

Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em Dependência Química

Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Abuse Disorders

Cláudio Jerônimo da Silva ¹

1 – Coordenador de Ensino da Unidade de Pesquisa em Álcool e Droga (UNIAD) -
Departamento de Psiquiatria - Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina
(UNIFESP / EPM). Vice presidente da Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva (ABPC)

Introdução

Nas últimas décadas houve um grande avanço no uso clínico da Terapia Cognitiva (TC) aplicada a diversos Transtornos Psiquiátricos (Transtorno de Ansiedade; Transtorno de Personalidade; Transtornos Alimentares; Diversas Situações de crise ¹ e Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas ^{2, 3, 4, 5}). Esse interesse sobre TC se deveu aos resultados promissores de pesquisas controladas que confirmaram sua eficácia para o tratamento da Depressão quando comparada a grupos controles ⁶. A partir de então, a Terapia Cognitiva ^{6, 7, 8}, a Terapia Comportamental (BT) ⁹, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ^{10, 11} foram pesquisadas para outros transtornos mentais e mostraram-se eficazes, em vários estudos clínicos, para o tratamento da Dependência Química e dos outros transtornos psiquiátricos.

Este artigo não pretende esgotar o assunto das Terapias de linhas Comportamentais e Cognitivas. Ele se propõe a discutir com mais detalhes: (1) as teorias cognitivas e comportamentais; (2) as principais técnicas da TC; e (3) as técnicas utilizadas pela Prevenção de Recaída (PR) ⁸ e Treinamento de Habilidades (TH) ¹³.

O elo entre a teoria cognitiva e a teoria comportamental

Pela teoria cognitiva, a Dependência Química resulta de uma interação complexa entre cognições (pensamentos, crenças, idéias, esquemas, valores, opiniões, expectativas e suposições) ¹⁴; comportamentos; emoções; relacionamentos familiares e sociais; influências culturais; e processos biológicos - fisiológicos ¹¹. A TC, obviamente, focaliza primordialmente os processos cognitivos ^{12, 15}. Estes processos cognitivos, por sua vez, interagem com os sistemas emocionais, ambientais e fisiológicos determinando se uma pessoa terá maior ou menor probabilidade de ser dependente ^{16, 17}.

A prática clínica da TC prescinde da teoria ³. Assim, a TC pode ser considerada a aplicação da teoria cognitiva de psicopatologia, a um caso individual ^{15, 18}. Ela relaciona os vários transtornos psiquiátricos a variáveis cognitivas específicas, e se fundamenta em vários princípios formais e abrangentes ^{10, 11}. Na teoria da TC a natureza e a função do processamento de informação e de atribuição de significados aos acontecimentos da realidade, constituem a chave para entender o comportamento mal adaptado ¹¹.

A teoria comportamental da dependência química tem seu foco nas teorias do aprendizado social (condicionamento clássico, aprendizagem instrumental e modelagem) ⁹, que será detalhado mais adiante. Entretanto, cognições e comportamentos têm íntima relação ³. A teoria cognitiva tem como uma de suas premissas básicas o fato de que a cognição tem primazia sobre a emoção e sobre o comportamento ¹⁹. Em outras palavras, para a teoria cognitiva, mais importante do que a situação real são as cognições associadas a elas. São as avaliações

atribuídas à situação específica que influenciam as emoções e os comportamentos ^{19, 15}. Além disso, no processo terapêutico as mudanças cognitivas precedem as mudanças emocionais e comportamentais ¹⁹.

Embora haja significativas diferenças entre a teoria cognitiva e a teoria comportamental, tem sido debatido, ultimamente, que a teoria cognitiva constitui-se como unificadora para a psicoterapia e para a psicopatologia ¹⁰. A TC utiliza um conjunto de técnicas dentro do enquadre do modelo cognitivo da psicopatologia ¹², mas utiliza também técnicas derivadas dos modelos comportamentais ¹⁰. Dada esta complexa relação, recomendamos que a Terapia Cognitiva, a Terapia Comportamental e principalmente a combinação delas sejam aplicadas por profissionais devidamente treinados, com formação, e que dominem o conhecimento teórico ^{1, 10}. Já a Prevenção de Recaída ⁸ e o Treinamento de Habilidade ¹³ não consistem formalmente num modelo de Terapia. A PR e o TH assentam-se nas teorias cognitivas e comportamentais, e sua aplicação clínica baseia-se em técnicas mais aprimoradas para o comportamento de uso de drogas. Portanto, a PR e o TH são ideais para serem utilizados pelos psiquiatras gerais, com treinamento adequado, sem a necessidade da formação nem das supervisões recomendadas por Beck no caso da TC e TCC ²⁰.

Teorias e Técnicas Comportamentais aplicadas à Dependência Química

Vários estudos controlados, aleatórios, mostraram a eficácia da BT para redução do uso de drogas e problemas associados ⁹. Ela pode ser aplicada em diferentes locais (ambientes hospitalares, ambulatoriais e domiciliares), e em diferentes modalidades (individual, grupal e familiar) ⁹. A BT dispõe de diversas técnicas, descritas a seguir, e ainda pode ser combinada com outras modalidades de tratamento como a Entrevista Motivacional ²¹. A BT se concentra em estratégia para modificação e melhora do estado motivacional ^{22, 23} e explora comportamentos associados ao uso de drogas, com vistas a mudar o estilo de vida e os comportamentos de risco para uso de droga ⁸.

Teorias, técnicas e estrutura das sessões.

As teorias que sustentam a BT remontam às clássicas experiências laboratoriais do início do século XX, que representaram um marco na história da psicologia ^{24, 25, 26}. Descreveremos a seguir as principais teorias.

