorno de ansiedade generalizada, do estresse pós-traumático e mania não são raros.

A explicação tradicional para essa associação é a chamada *hipótese da automedicação*. Essa teoria propõe que portadores de ansiedade ou depressão, na tentativa de controlar seus sintomas, têm maior probabilidade de desenvolver dependência de substâncias. Embora plausível, a hipótese vem sendo considerada simplista por não levar em consideração a possibilidade da existência de fatores de risco que predisponham tanto às dependências, de um lado, quanto aos transtornos depressivos e ansiosos, de outro.

Além disso, estudos mais recentes têm demonstrado que a maior parte das síndromes depressivas e ansiosas de farmacodependentes instalam-se depois do início do consumo de substâncias e podem ser explicadas como sintomas crônicos de abstinência. Tais sintomas melhoram quando o uso da substância é interrompido por quatro semanas ou mais. Como tanto um quanto outro grupo de transtornos pode ser primário ou secundário ao outro, essa distinção deve basear-se na evidência de que o transtorno de humor ou ansioso antecede a dependência ou se mantém, apesar de um período significativo de abstinência. A existência de antecedentes de transtornos depressivos ou de ansiedade na família também reforça a possibilidade da ocorrência de um transtorno primário do humor em um paciente dependente de substâncias psicoativas. O mesmo raciocínio vale para a relação entre mania e dependências: os sintomas tanto podem ser causados pelo uso de estimulantes e outras drogas quanto predispor um indivíduo ao consumo dessas substâncias (Minkoff, 1997).

4 O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA

Surpreendentemente, a importância do consumo de substâncias na manutenção de quadros depressivos e ansiosos costuma passar despercebida. Por diversos motivos, os pacientes podem deixar de fornecer esta informação por conta própria. A indagação ativa, explícita e minuciosa sobre o consumo de substâncias psicoativas deve fazer parte da avaliação de todo paciente deprimido, eufórico ou ansioso. Quando necessário, o clínico deve recorrer a informações de familiares, amigos, companheiros de trabalho ou outras pessoas significativas, ou, ainda, à realização de exames toxicológicos para maiores esclarecimentos sobre a situação. O recurso a outras fontes de informação costuma acrescentar dados, mesmo nos casos de pacientes que admitem espontaneamente o consumo de drogas. As informações obtidas podem descortinar a extensão do problema, o consumo de drogas não-citadas e contribuir para diminuir a resistência ao tratamento da dependência.

A avaliação de um paciente potencialmente dependente de substâncias psicoativas deve incluir uma história minuciosa do uso de cada droga em questão, bem como informações sobre os efeitos clínicos, psicológicos e comportamentais decorrentes desse uso. Dados a respeito do desenvolvimento pessoal e da história familiar e social do sujeito são igualmente fundamentais, assim como uma avaliação médica geral e informações sobre tratamentos prévios realizados e seus resultados.

Realizado o diagnóstico, no entanto, nem todos os dependentes de substâncias encontram-se prontos para o tratamento. Pacientes que se apresentam para tratamento de outros transtornos podem ter dificuldade de aceitar seus problemas com drogas. Tentativas de negá-los ou racionalizá-los, pela necessidade de controlar sua ansiedade ou depressão, são comuns.

Prochaska e Di Clemente (citados por Laranjeira e Nicastri, 1996) propuseram, em 1982, uma classificação de diferentes estágios de prontidão para o tratamento que tem implicações clínicas. O primeiro deles é o chamado estágio de pré-contemplação, no qual o usuário de uma droga não planeja mudar seu comportamento em um futuro próximo. Isto, às vezes, ocorre por ele acreditar que os benefícios do uso de uma droga compensam um possível e eventual custo de seu abandono, ignorando os efeitos negativos do uso da droga. Esses efeitos negativos podem ser subestimados por falta de informação ou *insight*, ou negação pura e simples. O estágio seguinte é o da contemplação, em que os custos e os benefícios do uso da droga podem ser avaliados de uma forma um pouco mais realista e a possibilidade de considerar alguma mudança de comportamento é mais presente. Esse estágio pode durar de minutos a anos. O terceiro estágio é o da ação, no qual são feitas mudanças concretas. Essas mudanças de comportamento podem ser das mais variadas: o indivíduo pode tentar diminuir o consumo por si mesmo, pode conversar com alguém importante, como familiares, padre, etc., sobre o seu problema ou pode ir à busca de tratamento especializado. O estágio final envolve a manutenção, em que mudanças significativas no estilo de vida devem ser feitas para consolidar a nova forma de comportamento sem a substância. Infelizmente, após passar por esses estágios, existe a possibilidade de uma recaída. Após essa recaída, o ciclo pode recomeçar do estágio de pré-contemplação ou de qualquer um dos outros estágios. E, para uma grande parte dos pacientes, ficar girando por este ciclo seria uma forma de perpetuar o processo de dependência.

