
Problemas com álcool e drogas

G. Alan Marlatt
Katie Witkiewitz

O principal objetivo da prevenção de recaída (PR) é tratar o problema da recaída e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência. Baseada em uma estrutura cognitivo-comportamental, a PR busca identificar situações de alto risco, em que um indivíduo é vulnerável à recaída, e usar estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais para prevenir futuras recaídas em situações similares. A PR pode ser descrita como uma estratégia de prevenção terciária com dois objetivos específicos:

1. prevenir um lapso inicial e manter a abstinência ou as metas de tratamento de redução de dano;
2. proporcionar o manejo do lapso quando de sua ocorrência, a fim de prevenir uma recaída. O objetivo fundamental é proporcionar habilidades de prevenção de uma recaída completa, independentemente da situação ou dos fatores de risco iminentes.

Neste capítulo, resumimos os principais princípios da PR e o modelo cognitivo-comportamental da recaída, incluindo os supostos precipitantes e determinantes do problema. Estes últimos tópicos são tratados em maiores detalhes na segunda edi-

ção de *Assessment of Addictive Behaviors* (Donovan e Marlatt, 2005). Também apresentamos uma breve discussão de metanálises e revisões da literatura sobre resultado de tratamento e ensaios clínicos não randomizados que utilizaram técnicas de PR. Por fim, descrevemos uma reconceitualização do processo de recaída e propomos direções futuras para aplicações clínicas e iniciativas de pesquisa.

MODELOS DE RECAÍDA

Em 1986, Brownell e colaboradores (Brownell, Marlatt, Lichtenstein e Wilson, 1986) publicaram uma revisão extensiva e seminal sobre o problema da recaída nos comportamentos adictivos. Nessa época, os pesquisadores de comportamentos adictivos afastavam-se do modelo de doença e partiam para definições mais cognitivas e comportamentais dos transtornos adictivos. A recaída tem sido descrita tanto como um resultado – a visão dicotômica de que a pessoa está doente ou bem – e um processo – abrangendo qualquer transgressão no processo da mudança de comportamento (Brownell, Marlatt, Lichtenstein e Wilson, 1986; Wilson, 1992). As origens do termo “recaída” derivam de um

modelo médico, indicando o retorno a um estado de doença após um período de remissão, mas esta definição tem sido diluída e aplicada a vários comportamentos, desde o abuso do álcool até a esquizofrenia. Essencialmente, quando os indivíduos tentam mudar um comportamento-problema, o lapso (um breve momento de retorno ao comportamento anterior) é altamente provável. Um resultado possível, seguindo o revés inicial, é o retorno ao padrão de comportamento-problema anterior (recaída). Outro resultado possível é o indivíduo “voltar” à direção da mudança positiva. Independentemente de como se define a recaída, uma interpretação geral das pesquisas de psicoterapia de vários transtornos de comportamento revela que a “recaída” pode ser o denominador comum no tratamento de problemas psicológicos. Ou seja, a maioria dos indivíduos que faz uma tentativa de mudar o próprio comportamento em um determinado objetivo (por exemplo, perder peso, reduzir a hipertensão, parar de fumar, etc.), experimenta lapsos que freqüentemente conduzem à recaída (Polivy e Herman, 2002).

O modelo cognitivo-comportamental de recaída

Vinte e sete anos atrás, Marlatt (1978) obteve informações qualitativas detalhadas de 70 homens alcoolistas crônicos com relação à situação primária que os levou a reiniciar a ingestão de álcool durante os primeiros 90 dias após sua alta de uma instituição de tratamento em regime fechado baseado na abstinência. Partindo das informações obtidas dos dados clínicos, Marlatt (1978) desenvolveu uma taxonomia detalhada de situações de alto risco baseadas em oito subcategorias de determinantes de recaída. A partir desta taxonomia de situações de alto risco, Marlatt propôs o primeiro modelo cognitivo-comportamental do processo de recaída

(Cummings, Gordon e Marlatt, 1980; Marlatt, 1996b; Marlatt e George, 1984; Marlatt e Gordon, 1985). Como ilustrado na Figura 1.1, o modelo cognitivo-comportamental concentra-se na resposta de um indivíduo em uma situação de alto risco. Os componentes incluem a interação entre a pessoa (afeto, enfrentamento, auto-eficácia, expectativas de resultado) e fatores de risco ambientais (influências sociais, acesso à substância, exposição a gatilhos). Se o indivíduo não tem uma resposta de enfrentamento efetiva e/ou segurança para lidar com a situação (baixa auto-eficácia; Bandura, 1977), a tendência é “ceder à tentação”. A “decisão” de consumir ou não um dado produto é, então, mediada pelas expectativas que indivíduo tem quanto aos efeitos iniciais do uso da substância (Jones, Corbin e Fromme, 2001).