Teoria do Aprendizado Social

De acordo com Heather, 1997 ²⁶, o Homem não é um ser totalmente racional. Persistem na espécie *Homo sapiens* processos instintivos ^{22, 23, 24}. Este mecanismo instintivo permite que as pessoas ajam pelos meios nos quais estão mais acostumadas a fazê-lo. A teoria do Aprendizado Social ²⁴ estuda de forma sistemática como os humanos aprendem a agir, pensar e sentir em determinadas circunstâncias ²⁴. Esse aprendizado se dá em diversos níveis, mas destacaremos

aqui, os dois principais: (1) Condicionamento Clássico ²⁵; e (2) Aprendizagem Instrumental ²⁶.

Condicionamento clássico

Pavlov, 1904, ²⁶ conduziu um experimento em laboratório que demonstrou que um estímulo neutro poderia ser transformado em estímulo condicionado pelo aprendizado. Ao tocar um sino (estímulo neutro) e oferecer carne repetidas vezes a um cão (estímulo não condicionado) este salivava. Depois de certo tempo, ao tocar o sino, mesmo na ausência da recompensa, o cão ainda salivava. O barulho do sino passou a ser um estímulo condicionado ao alimento e a salivação se tornou uma resposta condicionada ao barulho do sino ²⁴. Este modelo pode ser aplicado aos comportamentos humanos. Chidress e col, 1993 ²⁴, mostrou a relação entre a exposição de pacientes a determinadas situações, lugares, objetos e pessoas, com a reação deles a estes sinais e afirmou que esse conhecimento poderia ser útil para melhorar a habilidade de enfrentamento dos pacientes ao uso de drogas.

Observemos que o foco da teoria comportamental está nas situações de alto risco e no comportamento de uso de droga ⁹. A teoria cognitiva tem seu foco voltado às cognições que evocam a fissura, e os pensamentos e crenças que facilitam o comportamento de busca e de uso da droga ^{27, 28, 29}.

Técnicas para aplicação clínica com base nesta teoria

Baseando-se nesses princípios, o terapeuta comportamental faz um mapeamento, junto com o paciente, sobre as situações, lugares, companhias, etc, que estão condicionadas ao uso da droga. Ele ajuda o paciente a reconhecer estes sinalizadores⁸, e a traçar novos comportamentos visando desfazer alguns estímulos que se condicionaram ao uso da droga^{27, 28, 29}.

Aprendizagem Instrumental

Esta teoria decorre da existência de primórdios biológicos que atraem os humanos para a busca de prazer imediato e evitação das situações que os privam de satisfação ou impõe sofrimento²⁴. O maior expoente do Condicionamento Operante foi Skinner²⁵. Ele demonstrou que reforços positivos (satisfatórios) ou negativos (desprazer) influenciavam o comportamento. A BT postula que a vida do dependente químico é desprovida das recompensas cotidianas (contatos sociais, amigos, diversões). Além disso, os pacientes têm dificuldades para lidar com afetos negativos, com críticas ou com frustrações⁹.

Por outro lado, os próprios efeitos bioquímicos da drogas provocam sintomas desagradáveis e disfóricos na ausência de droga. De acordo com a teoria da Aprendizagem Instrumental, a droga representa um reforço positivo momentâneo, para o paciente que não encontra recompensas em outros comportamentos⁹.

Técnicas para aplicação clínica com base nesta teoria

O terapeuta comportamental encoraja o paciente a encontrar prazer em outras situações que não ofereça riscos e ajuda no manejo da síndrome de abstinência, com vistas a encontrar outras recompensas que não seja pelo uso da droga.³⁰ Atualmente, com os avanços das pesquisas neuroquímicas em Dependência Química, esta técnica pode ser questionada por dois caminhos: (1) Pesquisas recentes postulam a hipótese de que algumas pessoas apresentam uma dificuldade biologicamente determinada para obter prazer em atividades cotidianas e tendem a buscá-lo em atividades de risco como esportes radicais e uso de drogas. Postulou-se que essas pessoas tinham “Deficiência do Sistema de Recompensa Cerebral”³¹. Embora ainda não comprovada, esta teoria invalidaria a técnica de busca por atividades prazerosas em coisas simples.

(2) Na busca por outras atividades recompensadoras o paciente pode manter algumas cognições distorcidas. Ele pode esperar que encontre em alguma atividade livre de riscos o mesmo prazer, intenso e imediato, ocasionado no momento de uso de droga. Entretanto, por questões óbvias, nenhum prazer se equipara àquele ocasionado pela droga e o paciente pode se frustrar, e passar a não acreditar na terapia e no terapeuta. O terapeuta comportamental deveria estar atento a estas questões, para não gerar expectativas infundadas.

Outra técnica utilizada com base na Teoria da Aprendizagem Instrumental são as abordagens psico-sociais descrita por Budney e Higgins^{32, 33}. Eles incorporaram na terapia alguns reforços positivos - os *Vouchers*³⁴. Este programa de tratamento necessita de três amostras semanais de urina para *screening* de droga. Na ausência de droga ao exame, o paciente recebe um sistema de

Vouchers atribuindo pontos que podem ser trocados por objetos consistente com um estilo de vida sem drogas, por exemplo, artigos desportivos, bilhetes para espetáculos culturais, e cinemas.

Em dois estudos clínicos controlado, Higgins e colaboradores, 1991 e 1993^{32, 33}, observaram alta taxa de aceitação, retenção e abstinência nos pacientes que seguiram o programa baseado em *Vouchers*, quando estes foram comparados com os pacientes que receberam o tratamento padrão. Ao substituir os *Vouchers* por outras formas de incentivos de menor valor, os desfechos não apresentaram diferenças significativas se comparado ao Sistema de *Vouchers*³⁴.