Uma artificio comum para motivar os pacientes a largarem as drogas é a discussão de prós e contras de seu uso. A confecção de uma matriz de decisão, como a apresentada na Figura 1, pode ajudar nessa etapa. Além de facilitar o processo de tomada de decisão, sua formulação costuma ajudar a explicitar os fatores que mantêm o uso de drogas ou dificultam sua interrupção.

5 TRATAMENTO

O tratamento da dependência obedece a três princípios fundamentais: a) abstinência; b) reabilitação física e psicossocial; c) prevenção de recaídas. A terapia

cognitivo-comportamental é indicada para o tratamento da dependência, uma vez que esse problema deve ser abordado de forma diretiva, prática e com objetivos definidos. A finalidade é a de ajudar o paciente a eliminar comportamentos disfuncionais (dependência), substituindo-os por outros mais adaptativos. A sistematização apresentada abaixo não pretende constituir uma revisão extensa do assunto, mas refletir a experiência dos autores. Uma revisão pode ser obtida pela consulta às diretrizes da Associação Psiquiátrica Norte-Americana para o tratamento de dependências de substâncias (*Workgroup on substance use disorders*, 1995). Referências importantes são os trabalhos de Marlatt & Gordon (1993) e Beck e colaboradores (1993).

	<i>Prós</i>	<i>Contras</i>
Continuar a usar drogas (ou cocaína, álcool, cigarros, etc.)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Deixar de usar drogas (ou cocaína, álcool, cigarros, etc.)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Figura 1. Matriz de decisão (adaptado de Beck e cols., 1993).

5.1 Atingindo a abstinência

A abstinência é o primeiro passo e o objetivo básico do tratamento. Muitos pacientes resistem à idéia de que têm problemas com drogas e, mais ainda, à idéia de que deverão abandoná-las por completo. É comum a idéia de que irão se abster por algum tempo para depois voltar a usar a droga de modo controlado. Uma variante dessa idéia é a de que necessitam abster-se apenas da droga "principal", podendo continuar a usar outras "mais leves". Exemplos típicos incluem parar de usar cocaína, mas continuar a fumar maconha, ou deixar de beber destilados e consumir apenas cerveja. Desnecessário salientar que tais propostas minam o tratamento por, pelo menos, dois motivos: mantêm a prática de modular o estado psíquico por meio de substâncias e expõe o paciente ao ambiente associado ao consumo de drogas.

Com exceção da dependência de nicotina, em que a data para o início da abstinência pode ser negociada, é aconselhável que o abandono das drogas comece já na primeira consulta, ou até antes, no caso de contato telefônico prévio. A retirada de álcool, cocaína e outros estimulantes deve ser imediata. Da mesma

cognitivo-comportamental é indicada para o tratamento da dependência, uma vez que esse problema deve ser abordado de forma diretiva, prática e com objetivos definidos. A finalidade é a de ajudar o paciente a eliminar comportamentos disfuncionais (dependência), substituindo-os por outros mais adaptativos. A sistematização apresentada abaixo não pretende constituir uma revisão extensa do assunto, mas refletir a experiência dos autores. Uma revisão pode ser obtida pela consulta às diretrizes da Associação Psiquiátrica Norte-Americana para o tratamento de dependências de substâncias (*Workgroup on substance use disorders*, 1995). Referências importantes são os trabalhos de Marlatt & Gordon (1993) e Beck e colaboradores (1993).