Os indivíduos que optam por ceder podem ser vulneráveis ao “efeito de violação da abstinência” (EVA), que é a auto-responsabilização, a culpa e a percepção da perda de controle muitas vezes vivenciadas pelos indivíduos após a violação de regras auto-impostas (Curry, Marlatt e Gordon, 1987). O EVA contém um componente afetivo e um componente cognitivo. O componente afetivo está relacionado a sentimentos de culpa, vergonha e desesperança (Marlatt, 1985), com freqüência desencadeados pela discrepância entre sua identidade anterior como um abstinente e seu atual comportamento de lapso. O componente cognitivo, baseado na teoria da atribuição (Weiner, 1974), supõe que, se o indivíduo atribui um lapso a fatores internos, globais e incontroláveis, aumenta o risco de recaída. Entretanto, se o indivíduo encara o lapso como externo, não-estável e controlável, então a probabilidade de recaída diminui (Marlatt e Gordon, 1985). Por exemplo, se um indivíduo encara um lapso como um fracasso irreparável ou devido a determinantes de doença crônica, é mais provável que o lapso progrida para uma recaída (Miller, Westerberg, Harris e Tonigan, 1996); contudo, se o mesmo in-

divíduo encara o lapso como uma experiência de aprendizagem transicional, a progressão para a recaída é menos provável (Laws, 1995; Marlatt e Gordon, 1985; Walton, Castro e Barrington, 1994). O indivíduo que encara um lapso como uma experiência de aprendizagem tem maior probabilidade de experimentar estratégias de enfrentamento alternativas no futuro, o que pode conduzir a respostas mais eficazes em situações de alto risco. Vários estudos têm demonstrado o papel do EVA na previsão da recaída em alcoolistas (Collins e Lapp, 1991), fumantes (Curry, Marlatt e Gordon, 1987), indivíduos que fazem dieta (Mooney, Burling, Hartman e Brenner-Liss, 1992) e usuários de maconha (Stephens, Curtin e Roffman, 1994).

PREVENÇÃO DE RECAÍDA

A expressão “prevenção de recaída” pode ser útil para estimular o pensamento, quebrar velhos modelos, manter a adrenalina fluindo, dar título a um livro, mas também pode ser um convite a uma separação artificial da interação, total e variável, do processo de mudança. (Edwards, 1987, p. 319)

Em sua crítica da primeira edição de *Relapse Prevention* (Marlatt e Gordon, 1985), Edwards (1987) sugeriu que a PR não proporcionaria um relato adequado das idiossincrasias da mudança e ressaltou a importância do processo de recaída como um processo interativo e flutuante que pode jamais ser interrompido em alguns indivíduos. Entretanto, como mostraremos, a PR tem sido um adjunto ao tratamento de vários transtornos de comportamento e uma ferramenta útil para navegar nas águas agitadas da manutenção da mudança de comportamento.

O modelo cognitivo-comportamental e a taxonomia dos precipitantes da recaída foram originalmente desenvolvidos como a base para uma intervenção designada a prevenir e administrar a recaída em

indivíduos que receberam tratamento para transtornos do uso de álcool (Chaney, O’Leary e Marlatt, 1978). O modelo da PR tem, desde então, proporcionado uma importante estrutura heurística e de tratamento para profissionais que trabalham com vários tipos de comportamento (Carroll, 1996). As abordagens de tratamento baseadas no modelo baseiam-se na avaliação inicial de situações potencialmente de alto risco de recaída (por exemplo, estressores ambientais, características de personalidade). Uma vez identificadas as situações, o terapeuta trabalha com o paciente para monitorar as habilidades de enfrentamento, a auto-eficácia e os fatores de estilo de vida do indivíduo (por exemplo, desequilíbrio no estilo de vida), que podem aumentar a probabilidade de o indivíduo estar em uma situação de alto risco (Daley, Marlatt e Spotts, 2003; Larimer, Palmer e Marlatt, 1999).

A PR combina o treinamento de habilidades comportamentais com intervenções cognitivas destinadas a prevenir ou limitar a ocorrência de episódios de recaída. O tratamento de PR começa com a avaliação dos potenciais riscos interpessoais, intrapessoais, ambientais e fisiológicos de recaída e os fatores ou situações que podem precipitá-la (Marlatt, 1996a). Estratégias de avaliação específicas baseadas em um modelo biopsicossocial são discutidas na segunda edição de *Assessment of Addictive Behaviors* (Donovan e Marlatt, 2005). Quando desencadeada a recaída potencial e identificadas situações de alto risco, implementam-se abordagens cognitivas e comportamentais que incorporam tanto intervenções específicas quanto estratégias globais de automanejo. Intervenções específicas incluem o ensino de estratégias de enfrentamento efetivas, o aumento da auto-eficácia e o estímulo para o domínio de resultados bem-sucedidos.

Como acontece na maioria dos tratamentos cognitivos-comportamentais, a PR incorpora um grande componente educativo, incluindo a reestruturação cognitiva

de percepções inadequadas e pensamentos mal-adaptativos. Desafiar mitos relacionados a expectativas de resultado positivo e discutir os componentes psicológicos do uso de substâncias (por exemplo, efeito placebo) proporciona ao paciente oportunidades de fazer escolhas com mais informações em situações de alto risco. Do mesmo modo, discutir o EVA e preparar os pacientes para lapsos pode também servir à prevenção de um importante episódio de recaída. O manejo do lapso apresenta-se como um procedimento de emergência a ser implementado no caso de ocorrência de lapso. É fundamental que se ensine os pacientes a reestruturar seus pensamentos negativos sobre os lapsos, para não os encarar como um “fracasso” ou como uma indicação de falta de força de vontade. A educação sobre o *processo* de recaída e a probabilidade de ocorrência de um lapso pode equipar melhor os pacientes para transitar no terreno acidentado e nas escarpas escorregadias das tentativas de abstinência.