Teoria e Técnica Cognitiva aplicada à dependência química.

A TC é uma abordagem estruturada ou semi estruturada, diretiva, ativa e de prazo limitado^{19, 20}. Ela se fundamenta 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^{6, 20}. Neste 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.). Por exemplo, imaginemos um indivíduo que chega à garagem do seu prédio e percebe que esqueceu as chaves do carro no apartamento. Ele pode avaliar esta situação de várias maneiras. Exemplifiquemos duas: (1) ao perceber que está sem as chaves, ele pode pensar que é uma pessoa “azarada”, que seu

dia começara ruim; a emoção que acompanha essa avaliação é tristeza e desânimo. Com este sentimento , seu desempenho no trabalho tende a ser baixo.

(2) ele pode, ao contrário, pensar que se subir ao apartamento para pegar as chaves vai se atrasar. A emoção que ocorre neste caso é ansiedade. Ele chega ao trabalho tão ansioso que não consegue seguir a programação do dia: seu desempenho também cai.

O objetivo da TC é reestruturar as cognições disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva no momento de avaliar situações específicas ¹⁵, como a exemplificada acima. A TC visa à resolução de problemas focais objetivando, em última análise, dotar o paciente de estratégias cognitivas para perceber e responder ao real de forma funcional ^{19, 20}.

A TC contrasta com a BT por dar maior ênfase sobre as experiências internas (pensamentos, sentimentos, desejos) ^{13, 35}. O terapeuta cognitivo formula as idéias e crenças disfuncionais do paciente sobre si, sobre suas experiências e sobre seu futuro em hipóteses e, então, testa a validade dessas hipóteses de uma forma objetiva e sistemática ¹⁵.

Os pilares conceituais da prática de TC são os seguintes ¹⁵:

Esquemas e Crenças Básicas.

Os Esquemas são estruturas psíquicas que contém avaliações firmemente estabelecidas ¹⁹. O Esquema, se traduzido em palavras, forma crenças

hipotéticas chamadas de Crenças Básicas ^{19, 15}. As Crenças Básicas, quando disfuncionais, caracterizam-se por serem irracionais, supergeneralizadas e rígidas. Levam a sofrimento psíquico, comportamentos mal adaptados além de impedirem a realização de metas ^{19, 15}. O quadro I mostra alguns exemplos de Esquemas Cognitivos disfuncionais e suas respectivas Crenças Básicas.

Quadro I. Exemplos de Esquemas Cognitivos disfuncionais e suas Crenças Básicas.

Esquema Disfuncional	Crença Básica
Incapacidade (nível primário)	“Sou incapaz fisicamente, intelectualmente, profissionalmente, etc.”
Inadequação (nível primário)	“Sou feio, chato, faço tudo errado, visto-me mal, não sei falar, não sei me vestir de forma correta, etc.”
Não Estima (nível primário)	“Não sou uma pessoa que pode ser amada, não sou amado, sou rejeitado pelos outros.”
Vulnerabilidade (nível secundário)	“O mundo real é ameaçador e eu não tenho recursos para lidar com isso ou enfrentá-lo”

Fonte: Apostila do Curso de Especialização em Terapia Cognitiva do Instituto de Terapia Cognitiva Dra. Ana Maria Serra ¹⁹.

Segundo Beck ²⁰, as Crenças Básicas disfuncionais podem ser classificados em dois tipos: (1) Crenças de Desamparo e (2) Crenças de “Não ser querido”. O Quadro II exemplifica as Crenças mais freqüentes na clínica e as classifica nestas duas categorias ^{15, 20}.

Quadro II. Exemplos de Crenças Centrais disfuncionais segundo categoria: 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;
- Eu sou inadequado;	- Não sou alguém que possa ser amado;
- Eu sou fraco e desamparado;	- Sou indesejado;
- Eu sou um fracasso;	- Não sou atraente;
- Eu sou pior do que todas as outras pessoas (não tenho sorte);	- Sou mau, portanto posso ser abandonado;
- Eu sou inadequado;	- Eu realmente estou condenada a ficar sozinho.
- Eu sou ineficiente;	
- Eu sou incompetente;	
- Eu nunca vou conquistar ninguém;	
- As pessoas não se importam comigo;	

Fonte: Beck JS. Terapia Cognitiva, teoria e prática ².

Pensamentos Automáticos.

As Crenças Centrais Básicas são avaliações genéricas 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 é expressa como pensamento automático, específico a uma situação ^{5, 15, 19}. Os pensamentos automáticos derivam de um “erro” cognitivo ¹⁹ e têm íntima relação com as Crenças. Quadro III exemplifica alguns erros cognitivos e pensamentos a eles associados ¹⁹.

TABELA III

Estratégia Compensatória.

São comportamentos que visam aliviar ou anular os pensamentos automáticos e emoções negativas ^{15, 19}. Por exemplo, imaginemos um paciente músico, diante de uma situação na qual vai se apresentar publicamente. Diante da situação, ocorre-lhe um pensamento: “Vou errar”. Lembrando que o pensamento automático é uma constatação inflexível, o paciente sente-se triste, com medo e ansioso. Ele então faz uma suposição: “se eu beber, conseguirei ficar menos ansioso e poderei me apresentar”. Pede uma bebida alcoólica e bebe. O

comportamento de busca e ingestão do álcool é um exemplo de Estratégia Compensatória.