	<i>Prós</i>	<i>Contras</i>
Continuar a usar drogas (ou cocaína, álcool, cigarros, etc.)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Deixar de usar drogas (ou cocaína, álcool, cigarros, etc.)	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Figura 1. Matriz de decisão (adaptado de Beck e cols., 1993).

5.1 Atingindo a abstinência

A abstinência é o primeiro passo e o objetivo básico do tratamento. Muitos pacientes resistem à idéia de que têm problemas com drogas e, mais ainda, à idéia de que deverão abandoná-las por completo. É comum a idéia de que irão se abster por algum tempo para depois voltar a usar a droga de modo controlado. Uma variante dessa idéia é a de que necessitam abster-se apenas da droga "principal", podendo continuar a usar outras "mais leves". Exemplos típicos incluem parar de usar cocaína, mas continuar a fumar maconha, ou deixar de beber destilados e consumir apenas cerveja. Desnecessário salientar que tais propostas minam o tratamento por, pelo menos, dois motivos: mantêm a prática de modular o estado psíquico por meio de substâncias e expõe o paciente ao ambiente associado ao consumo de drogas.

Com exceção da dependência de nicotina, em que a data para o início da abstinência pode ser negociada, é aconselhável que o abandono das drogas comece já na primeira consulta, ou até antes, no caso de contato telefônico prévio. A retirada de álcool, cocaína e outros estimulantes deve ser imediata. Da mesma

precisam ser tratados. Dessa forma, no início do tratamento, o paciente deve ser examinado quanto a possíveis seqüelas clínicas, como desnutrição, doenças hepáticas, cardiovasculares ou neurológicas, infecções, entre outras.

Muitas vezes, a dependência afeta profundamente o estilo de vida do paciente, que pode passar a girar em torno da procura, do uso da droga ou da recuperação de seus efeitos. Mesmo no caso do tabagismo, razoavelmente bem aceito pela sociedade e compatível com a realização de outras atividades, o uso de droga costuma estar presente na maior parte das situações importantes do cotidiano. O álcool, a cocaína e diversas outras drogas afetam mais profundamente o estado mental e não costumam ser compatíveis com a manutenção de uma vida equilibrada, implicando, muitas vezes, em problemas escolares, desemprego, rompimento de amizades, de casamentos ou de outros vínculos significativos. A importância cada vez maior que o consumo de drogas adquire para o paciente pode vir a acentuar essa tendência, com o abandono de atividades produtivas e de lazer. Principalmente no caso de drogas ilícitas, o paciente, pode se expor a problemas com a lei, dificultando ainda mais sua reabilitação. Cada uma dessas áreas, como família e outros vínculos interpessoais, trabalho, estudos e lazer, merece atenção específica no processo de reabilitação.

Dessa forma, dependentes de drogas podem ter perdido o emprego ou deixado os estudos, se afastado dos amigos não-usuários de drogas e limitar suas atividades ao necessário para obter e consumir a droga. Quando interrompem o consumo de substâncias psicoativas, com frequência vêm-se isolados em um pequeno mundo em que muito pouca coisa acontece e que lhes é aborrecido ou lhes causa ansiedade. Essa situação é uma séria ameaça ao tratamento. O dependente pode precisar reaprender a frequentar ambientes onde não se consome droga, a retomar amizades sadias (ou fazer novas amizades), a se concentrar para estudar ou trabalhar, para citar apenas alguns exemplos. Para tanto, uma boa dose de treinamento de habilidades sociais pode ser necessária.

Para muitos especialistas da área, o tratamento de dependentes do álcool ou de drogas ilícitas deve necessariamente incluir a participação de familiares. Mesmo quando não é possível ou desejável a realização de um processo global de terapia familiar, a inclusão de um ou mais membros da família no processo de tratamento pode ajudar a manter o paciente longe das drogas e facilitar sua reinserção social. Nesse sentido, Marc Galanter (1994) propõe um modelo denominado *network therapy*, o qual recorre a familiares e outras pessoas significativas para montar uma rede social para ajudar o paciente a evitar recaídas. Nesse caso, os familiares são vistos como co-terapeutas e auxiliares do clínico no processo de tratamento.