Depois de promover a psicoeducação e estratégias de intervenção específicas à situação de alto risco, a PR se concentra na implementação de estratégias globais de automanejo do estilo de vida. O equilíbrio do estilo de vida é um fator crítico na manutenção dos objetivos após o tratamento, e a PR incorpora a avaliação de fatores do estilo de vida que podem se relacionar a uma probabilidade aumentada de recaída. Muitas vezes os pacientes estão vivenciando vários estressores diários, e o terapeuta deve trabalhar com ele para reduzir os estressores ou aumentar as atividades agradáveis, de modo a obter um equilíbrio entre situações negativas e positivas diárias. Além disso, podem ser implementadas abordagens cognitivo-comportamentais específicas, como treinamento do relaxamento, manejo do estresse ou exercício de manejo do tempo. Recentemente, técnicas e exercícios de meditação têm sido incorporados no tratamento de vários transtornos de comportamento (por exemplo, transtorno de personalidade *borderline*, depressão, ansieda-

de) e os resultados preliminares demonstram que a meditação com atenção plena (*mindfulness*) consiste em um adjunto viável e efetivo ao tratamento do abuso de álcool e drogas (Marlatt, 1998; Marlatt e Kristeller, 1999; Witkiewitz, Marlatt e Walker, no prelo).

Unindo tudo isso, terapeuta e paciente podem trabalhar juntos no desenvolvimento de “mapas de recaída”, análises de possíveis resultados que podem ser associados a diferentes escolhas em situações de alto risco. O mapeamento de possíveis cenários auxilia a preparar os pacientes a lidar com as situações e usar respostas de enfrentamento apropriadas. O exercício de identificar e ensaiar possíveis situações de alto risco e estratégias de enfrentamento efetivas destina-se a melhorar a auto-eficácia do paciente e prevenir a incidência de um lapso.

Efetividade e eficácia da prevenção de recaída

Chaney e colaboradores (1978) realizaram o primeiro ensaio clínico randomizado de técnicas de PR em uma população de pacientes alcoolistas internados. Quarenta indivíduos que estavam internados em tratamento para o uso abusivo de álcool em um hospital da Veterans Administration foram aleatoriamente alocados para um grupo de treinamento de habilidades, ou para um grupo de discussão orientado ao *insight*, ou para o tratamento habitual. A intervenção tipo PR do treinamento de habilidades incorporou a modelagem, o ensaio comportamental, *coaching* e a identificação e enfrentamento de situações de alto risco. Os resultados demonstraram que os integrantes do grupo de treinamento de habilidades passaram, significativamente, menos dias alcoolizados, reduziram o consumo de álcool e tiveram períodos de beber mais curtos que os outros dois grupos de comparação. Os autores concluíram que as respostas dos “alcoolistas-problema” a situações

que apresentam um alto risco de recaída podem ser melhoradas por meio de treinamento (Chaney et al., 1978, p. 1101).

Desde 1978, vários estudos têm avaliado a efetividade e a eficácia das abordagens de PR para os transtornos por uso de substâncias (Carroll, 1996; Irvin, Bowers, Dunn e Wang, 1999), e há evidências corroborando a indicação de PR nos casos de depressão (Katon et al., 2001), abuso sexual (Laws, Hudson e Ward, 2000), obesidade (Brownell e Wadden, 1992; Perry et al., 2001), transtorno obsessivo-compulsivo (Hiss, Foa e Kozak, 1994), esquizofrenia (Herz et al., 2000), transtorno bipolar (Lam et al., 2003) e transtorno do pânico (Bruce, Spiegel e Hegel, 1999). Carroll (1996) conduziu uma revisão não-sistemática de 24 ensaios clínicos randomizados controlados com utilização de PR ou técnicas de treinamento de habilidades de enfrentamento, invocando diretamente os procedimentos recomendados por Marlatt e Gordon (1985). Incorporando estudos de PR para adicção de fumo, álcool, maconha e cocaína, Carroll concluiu que a PR foi mais efetiva do que os grupos-controle sem tratamento e tão efetiva quanto outros tratamentos ativos (por exemplo, terapia de apoio, grupo de apoio social, psicoterapia interpessoal) na melhoria dos resultados de uso de substâncias. Vários dos estudos revisados demonstraram que as técnicas de PR reduziram a intensidade dos episódios de recaída quando comparadas a não-tratamento ou tratamento ativo (Davis e Glaros, 1986; O'Malley et al., 1996; Supnick e Colletti, 1984). Além disso, vários estudos identificaram efeitos essenciais continuados pela PR, sugerindo que pode proporcionar uma melhora continuada durante um período de tempo mais longo (indicando um efeito postergado), enquanto outros tratamentos só podem ser efetivos durante um tempo mais curto (Carroll, Rounsaville e Gawin, 1991; Carroll, Rounsaville, Nich e Gordon, 1994; Goldstein, Niaura, Follick e Abrahams, 1989; Hawkins, Catalano, Gillmore e Wells, 1989; Rawson et al., 2002). Estes achados sugere