Poderíamos nos perguntar: por que esse conjunto de cognições ocorreu? Uma explicação possível seria a seguinte: o fato de ser exposto a essa situação, ativou-se, neste paciente, um Esquema disfuncional que, em palavras, seria: “Sou inadequado”; “Sou incapaz”. A partir desta ativação desencadeou-se todo o processo cognitivo descrito.

O terapeuta cognitivo chega a hipóteses semelhantes à descrita acima ao longo do processo terapêutico ¹⁹. Ele vai testando, reconstruindo suas hipóteses e se aproximando da Estrutura Cognitiva do paciente. Essa construção da hipótese cognitiva global é chamada de Conceituação Cognitiva, cujo conceito segue abaixo.

Conceituação Cognitiva

A Conceituação Cognitiva é uma hipótese sobre pensamentos, suposições, emoções e Crenças do paciente. Ela pode ser reformulada no decorrer da terapia na medida em que novas informações e evidências vão se reunindo ^{15, 19}.

Formulação da Hipótese de Conceituação Cognitiva

Tentemos, através da análise da Figura I, entender como o terapeuta cognitivo constrói a hipótese da Conceituação Cognitiva.

Inserir FIGURA I

As experiências de vida precoce podem influenciar o desenvolvimento de uma Crença Básica disfuncional ^{5, 15}. Imaginemos o seguinte exemplo: um paciente com diagnóstico de *Uso Nocivo do Álcool e Episódio Depressivo* relata em sua história infantil que o pai era extremamente crítico, desvalorizava o que ele fazia e o comparava com o irmão mais velho, o tempo todo. O paciente, no plano inconsciente, começa a formular, através destas e outras experiências, uma hipótese sobre si mesmo (sua auto-eficácia; sua condição de ser querido, etc) formando os Esquemas ¹⁹. Essa avaliação sobre si mesmo, em palavras, compõe a Crença Básica ¹⁹. Por exemplo, constroem-se algumas Crenças. Tais como: “não sei fazer nada certo”, “meu pai gosta não gosta de mim”, “não sou uma pessoa querida”. A partir da Crença, o paciente faz algumas suposições ¹⁹. Por exemplo: “não sou querido porque não faço nada certo, logo, se eu me esforçar muito, eu conseguirei fazer algo bem feito e se nunca errar, meu pai gostará de mim”. Essas suposições influenciarão, inevitavelmente, o comportamento ¹⁹. Diante de situações específicas, essas Crenças e Suposições serão ativadas e ele desenvolverá padrões comportamentais denominados de Estratégias Compensatórias ¹⁹. As Estratégias Compensatórias visam aliviar a aflitiva Crença

Básica ¹⁵. Diversas situações de vida podem ativar a mesma Crença Básica. Entretanto, para cada situação o comportamento pode variar. Observemos o exemplo:

O paciente que apresentamos acima pode ser exposto a duas situações distintas.

Situação 1: após a aula ele está deitado, sozinho no seu quarto, refletindo sobre seu desempenho acadêmico. Ocorre-lhe, então, um pensamento automático: “sou o pior aluno”. A este pensamento ele atribui o significado: “Eu sou incapaz”. A emoção que decorre dessa cognição é tristeza e uma sensação vívida de fracasso. Então, ele decide parar de estudar. Observemos que de forma genérica, a situação ativou um Esquema de Incapacidade que fora construído ao longo da vida do paciente, através 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 Esquema. O paciente, então, sente-se triste e seu comportamento é abandonar a Escola. Observemos que o comportamento “abandonar a Escola” é uma Estratégia Compensatória de fuga para aliviar o Esquema de Incapacidade.

Situação 2: Ao estudar um texto sobre gramática, o paciente acha o conteúdo difícil e percebe que precisa ler o texto outra vez e pensa: “vou perder a tarde por culpa deste professor que me exigiu estudar gramática” e “eu não sou inteligente o suficiente para aprender isso”. A emoção evocada é irritação e tristeza. Ele fecha o livro e vai beber. Neste exemplo, a situação ativou Esquemas de

Vulnerabilidade e Incapacidade. O comportamento de fechar o livro e beber foram Estratégias Compensatórias que o auxiliará a lidar com os Esquemas ativados.

Inserir FIGURA II

Observando a figura II, notamos que ao ter contato com a droga, o paciente desenvolve um outro grupo de Crenças relacionadas à situação “usar droga”. As Crenças relacionadas à droga 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 ter contato com a droga desenvolverão dependência.

As Crenças relacionadas às drogas são de duas naturezas: (1) facilitadoras e (2) de expectativas positivas^{12, 16, 17}. O paciente, ao avaliar sua situação de estudante como muito árdua, começa a pensar que “merece” descontrair-se no bar durante no período da tarde; que beber “melhora o estresse”; e que vai ser “agradável a

conversa com os amigos”. Estas crenças são suficientes eliciar pensamentos automáticos como “vou beber” e desencadear a fissura ¹⁷. Outras crenças, agora na vigência da fissura, aparecem: são Crenças 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 droga..

Estrutura das Sessões de TC

A TC é uma abordagem de forma estruturada, diretiva, focal e de prazo limitado (12 a 24 sessões) ^{2, 5 19, 20}. Ela se baseia numa relação genuína entre paciente e terapeuta, pautado pela empatia colaboração mútua ^{19, 20}. A primeira sessão pode ser estruturada como segue ^{15, 19}:

1. Estabelecer uma agenda explicitamente, por escrito, para a sessão.
2. Estabelecer o início de uma relação empática
3. Identificar o foco principal da terapia.
4. Coletar informações (queixa atual, história do problema, antecedentes, comorbidades)
5. Utilizar as informações e queixa para estabelecer uma meta compartilhada com o paciente
6. Educar o paciente sobre a metodologia utilizada na terapia..
7. Iniciar um raciocínio teórico visando à construção da Conceituação Cognitiva.
8. Estabelecer um contrato de parceria com a participação do paciente, incluindo custos, a necessidade dos deveres entre as consultas e o sigilo.