Em outras situações, a dependência influencia e sofre influência significativa da situação familiar. Pode ser necessário, nesses casos, um enfoque terapêutico para a detecção e a modificação de padrões de interação familiares caracterizados por críticas frequentes, conflitos abertos e outros fatores que podem contribuir para a manutenção da dependência ou dificultar a readaptação das famílias ao fim da dependência.

5.3 Prevenção de recaídas

Mais de 70% dos dependentes têm recaídas até seis meses ou um ano depois de deixarem as drogas. Evitar a recaída é um aspecto fundamental do tratamento, tido muitas vezes como sua própria essência. Sob a rubrica de prevenção de recaídas, agrupa-se um conjunto de intervenções que inclui identificar situações de risco, praticar as respostas a serem emitidas nessas situações, evitar a reação de violação de abstinência, equilibrar o estilo de vida e estabelecer auto-recompensas. O enfoque da prevenção de recaídas é eclético, na medida em que os recursos o permitem, podendo-se utilizar técnicas variadas de diferentes correntes psicológicas.

A maioria das recaídas ocorre em situações marcadas por afeto negativo, situações de conflito interpessoal ou pressão no trabalho, em reuniões sociais em que há uso de drogas ou quando o dependente está descansando em casa, sozinho. Este deve, então, aprender a identificar tais situações, planejar e treinar como evitá-las, modificá-las ou enfrentá-las.

Para tanto, pode ser útil o emprego de técnicas de automonitoração. Por exemplo, pode-se solicitar ao paciente que anote a ocorrência de impulsos para usar a droga, o horário e o local em que ocorreram, com quem se encontrava e o que estava fazendo, pensando e sentindo na ocasião e como reagiu diante do impulso.

Existem diversos fatores que podem ser considerados facilitadores de recaídas. A seguir, destacamos alguns deles, incluindo algumas sugestões de como abordá-los. Claro que as estratégias específicas para cada paciente e situação devem ser discutidas caso a caso. O emprego de fichas ou cadernetas em que se anotem cada situação de risco e as respectivas estratégias de enfrentamento, também pode ser um recurso valioso. Da mesma forma, pode ser necessário o aperfeiçoamento e treinamento de estratégias específicas de enfrentamento dessas situações, incluindo-se a utilização de técnicas de modelagem de comportamentos e *role playing*.

5.4 "Fissura"

Provavelmente, a característica mais incômoda da abstinência de drogas é a "fissura", experimentada por muitos ex-dependentes como uma forte sensação de compulsão para voltar a usar a droga. Essa compulsão pode surgir repentinamente, sem motivo identificável, costuma ser mais freqüente e intensa nas primeiras semanas e é uma fonte importante de preocupação e angústia pela possibilidade de desencadear recaídas. Os mecanismos envolvidos nesta compulsão não são bem conhecidos, mas algumas condições que facilitam o seu desencadeamento podem ser identificadas pela automonitoração.

Com o tempo, muitas vezes esse processo permite que se descortinem cadeias complexas de eventos que levam a um impulso para usar drogas, que antes era

tido como repentino e inexplicável. Isto, é claro, possibilita o desenvolvimento de técnicas específicas de enfrentamento.

Por outro lado, o enfrentamento agudo do impulso para usar drogas inclui estratégias como abandonar a situação ou relaxar. Dependentes de substância, freqüentemente, encaram a “fissura” como irresistível, algo que não passa, a não ser que cedam e usem a droga. A possibilidade de relaxarem, enquanto se reasseguram de que aquela premência deverá passar em pouco tempo, representa uma tática valiosa para aumentar o autocontrole.

5.5 Reexposição e pressão social

A maioria dos ex-dependentes refere que a exposição a situações anteriormente associadas ao uso de droga pode trazer de volta a vontade de usá-la. Refeições, freqüentar bares ou casas noturnas, participar de festas, bater papo à beira da piscina ao cair da tarde, ter que relaxar para realizar um trabalho ou durante um encontro social tenso são, por exemplo, algumas das situações freqüentemente relatadas como desencadeantes do desejo de beber álcool. Particularmente significativas são aquelas em que há uma certa “pressão social” para o uso, tais como a presença de outros dependentes, a disponibilidade ou oferta, a visão ou o odor de drogas ou, no sentido mais estrito da expressão, o oferecimento e insistência para que se consuma a droga. Por exemplo, dependentes do álcool costumam julgar particularmente perturbadora a visão de alguém bebendo cerveja ao final de uma tarde de verão. Nesse caso, a dificuldade de evitar beber pode aumentar se quem estiver bebendo for uma pessoa conhecida e oferecer bebida.