rem uma curva de aprendizagem de lapso/recaída, em que incrementos nas habilidades de enfrentamento conduzem a uma probabilidade reduzida de recaída. Qualquer um que haja tentado fazer esqui aquático, esqui na neve ou ciclismo entende que a maioria das pessoas raramente conseguem evitar a queda na primeira tentativa; a maioria requer repetidas experiências de quedas, ajustes e novas tentativas antes de dominar estas atividades.

Irwin e colaboradores (1999) conduziram uma metanálise das técnicas de PR no tratamento por uso de álcool, fumo, cocaína e polissubstâncias. Vinte e seis estudos representando uma amostra de 9.504 participantes foram incluídos na revisão. Os resultados demonstraram que a PR consiste em uma intervenção bem-sucedida na redução do uso de substância e na melhoria do ajuste psicossocial. A PR, em particular, foi mais efetiva no tratamento do uso de álcool e polissubstância do que no tratamento para uso de cocaína e cigarro, embora estes resultados precisem de uma interpretação cautelosa devido ao pequeno número de estudos ($n = 3$) que avaliaram o uso de cocaína. A PR foi igualmente efetiva em diferentes modalidades de tratamento, incluindo tratamento individual, em grupo e de casal, embora todos estes métodos fossem mais efetivos no tratamento do uso de álcool. Considerando que a PR foi originalmente desenvolvida como um adjunto ao tratamento para o uso de álcool, não surpreende que esta metanálise tenha demonstrado sua maior efetividade para indivíduos com problemas relativos ao álcool. Este achado sugere que algumas características do uso de álcool são particularmente receptivas ao modelo atual da PR e que os profissionais clínicos e pesquisadores devem continuar a modificar e melhorar os procedimentos da técnica para incorporar as idiosincrasias do uso de outras substâncias (por exemplo, cocaína, cigarro, heroína) e de recaída não relacionada com substâncias (por exemplo, depressão, ansiedade). A exemplo disso,

Roffman desenvolveu uma intervenção de PR específica para os casos de uso de maconha que tem produzido maiores reduções do problema do que um tratamento comparativo de apoio social (Roffman e Stephens, Capítulo 7 deste livro; Roffman, Stephens, Simpson e Whitaker, 1990).

Replicação de recaída e projeto de extensão

O National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) proporcionou financiamento para um grupo de pesquisadores conduzir uma replicação moderna da taxonomia original de Marlatt para a classificação de episódios de recaída. O Relapse Replication and Extension Project (RREP), iniciado pelo Departamento de Pesquisa de Tratamento do NIAAA, foi especificamente designado para investigar o modelo cognitivo-comportamental de recaída desenvolvido por Marlatt e colaboradores (Lowman, Allen, Stout e Relapse Research Group, 1996). Três centros de pesquisa – Brown University, Research Institute on Addiction e Universidade do Novo México – recrutaram 563 indivíduos que procuravam tratamento para abuso e dependência de álcool. Estes participantes foram recrutados de vários programas de tratamento, incluindo programas de internação e ambulatoriais, que representavam várias abordagens para o tratamento do álcool (embora todos os programas de tratamento objetivassem a abstinência). Todos os três locais de pesquisa utilizaram vários instrumentos de avaliação e receberam treinamento similar, de Marlatt e seus colegas, sobre as instruções de pontuação para a taxonomia de recaída. Além da avaliação inicial dos episódios de recaída e das experiências dos participantes, cada centro conduziu avaliações de acompanhamento a intervalos bimensais durante 12 meses. Os resultados do RREP e os comentários estão apresentados em um número especial de *Addiction* (1996, v. 91, n. 12).

O RREP concentrou-se na replicação e extensão da situação de alto risco em relação à recaída e na confiabilidade e validade do sistema taxonômico para classificar os episódios do problema. Os resultados do RREP, apresentados no suplemento de 1996 da revista *Addiction*, estão aqui resumidos. As informações sobre o comportamento alcoólico durante o período de 12 meses após o tratamento corroborou achados prévios sobre os índices de recaída (Hunt, Barnett e Branch, 1971), com 82 e 73% dos participantes, ambulatoriais e internados, respectivamente, tendo tomado pelo menos uma dose de álcool. Do mesmo modo que nos estudos originais de Marlatt de episódios de recaída em alcoolistas, o RREP descobriu que os estados emocionais negativos e a exposição à pressão social para beber foram mais comumente identificadas como situações de alto risco para a recaída (Lowman et al., 1996).