As demais sessões podem ser estruturadas da seguinte maneira ^{15, 19}:

1. Construir uma agenda para sessão, baseando-se nos acontecimentos da semana, na demanda do paciente, e no foco da terapia (breve atualização, por exemplo sobre o uso de droga) e nas metas estabelecidas.
2. Fazer uma ponte com a sessão anterior.
3. Revisar a tarefa de casa.
6. Discutir os tópicos do roteiro estabelecido na agenda (item 1).
7. Estabelecer a nova tarefa de casa.
8. Fazer um resumo do que foi discutido na sessão e dar *feedback*.

Técnicas utilizadas pela Terapia Cognitiva ^{15, 16 19}:

As técnicas utilizadas visam identificar, testar a realidade e corrigir as conceituações cognitivas distorcidas ^{15, 20}. O paciente é instruído sobre seu problema e sobre a Terapia ¹⁹. A própria terapia é uma experiência de aprendizado para o paciente ¹⁹. Durante o processo terapêutico o paciente aprende as técnicas utilizadas pelo terapeuta para que torne o seu próprio terapeuta: São utilizadas as seguintes técnicas ^{15, 16 17, 19, 20, 28} :

- (1) Monitoramento dos pensamentos automáticos negativos. Pode ser utilizado um diário no qual o paciente registra seus pensamentos e as situações que o eliciaram;
- (2) Traçar as conexões entre a cognição, o afeto e o comportamento;
- (3) Realizar uma reestruturação cognitiva examinando os pensamentos automáticos disfuncionais e lidando com eles: procurar evidências a favor e contra (teste de realidade); desafiá-los com questões do tipo: “o que de pior vai

acontecer?"; "quais são meus recursos reais para lidar com isso?"; avaliar a real importância dos pensamentos, procurando não catastrofizar; distanciar-se deles; ou enfrentá-los.

(4) Mapear as cognições tendenciosas e procurar alternativas de avaliação mais orientadas na realidade, adquirindo flexibilidade cognitiva; e por fim

(5) Identificar e alterar as Crenças Básicas que predispõe a fazer avaliações distorcidas de suas experiências.

(6) Lidar com imagens disfuncionais, eliciando-as e modificando-as.

Prevenção da Recaída (PR)

Marlatt ⁸ descreve: "A Prevenção de Recaída é um programa de automanejo que visa melhorar o estágio de manutenção do Processo de Mudança de Hábitos". A PR ⁸ se contrapõe aos modelos de doença e moral, admitindo que a Dependência Química é um mau hábito adquirido e passível de mudança, com a participação do paciente. Para tanto é necessário explorar de modo afícuo as crenças e os comportamentos que facilitam a manutenção do hábito. Observemos que de acordo com o modelo da PR (figura III), diante de uma Situação de Alto Risco, existem duas possibilidades: (1) resposta de enfrentamento e (2) nenhuma resposta de enfrentamento. Na primeira possibilidade, a cada vez que o paciente tem resposta adequada que o proteja do uso de droga, há aumento da auto-eficácia (avaliação positiva sobre sua própria capacidade de atingir uma meta) ³⁵. Com isso, diminui a probabilidade de recaída. Ao contrario, a falta de resposta de enfrentamento, leva a uma diminuição da auto-eficácia que, associada a cognições disfuncionais sobre os efeitos da droga, leva ao uso inicial e aumenta a

probabilidade de recaída⁸. As cognições disfuncionais relacionadas ao comportamento de busca e uso de drogas podem ser^{8, 35}:

1. Expectativa Positiva de Resultado^{8, 35}.

O usuário tem uma visão fragmentada do efeito da droga. Ora focaliza os efeitos positivos do uso, ora os negativos. No momento do uso o uso o foco está nos efeitos positivos. Algumas vezes as expectativas positivas se manifestam como sensações ou imagens positivas⁸.

2. Efeito de Violação da Abstinência^{8, 35}.

Diante do lapso inicial (o primeiro uso), o paciente tem uma cognição distorcida do tipo “perdido por um, perdido por mil”, ou seja, “já que violei minha abstinência e tive um lapso, então vou usar droga no mesmo padrão anterior à abstinência”. Essa cognição leva ao uso continuado e à recaída.

As principais Situações de Alto risco encontradas nos estudos empíricos^{8, 35} são:

1. Determinantes Intrapessoais.

- Estados emocionais negativos;
- Estados físicos negativos;
- Estado emocionais positivos;
- Teste de controle pessoal;
- Desejos e tentações.

2. Determinantes Interpessoais.

- Conflitos interpessoais;
- Pressão social;
- Estados emocionais positivos.

A PR diferencia *lapso* de *recaída*. Lapso é a violação inicial da abstinência. É uma área de transição para a recaída, porém, não necessariamente o desfecho precisa ser a recaída. A Recaída é definida como um retorno ao uso continuado que nem sempre é igual ao padrão de uso anterior à abstinência ⁸.

Técnicas da PR:

Técnica 1: Identificação do Estado de Motivação ²².

De acordo com Proshaska e DiClemente ²³ a motivação do paciente segue um espiral nos seguintes estágios: (1) Pré-contemplanção: o paciente não reconhece que tem problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas; (2)

Contemplanção: o paciente reconhece que tem um problema porém, não consegue mudar seu comportamento, nem seu estilo de vida para atingir, como meta, a abstinência. (3) Ação: o paciente reconhece seu problema relacionado ao uso de drogas psicoativas e se compromete em mudar seu comportamento através de estratégias eficazes (mudança do estilo de vida; reconhecimento e enfrentamento de situações de risco, etc); (4) Manutenção: o paciente, uma vez que conseguiu

atingir a abstinência, toma decisões no sentido de manter o novo comportamento de abstinência.