Mais uma vez, o enfrentamento de situações em que ocorre o uso de drogas ou pressão para seu uso varia bastante de caso para caso. Felizmente, muitos pacientes podem perceber a dificuldade de se manter abstinentes se continuarem freqüentando ambientes complacentes com o consumo de drogas ilícitas. Dessa forma, geralmente acabam por concordar em se afastar de boa parte desses círculos. No entanto, nem sempre é possível se evitar todos círculos onde há drogas, sendo o álcool uma presença bastante constante em nossa sociedade. Nesse caso, precisarão desenvolver estratégias de enfrentamento muitas vezes mais complexas. Por exemplo, um dependente de álcool pode necessitar praticar bastante o confronto com situações facilitadoras até ser capaz de recusar o oferecimento de bebida feito por uma anfitriã gentil ou se for acompanhado por uma brincadeira machista de seus amigos.

5.6 Erros cognitivos

Conforme passa o tempo desde o último episódio de uso de drogas, freqüentemente surgem idéias disfuncionais que podem solapar a decisão inicial de abandonar o vício. Essas idéias também podem ser detectadas pela automonitoração, mas

muitas vezes surgem nas consultas com o paciente, à medida que ele expõe suas dificuldades. Abaixo encontram-se alguns exemplos dessas idéias, bem como algumas possibilidades de contraposição a elas:

- "um cigarro (uma bebida, uma "carreira", etc.) só não vai fazer mal; já passei tanto tempo sem usar; agora consigo controlá-lo." Infelizmente, as dependências deixam "cicatrizas", ou uma "memória bioquímica". A tendência a recair é grande e não vale a pena colocar todo o esforço em risco por estas de uma vez. Possivelmente, as idéias de que a droga pode ser controlada já ocorreram em tentativas anteriores de parar de usá-la e não se confirmaram.
- "o tratamento é muito duro, proíbe muitas coisas, como álcool e café, por exemplo". O paciente deve reconhecer que a dependência é uma doença grave e de tratamento difícil, o qual precisa ser encarado com seriedade. Outras doenças graves têm tratamentos ainda mais drásticos.
- "a droga é apenas mais um mal à saúde de quem vive em uma cidade grande" ou "se o cigarro ou o álcool fossem tanto mal, sua venda não seria permitida". O cigarro é a principal causa evitável de morte prematura. Parar de fumar é a medida isolada de maior impacto sobre a qualidade e a expectativa de vida que um fumante pode tomar e o mesmo se pode dizer sobre as outras drogas, no caso de uma dependência já instalada. A tolerância social em relação às drogas costuma ser superestimada pelos dependentes e se deve mais ao desconhecimento das consequências de seu uso do que à sua segurança.
- "já usei tanta droga que não adianta mais parar." Ganhos de saúde são demonstráveis até mesmo no caso de fumantes que param de fumar após os sessenta anos.
- "conheço pessoas que fumavam (ou beberam, etc.) e viveram até os noventa anos." Isto é uma questão de estatística. Todos já tivemos falar de pessoas que sobreviveram a quedas de vários andares. Isto não faz com seja aconselhável saltar de um edifício.

5.7 Estados afetivos desfavoráveis

A maior parte das recaídas de dependência de substâncias acontece quando o dependente experimenta estados afetivos desfavoráveis. Entre estes, são particularmente importantes a ansiedade, "preocupação", tristeza, irritação ou raiva e tédio. Os pacientes devem ser ajudados a reconhecer essas associações e a planejar de antemão como lidar com elas. Isto pode requerer recursos muito diversos, como a familiaridade de técnicas de relaxamento, detecção e confrontação de idéias disfuncionais e resolução de problemas.