Em geral, os dados e as questões de pesquisa usados no RREP levantaram importantes questões metodológicas com respeito à validade preditiva da taxonomia da recaída e do sistema de codificação de Marlatt. Baseada nos achados neste conjunto de estudos, foi recomendada uma importante reconceitualização da taxonomia da recaída (Donovan, 1996; Kadden, 1996). Longabaugh e colaboradores (Longabaugh, Rubin, Sout, Zywiak e Lowman, 1996) sugeriram uma revisão das categorias da taxonomia (para incluir maior distinção entre os determinantes inter e intrapessoais, mais ênfase na fissura de beber e menos foco na classificação hierárquica). Sugerindo uma modificação da teoria dos precipitantes da recaída, os autores recomendam identificar outros fatores que podem ser usados na previsão da recaída, incluindo mais ênfase na “situação da recaída” (Rubin, Sout, Zywiak e Lowman, 1996, p. 87), em que alguns indivíduos têm uma maior probabilidade de experimentar a recaída, independentemente do contexto situacional específico. Donovan (1996) concluiu que o RREP não

testou adequadamente a pressupostos do modelo cognitivo-comportamental mais amplo de recaída, no qual se baseiam várias estratégias de intervenção da PR. Muitos dos achados do RREP, incluindo a influência do afeto negativo, o EVA e a importância do enfrentamento na previsão da recaída na verdade corroboram significativamente o modelo original da PR (Marlatt, 1996b). De modo mais geral, todos os pesquisadores do RREP basearam-se apenas nas análises estatísticas que são fundamentadas no modelo linear geral. Todavia, as principais teorias do processo de recaída, assim como os estudos de casos clínicos, sugerem que a recaída é “aleatória”, “complexa” e “dinâmica” (Brownell et al., 1986; Donovan, 1996; Litman, 1984; Marlatt, 1996a; Shiffman, 1989).

Trabalhando a partir das críticas apresentadas pelos pesquisadores no RREP (Donovan, 1989; Kadden, 1996; Longabaugh et al., 1996), e também em outras críticas da PR e do modelo cognitivo-comportamental de recaída (Allsop e Saunders, 1989; Heather e Stallard, 1989; Sutton, 1979), o restante deste capítulo dedica-se a rever os fatores de risco de recaída e uma proposta para a reconceituação da taxonomia e do processo de recaída. Embora nenhum modelo único possa jamais abranger todos os indivíduos que tentam vários tipos de mudança comportamental, um entendimento mais completo dos determinantes críticos da recaída e dos processos subjacentes podem proporcionar um *insight* maior no tratamento e na prevenção de recaída nos transtornos.

DETERMINANTES DO LAPSO E DA RECAÍDA

Determinantes intrapessoais

Auto-eficácia

A auto-eficácia é definida como o grau de confiança do indivíduo em sua própria capacidade de realizar um determinado

comportamento em um contexto específico (Bandura, 1977). Como descrito no modelo cognitivo-comportamental de recaída (Marlatt, Baer e Quigley, 1995), níveis mais elevados de auto-eficácia prenunciam melhores resultados no tratamento do alcoolismo (Annis e Davis, 1988; Burling, Reilly, Moltzen e Ziff, 1989; Connors, Maisto e Zywiak, 1996; Greenfield et al., 2000; Project MATCH Research Group, 1997; Rychtarik, Prue, Rapp e King, 1992; Solomon e Annis, 1990). Connors e colaboradores (1996) estudaram a auto-eficácia e os resultados de tratamento um ano depois do término deste com pacientes internados e ambulatoriais. Os autores descobriram que a auto-eficácia estava positivamente relacionada com a percentagem de dias de abstinência e negativamente relacionada ao número de doses de álcool consumidos em um dia de ingestão alcoólica. Greenfield e colaboradores (2000) pesquisaram a relação entre a auto-eficácia e a resistência à recaída em um grupo de pacientes alcoolistas (homens e mulheres) internados. Os resultados deste estudo prospectivo corroboraram o achado de que a auto-eficácia é preditiva na manutenção da abstinência. Isso sugere que a pontuação de auto-eficácia de uma pessoa é preditiva tanto do espaço de tempo até a primeira ingestão alcoólica quanto o tempo até a recaída nos 12 primeiros meses após o tratamento. A auto-eficácia, medida pela Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE; DiClemente, Carbonari, Montgomery e Hughes, 1994), também se mostrou preditiva do resultado de três anos de tratamento para o uso de álcool (Project MATCH Research Group, 1998).

A avaliação da auto-eficácia continua a ser um desafio, especialmente se considerarmos a especificidade contextual do constructo. Annis e colaboradores criaram dois questionários de auto-relato que visam medir a auto-eficácia. O Inventory of Drinking Situations (IDS; Annis, 1982a) e o Situational Confidence Questionnaire (SCQ; Annis, 1982b) avaliam a auto-eficácia