O reconhecimento do estado de motivação do paciente é uma das principais tarefas do profissional ²². Pode ser usado um quadro para balanço sobre vantagens e desvantagens do uso de drogas ⁸ que ajudará o paciente a ter uma visão global de riscos e benefícios e tomar uma decisão mais consistente. É uma técnica excelente no processo de resolução da ambivalência em pacientes pré-contemplativos.

Técnica 2: Identificação as Situações de Risco:

O profissional deve ajudar o paciente a identificar as situações que aumentariam as chances de uso ou de recaída, são as chamadas de Situação de Alto Risco ⁸. Ambientes, campanhas, disponibilidade de droga, acesso fácil, e todos os determinantes intrapessoais e interpessoais podem ser Situações de Risco. O paciente pode evitar as situações que podem ser evitadas e traçar estratégias eficazes de enfrentamento para as situações que não possam ser evitadas. O profissional pode pedir para que o paciente faça uma agenda de suas atividades em dias típicos e a partir daí, identificar horários, dias da semana, locais, pessoas, etc, que possam aumentar o risco de recaída.

Técnica 3: Mudança do estilo de vida

Marlatt ⁸ salienta a importância da mudança do estilo de vida. Pesquisas mostram que pessoas que continuam freqüentando os mesmos locais, os mesmos

companheiros e mantendo as mesmas atitudes no período da abstinência têm maiores chances de recair. A construção da agenda de dias típicos também pode ser útil para identificar e mudar os comportamentos que se mantiveram, mesmo após a cessação do uso da droga.

Técnica 4: Identificação do Processo da Recaída⁸

A recaída ocorre através de uma sucessão de cognições e comportamentos, num processo que pode ter início em uma decisão que aparentemente não tenha nenhuma relação com o uso da droga. Examinemos o exemplo de um caso clínico: Paciente com diagnóstico de Dependência do Álcool, estava abstinente há seis meses. Em uma tarde, após um conflito interpessoal com o chefe, resolveu voltar a casa caminhando por uma avenida que freqüentava quando usava álcool. Não tinha intenção de beber, mas apenas caminhar para relaxar. Seguiu pela avenida que abrigava inúmeros bares. Em um dos bares, antes freqüentado por ele, um amigo o viu e o convidou a entrar. Dentro do bar, decidiu tomar apenas uma dose de bebida destilada. Saindo do primeiro bar, continuou caminhando tomado por uma culpa imensa por ter violado a abstinência. Entrou em outro bar e se intoxicou.

Técnica 5: Identificar as decisões aparentemente irrelevantes⁸

No exemplo acima, o processo de recaída se iniciou com o conflito interpessoal. O profissional precisa explorar esse conflito para identificar possíveis dificuldades na habilidade de lidar com conflitos desta natureza. O passo seguinte foi a decisão de ir caminhando pela avenida que tinha os bares por ele freqüentados antes da

abstinência. O paciente tomou a decisão de forma inconsciente. Ele não tinha a intenção de parar em nenhum dos bares. Esta decisão de caráter inconsciente e sem relação aparente com o uso da droga Marlatt chamou de “decisão aparentemente irrelevante”. É fundamental que no processo da PR o profissional ajude o paciente a identificar essas situações. O processo poderia ser interrompido no início, se o paciente identificasse a decisão como um fator que poderia levar ao lapso e recaída.

Técnica 6: Fatores cognitivos associados á recaída⁸

Ainda no exemplo anterior, o paciente incorreu em diversas cognições disfuncionais. A primeira foi pensar que poderia entrar no bar e não beber. Seguiu-se a violação da abstinência com um pensamento “perdido por um, perdido por mil”. O profissional que aplica a PR deve estar atento para estes pensamentos disfuncionais, ajudando o paciente a identificá-los e desafiá-los com base na realidade.

Técnica 7: Confluência de Situações de Risco⁸

A recaída ou o uso inicial se dá pela confluência de Situações de Alto Risco. Quando maior a o número de situações, maiores as chances de uso. No nosso exemplo clínico, o paciente colecionou diversas situações de risco: (1) tinha pouca habilidade para lidar com conflitos interpessoais; (2) tomou uma decisão sem a consciência do risco que ela oferecia (decisão aparentemente irrelevante); (3) não desafiou nem enfrentou qualquer pensamento disfuncional; (4) esteve em local de fácil acesso e grande disponibilidade de bebida; (5) tinha pouca habilidade de

recusa. Esses pontos devem ser exaustivamente explorados no tratamento com PR para que o paciente aprenda a mapear, identificar situações de risco e enfrentá-las com recursos eficazes.

Observemos que a PR, diferente da TC, explora com mais afinco os processos envolvidos no uso de droga. Ela não explora Crenças de caráter mais genérico. Entretanto, depois de atingida a abstinência, podem permanecer crenças disfuncionais, sobre avaliações de si mesmo, do mundo, das relações pessoais, da visão do passado e de futuro. Se o profissional identificar alguma destas disfunções cognitivas, cujos recursos da PR não permitem a exploração, é fundamental que o paciente seja encaminhado a uma terapia. Caso contrário, ele poderá continuar com alguns fatores mantenedores do uso de droga que terão influência em recaídas futuras.