cia passada e presente, respectivamente, em 100 situações. Como anteriormente descrito, DiClemente e colaboradores (1994) desenvolveram a AASE para avaliar a confiança de um indivíduo na abstinência e na percepção da tentação de beber em 20 situações. Devido a todas essas auto-avaliações, quando removido dos contextos proporcionados pelos questionários um indivíduo pode relatar bastante confiança (alta auto-eficácia) na abstinência, mas a verdadeira avaliação de auto-eficácia ocorre no ambiente em tempo real durante uma situação real de alto risco. Por exemplo, Curry, Marlatt e Gordon (1987) descobriram que as atribuições previstas de lapsos de tabagismo em situações hipotéticas não foram significativamente associadas às atribuições a lapsos durante episódios reais de tabagismo. Annis e Davis (1988) sustentam que o propósito das auto-avaliações no tratamento da dependência de álcool é identificar situações de alto risco e aumentar a consciência de *onde* e *quando* podem ser necessárias habilidades de enfrentamento mais consistentes. Além disso, outras considerações devem ser dadas à mensuração da auto-eficácia em situações reais (Shiffman et al., Capítulo 4 deste livro), como por meio de técnicas de automonitoramento (por exemplo, avaliação ecológica momentânea [AEM], técnica desenvolvida por Stone e Shiffman, 1994).

Um estudo realizado por Shiffman e colaboradores (2000) usando a AEM demonstrou que as avaliações de auto-eficácia no início do tratamento foram tão preditivas do primeiro lapso quanto as avaliações diárias de auto-eficácia, demonstrando a estabilidade desta durante a abstinência. No entanto, a variação diária de auto-eficácia foi um importante preditor de progressão de recaída no tabagismo após um primeiro lapso. Usando a mesma metodologia, Gwaltney e colaboradores (2002) mostraram que tanto os indivíduos que tiveram um lapso quanto aqueles que se abstêm de fumar depois do tratamento são capazes de discriminar si-

tuações sem alto risco de situações com alto risco (por exemplo, contextos afetivos negativos), recebendo as avaliações mais baixas de auto-eficácia.

Expectativas de resultado

As expectativas de resultado quanto ao uso de álcool referem-se à antecipação dos efeitos que um indivíduo espera obter em consequência do consumo de álcool ou droga (Jones et al., 2001; Leigh e Stacy, 1991; Stacy, Widaman e Marlatt, 1990). As expectativas de um indivíduo podem relacionar-se aos efeitos físicos, psicológicos ou comportamentais do álcool, e os efeitos esperados não correspondem necessariamente aos efeitos reais vivenciados após o consumo. Por exemplo, um indivíduo pode *esperar* se sentir mais relaxado (físico), mais feliz (psicológico) e mais sociável (comportamental) depois de ingerir álcool, mas a experiência *real* do indivíduo pode incluir tensão aumentada (físico), tristeza (psicológico) e retraimento (comportamental). Pesquisas de tratamento têm demonstrado que as expectativas de efeito positivo (por exemplo, “Um cigarro seria relaxante”) estão associadas a piores resultados de tratamento (Connors, Tarbox e Faillace, 1993), e expectativas de efeito negativo (por exemplo, “Eu vou ter uma resaca”) estão relacionadas a melhores resultados de tratamento (Jones e McMahon, 1996).

As expectativas costumam ser mensuradas por meio de questionários auto-aplicados que têm uma estrutura de fatores subjacentes representando diferentes tipos de expectativa (por exemplo, o Alcohol Expectancy Questionnaire de Brown, Goldman e Christiansen, 1985). A principal crítica desta abordagem tem sido a confiança em avaliações de “expectativas”, que podem realmente avaliar atitudes gerais com relação ao uso de álcool ou drogas (Leigh e Stacy, 1991; Stacy et al., 1990). Em resposta a essas críticas, foram desenvolvidos

modelos de expectativa da rede que incorporam a importância da memória de longo prazo e dos processos cognitivos na previsão do consumo atual e futuro (Goldman, Brown, Christiansen e Smith, 1991).

Baseados em um modelo de expectativas da rede, Jones e colaboradores (2001) concluíram que, embora as expectativas estejam fortemente relacionadas a resultados de tratamento e programas de prevenção, há poucas evidências de que focar o tratamento nas expectativas conduzam a mudanças no consumo de álcool após o tratamento. Reduções nas expectativas de resultado positivo nem sempre conduzem a reduções no consumo de álcool (Connors et al., 1993), e o papel das expectativas no resultado do tratamento pode depender da população visada e das estruturas motivacionais. De um ponto de vista simplista, expectativas positivas podem proporcionar ao indivíduo motivação para beber, enquanto expectativas negativas podem proporcionar motivação para evitar beber (Cox e Klinger, 1988).

Embasados no condicionamento operante, a motivação para o uso em uma situação específica baseia-se na expectativa de reforço positivo ou negativo de resultado na situação (Bolles, 1972). Por exemplo, se um indivíduo está em uma situação muito estressante e tem uma expectativa de resultado positivo quanto ao fumo (“fumar um cigarro vai reduzir seu nível de estresse”), o incentivo de fumar um único cigarro tem um alto valor de reforço. Baker e colaboradores (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie e Fiore, 2004) demonstraram que as expectativas de redução no afeto negativo e na severidade da abstinência (Piasecki et al., 2000) proporcionam um reforço negativo, o que pode aumentar as expectativas de resultado positivo.