Treinamento de Habilidades

As bases teóricas do treinamento de Habilidades também se assentam nas teorias comportamentais^{13, 24, 25, 26}. O que diferencia o TH da BT é o maior enfoque que o TH dá às dificuldades das habilidades para lidar com situações específicas. Pesquisas³⁷ mostram que a falta de habilidade para lidar com algumas situações estão associadas ao maior consumo de drogas. As principais dificuldades de habilidade se dão nas seguintes situações: (1) sentimentos negativos; (2) assertividade; (3) fazer críticas; (4) receber críticas; (5) comunicação; (6) recusar droga; (7) dizer não; (8) socialização; (9) frustrações;

(10) adiar prazeres; (11) reconhecer e enfrentar situações de risco; (12) fissura; (13) realizar um planejamento.

As técnicas usadas no TH são s verbais e dramatizações (*role play*)^{13, 37}. Em cada sessão o grupo elege uma das situações listadas e realiza um *role-play*. O grupo planeja uma cena na qual apareça uma ou mais das situações listadas. Durante a representação não é necessário ser fiel ao roteiro estabelecido. É importante a improvisação, porque ela estimula a criatividade. É aconselhável trocar de personagem, perguntando ao grupo quem daria uma resposta diferente à situação encenada. Desta forma, o paciente adquire flexibilidade de respostas e desenvolve novas habilidades. Para cada situação, uma lista de habilidades é listada e o profissional estimula o treino dessas habilidades durante o *role play*. A seguir, selecionamos apenas alguns exemplos sobre a lista de habilidades a serem treinadas para algumas situações:

1. Habilidade de comunicação verbal: (1) ouviu e observou antes de falar? (2) fez questões abertas ou fechadas? (3) as colocações foram de forma educada?³⁷

2. Habilidade de comunicação não verbal: (1) qual foi a postura? (2) houve contato visual? (3) qual a expressão facial? (4) qual o tom de voz utilizado? (5) como movimentou os pés, mãos, cabeça?³⁷

3. Assertividade: (1) pensou antes de falar? (2) foi objetivo e claro no que disse? (3) assegurou-se de estar sendo ouvido? (4) reafirmou a posição se percebeu que não estava sendo ouvido?³⁷

4. Fazer Críticas: (1) acalmou-se antes de falar? (2) colocou a crítica como sendo uma opinião pessoal, não um fato absoluto? (3) criticou o comportamento e não a pessoa? (4) o tom de voz esteve firme e não zangado? (5) mostrou-se disposto a ouvir o outro? (6) foi claro na questão que criticou, sem deixar dúvidas sobre qual é a crítica? ³⁷

5. Receber Críticas: (1) conseguiu ouvir sem se colocar na defensiva? (2) conseguiu avaliar a crítica com clareza e selecionar os pontos pertinentes? (3) conseguiu explorar a crítica com questões para se certificar de que ficou clara qual é a crítica do outro? ³⁷

6. Recusar bebida: (1) conseguiu dizer “não”? (2) ao negar, foi claro, firme, sem hesitação? (3) fez contato visual? (4) sugeriu alternativas à bebida? (5) disse à pessoa que não lhe ofereça bebida novamente? (6) evitou respostas vagas? ³⁷

7. Dizer não: (1) fez revisão do que é prioritário? (2) decidiu-se de fato a recusar? (3) deixou claro que entendeu o pedido, mas mesmo assim o recusará? (4) foi firme, claro, breve e decidido? (5) como esteve a postura (comunicação não verbal)? Ela foi coerente com a comunicação verbal? ³⁷

Obviamente, não esgotamos aqui todas as habilidades desejadas para as situações listadas, mas o objetivo é deixar claro quais situações devem ser trabalhadas e que um conjunto de habilidades deve ser praticado. Lembramos que à semelhança da Prevenção da Recaída, o Treinamento de Habilidades não exige formação e pode, com treinamento adequado, ser aplicada na clínica pelo psiquiatra geral.

Conclusão

É importante que todos os profissionais, ligados à assistência do Dependente Químico, conheçam os fundamentos teóricos da TC, da BT e da TCC. Enquanto a TC tem seu foco na reestruturação de cognições disfuncionais, a BT se fundamenta na relação entre os comportamentos e as diversas situações reais. Ela procura desfazer os elos disfuncionais que levam à dependência. A TCC utiliza teorias e técnicas da TC e BT. Todas estas modalidades de Terapias têm uma recomendação unânime para que sejam aplicadas por profissionais com formação, e que conheçam os preceitos teóricos que as embasam. Entretanto, a Prevenção da Recaída (PR) e o Treinamento de Habilidades (TH), não sendo propriamente uma modalidade psicoterápica, são ideais para serem aplicadas por profissionais que não desejam fazer cursos de formação em Terapia.

A Prevenção de Recaída explora cognições e comportamentos associados apenas ao uso de drogas, através de técnicas motivacionais, de reestruturação das cognições e de modificação do comportamento e apresenta boa eficácia, comprovada em estudos clínicos.

O TH visa identificar situações reais e emocionais e, através de técnicas psicodramáticas, explorar cada situação envolvida no comportamento do dependente. O objetivo é uma flexibilização de respostas. As situações de risco para uso de droga são testadas objetivamente através de dramatizações até que o paciente encontre a melhor estratégia para si.

A PR e TH são de fácil aplicação e pode ser utilizada pelo profissional que não tem formação em Terapia. Entretanto, é importante lembrar que estas modalidades de tratamento não exploram Crenças e Comportamentos Básicos genéricos, como a TC. Portanto, é importante que o profissional reconheça que mesmo após a abstinência possam permanecer Crenças Básicas disfuncionais genéricas que não puderam ser resolvidas na PR ou TH. Neste caso, é fundamental que o paciente seja encaminhado a uma Terapia, para que não fique nenhum fator mantenedor do uso de droga que possa predispor a uma recaída futura.

Referências Bibliográficas

- 1- Dattilio MF, Freeman A. Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenções de Crise. 2º ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p. 114-131.

- 2- Beck JS, Liese BS. Cognitive Therapy. In: Clinical textbook of Addictive Disorders 2nd ed. Frances RJ, Miller SI. editors. New York: Guilford Press. 1993. p. 547-573.

- 3- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Leise BS. Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: Guilford Press. 1993.

4- Liese BS, Franz RA. Treating Substance use Disorders with cognitive therapy: Lesson learned and implications for the future. In: Frontiers of Cognitive Therapy. Frontiers of Cognitive Therapy. Salkouski P. editors. New York: Guilford Press. 1996. p. 470-508

5- Wright JH, Thase ME, Clark MD. Cognitive Therapy. New York: American Psychiatric Press. 1997. p.1-5.

6- Blackburn IM. Depressão em Pacientes Hospitalizados. In: Scott J, William JMG, Beck AT e col. editors. Terapia Cognitiva na prática clínica. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. p. 1-30.

7- Tiffany ST. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. Psychological Review, 1990 (97): 147-168.

8- Marlatt GA, Gordon GR. Prevenção da Recaída. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

9- Carrol KM. Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas. Psiquiatría y Salud Integral. 2002; 2(1): 46-53.

10- Beck AT, Alford BA. O poder integrador da Terapia Cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000; p. 22-33.

- 11- Alford EA, Nocross JC. Cognitive Therapy as integrative therapy. *Journal of Psychotherapy integrations*. 1991; 1 (3): 175-190.
- 12- Liese BS, Beck AT, Seaton K. The Cognitive Therapy Addictions Group. In: D. W. Brook & H. I. editors Spitz. *Group Psychotherapy of Substance Abuse*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1999.
- 13- Monti PM, Rohsenow DJ. Coping-Skills Training and Cue-Exposure Therapy in the Treatment of alcoholism. *Alcohol Research & Health*, 1999 (23). p. 107-115.
- 14- Beck AT, Alford BA. *O poder integrador da Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2000.
- 15- Beck JS. *Terapia Cognitiva teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
- 16- 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*. editors. New York: Guilford Press. 1996. p. 470-508.
- 17- Beck AT, et al. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York - London: Guilford Press. 1993.

18- Alford, BA. Introduction to the special issue: Psychotherapy integration and cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1995, 9 (3), 147-151.

19- Serra, A M. Apostila do Curso de Especialização em Terapia Cognitiva. Não publicado. Instituto de Terapia Cognitiva Dra. Ana Maria Serra (ITC) / Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva (ABPC). São Paulo: ITC. 2004.

20- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

21- Miller WR. *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating cocaine Addiction*. Rockville, MD. editors. National Institute on Drug Abuse. NIH Publication 98-4308: 1998.

22- Miller WR., Rollnick S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2001

23- Prochaska JO., Diclemente CC. Toward e comprehensive model of change. In: WR Miller & N Heather. Editors. *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press. 1986. p. 3-27

24- Abrans DB, Niura RS. Social learning theory. In: Blane HT, Leonard KE editors. Psychological theories of drinking and alcoholism. New York: Guilford Press. 1987. p. 131-178.

25- Skinner, BF. Science and human behavior – clinical applications and new directions. In: Hollin CR, Trower P. editors. Pergamon Press. 1986

26- Heather N, Robertson I. editors. Problem drinking. Oxford University Press; 1997. p. 117-155.

27- Childress AR, Hole AV, Ehrman RN, Robbins SJ, Mclel-lan AT, O'Brien CP. Cue reactivity and cue reactivity interventions in drug dependence. In: Onkey LS, Blaine JD, Boren JJ. editors. Behavioral Treatment for Drug Abuse and Dependence. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 1993: 73-95. NIDA research Monograph Serie nº 137.

28- Moorey S. Abusadores de drogas. In; Scott J., Williams JMG, Beck AT e colaboradores. editores. Terapia Cognitiva na Prática Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas. 1994. p.192-223.

29- Davey G. Classical conditioning and the acquisitions of human fears and phobias: A review and synthesis of the literature. Advances in Behaviour Research and Therapy, 1992, (14): 29-66.

- 30- Budney AJ, Higgins SJ. A Community – Reinforcement plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 1998.
- 31- Comings DE, Blum K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Prog Brain Res*, 2000;126:325-41
- 32- Higgins ST, Delaney DD, Budney AJ, et al. A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *Am J Psychiatry*, 1991; 148: 1218-1224.
- 33- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR. Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 763-769.
- 34- Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. Incentive behavioral treatment of cocaine dependence – *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 568-576.
- 35- Daley CD; Marlatt AG. Relapse Prevention. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. editors. *Sustance Abuse. A Comprehensive Textbook*. 3nd ed. New York: Williams & Wilkins; 1997. p. 458-467
- 36- Liese BS, Najavts LM. Cognitive Behavioral Therapies. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG. editors. *Sustance Abuse. A Comprehensive Textbook*. 3nd ed. New York: Williams & Wilkins; 1997. p. 467-478

37. Monti PM, Abrams DB, Kadden RM, Cooney NL. Treating alcohol dependence
- a coping skills guide. 2nd ed. New York: Guilford Press. 2002.

Correspondência:

Cláudio Jerônimo da Silva

UNIAD - Depto Psiquiatria

UNIFESP/EPM

Rua Borges Lagoa, 564 conj 44

04038-001 Vila Clementino, SP

E-mail: claudiojeronimo@terra.com.br