Recentemente foram apresentados relatos mais complexos de expectativas, baseados em modelos de processamento cognitivos e afetivos (Baker et al, no prelo; Ostafin, Palfai e Wechsler, 2003). Pesquisas experimentais têm demonstrado que as respostas a avaliações explícitas de ex-

pectativas variam muito de avaliações implícitas, o que indica uma resposta automática a estímulos e conseqüências relacionadas ao álcool (Kelly e Witkiewitz, 2003; Palfai e Ostafin, 2003). Kelly e Witkiewitz (2003) estudaram o tempo de resposta para atitudes relacionadas à expectativa quanto ao uso de álcool (por exemplo, redução da tensão) em estudantes universitários que consumiam bastante ou pouco álcool. Os resultados demonstraram uma resposta mais lenta no caso de alcoolistas pesados, o que foi interpretado como sinal de que eles têm associações mais complexas com as informações das expectativas sobre o álcool. Palfai e Ostafin (2003) demonstraram que as atitudes implícitas em relação à antecipação do uso de álcool (isto é, tendências para uso da bebida) relacionavam-se significativamente com as expectativas globais positivas e previam de maneira confiável impulsos mais fortes e uma excitação maior na antecipação do uso de álcool. Estes achados destacam os processos automáticos subjacentes às expectativas quanto à bebida (Stacy, Ames e Leigh, 2004). De uma perspectiva econômica comportamental, postula-se que, para alcoolistas pesados, o peso explícito de expectativas negativas acerca das conseqüências do uso de substâncias nas situações de alto risco é altamente improvável; em vez disso, a consideração dos reforçadores imediatos *versus* o adiamento dos reforçadores pode conduzir a respostas de piloto automático (Vuchinich e Tucker, 1996).

Motivação

Cox e Klinger (1988, p. 168) propuseram que “o caminho comum e final para o uso do álcool é motivacional”. Essa idéia ligava-se inerentemente à idéia de expectativas positivas sobre os efeitos do álcool, como descrito pela teoria da expectativa, mas é também estimulada a noção de que a motivação para beber constitui um componente chave preditivo da mudança de

comportamento. A motivação pode se relacionar ao processo de recaída de duas maneiras distintas: a motivação para a mudança de comportamento positiva e a motivação ao envolvimento em comportamento-problema. O *Oxford English Dictionary* (2002) define motivação como “o estímulo consciente ou inconsciente para a ação rumo a um objetivo desejado, proporcionado por fatores psicológicos ou sociais; o que dá propósito ou direção ao comportamento”. Usando o exemplo do uso de álcool poderíamos definir o primeiro tipo de motivação (*motivação para a mudança*) como o estímulo à ação rumo à abstinência ou ao uso reduzido de álcool, e o segundo tipo de motivação (*motivação ao uso*) como o estímulo ao envolvimento no comportamento de uso de álcool.

A ambivalência com relação à mudança com frequência se relaciona tanto com a auto-eficácia (por exemplo, “Eu realmente deixei de me injetar, mas não creio ser capaz de dizer ‘não’”) quanto com as expectativas de resultado (por exemplo, “Eu deixaria de beber, mas então teria realmente dificuldade em me reunir com as pessoas”). Prochaska e DiClemente (1984) propuseram um modelo transteórico da motivação, incorporando cinco estágios de prontidão à mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Cada estágio caracteriza um nível diferente de prontidão motivacional, e a pré-contemplação representa o nível mais baixo de prontidão (DiClemente e Hughes, 1990). Durante a pré-contemplação, há pouca motivação à mudança, mas, quando o indivíduo se move rumo à contemplação, há um aumento na ambivalência e na “conversa sobre mudança”.

As intervenções que se concentram em resolver a ambivalência (por exemplo, avaliar os prós e contras da mudança *versus* a não-mudança) podem aumentar a motivação intrínseca, permitindo aos pacientes explorar seus próprios valores e como eles podem diferir das escolhas comportamentais reais (por exemplo, “Eu quero ser

um funcionário eficiente, mas com frequência passo meus dias de ressaca e minhas noites me embebedando”). A entrevista motivacional (EM) desenvolvida por Miller e Rollnick (1991, 2002) é um estilo de entrevista concentrado no paciente com o objetivo de resolver conflitos relacionados aos prós e contras da mudança, melhorando a motivação e encorajando a mudança de comportamento positiva. Originalmente desenvolvida para trabalhar com pacientes que apresentam transtornos relacionados ao álcool, a EM tem demonstrado eficácia na redução do consumo e da frequência do uso de álcool nesta população (Bien, Miller e Boroughs, 1993; Miller, Benefield e Tonigan, 1993). Uma metanálise recente de 30 diferentes ensaios clínicos da EM demonstraram que ela é mais efetiva do que o não-tratamento ou do que o placebo, e tão efetiva quanto outros tratamentos ativos para problemas de álcool e drogas, dieta e exercícios (Burke, Arkowitz e Menchola, 2003). Com relação à EM para problemas de álcool, a revisão demonstrou que os resultados agregados dos estudos indicou uma redução de 56% no uso de álcool. A EM também tem sido adaptada e aplicada com sucesso no trabalho com vários outros problemas de saúde, incluindo o uso de substâncias ilícitas (Budney, Higgins, Radonovich e Novy, 2000; Stephens, Roffman e Curtin, 2000), tabagismo (Butler et al., 1999) e redução do risco de HIV (Carey et al., 2000).

Enfrentamento

Com base no modelo cognitivo-comportamental de recaída, o preditor mais importante de recaída é a capacidade do indivíduo de utilizar estratégias de enfrentamento efetivas ao lidar com situações de alto risco. O enfrentamento inclui tanto estratégias cognitivas quanto comportamentais destinadas a reduzir o risco ou conseguir gratificação em uma dada situação (Lazarus, 1966). Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg e Jackson (1983) enfati-

zaram antes de tudo a importância das estratégias de enfrentamento na PR nos casos de uso de álcool em situações de risco. Litman propôs um modelo de recaída que incorporasse uma interação entre a situação, a disponibilidade de eficácia dos comportamentos de enfrentamento, e a auto-eficácia do indivíduo em lidar com a situação.

Vários tipos de enfrentamento têm sido propostos, diferindo segundo a função e a topografia. Shiffman (1984) descreveu as distinções entre o *enfrentamento do estresse*, que funciona para diminuir o impacto dos estressores, e o *enfrentamento da tentação*, que se destina a resistir à tentação de usar drogas, independente do estresse. O relacionamento entre o enfrentamento do estresse ou da tentação e a resposta do indivíduo tem sido descrito como transacional, por meio da qual os indivíduos fazem uma apreciação cognitiva de sua capacidade de enfrentar o estressor ou a tentação, e essa apreciação determina a resposta (Lazarus e Folkman, 1984). O enfrentamento do estresse ou da tentação podem assumir a forma de *enfrentamento cognitivo*, usando-se os processos mentais e a “força de vontade” para controlar o comportamento, e o *enfrentamento comportamental*, que envolve alguma forma de ação. Um exemplo do enfrentamento da tentação cognitiva é pensar nas conseqüências negativas do uso, enquanto o enfrentamento da tentação comportamental pode ser a evitação dos gatilhos a fim de prevenir o uso. O enfrentamento do estresse cognitivo inclui a meditação com atenção plena (*mindfulness*) como uma técnica de manejo do estresse, e o enfrentamento do estresse comportamental inclui, por exemplo, sair para fazer uma caminhada para se livrar de uma situação estressante, como uma discussão de família.

Moos (1993) ressaltou a distinção entre o enfrentamento pela abordagem e o enfrentamento pela evitação. O enfrentamento pela abordagem pode envolver tentativas de aceitação, confronto ou reestruturação como um meio de enfrentamento, enquan-

to o enfrentamento pela evitação inclui desvio da atenção por sugestões ou o envolvimento em outras atividades. Chung e colaboradores (Chung, Langenbucher, Labouvie, Pandina e Moos, 2001) previram resultados de tratamento de 12 meses em pacientes alcoolistas, focando nas distinções entre os componentes comportamentais e cognitivos dos enfrentamentos pela abordagem e pela evitação. Utilizando o Coping Responses Inventori (CRI; Moos, 1993), eles definiram o componente cognitivo do enfrentamento pela abordagem como tentativas de se obter entendimento sobre um estressor ou de reestruturá-los positivamente, e o comportamento cognitivo do enfrentamento pela evitação como evitar pensamento sobre o estressor ou aceitá-lo; o componente comportamental do enfrentamento pela abordagem como uma busca de apoio e uma solução de problema, e o componente comportamental do enfrentamento pela evitação como a incorporação da descarga emocional e atividades prazerosas alternativas. Os resultados sugeriram que o enfrentamento pela evitação, particularmente o componente cognitivo do enfrentamento pela evitação, aponta menor uso de álcool (incluindo a gravidade do problema e os sintomas de dependência), problemas interpessoais e psicológicos no acompanhamento 12 meses depois. O componente cognitivo de enfrentamento pela abordagem também previu a redução da gravidade do problema de álcool em 12 meses. Em geral, os pacientes alcoolistas reduziram o uso do enfrentamento pela evitação e aumentaram o de enfrentamento pela abordagem.

Embora esses estudos tenham demonstrado que o enfrentamento é um fator preditivo fundamental de recaída e da prevenção de recaída, permanecem algumas questões de definição e avaliação: O que é enfrentamento? Como podemos medi-lo? O enfrentamento é em geral operacionalmente definido como um escore em um questionário de auto-avaliação, como o Coping Behavior Inventory (CBI; Litman, Stapleton, Oppenheim e Peleg, 1983), ou

como respostas a situações específicas (Chaney et al., 1978; Monti et al., 1993). O Situational Competency Test, originalmente desenvolvido por Chaney e colaboradores (1978), demonstrou que a latência de tempo de reação a uma situação de alto risco indicava recaída. Monti e colaboradores (1993) desenvolveram o Alcohol-Specific Role Play Test, que incorpora avaliações do observador de habilidades de enfrentamento demonstradas em situações gerais e específicas do álcool. Embora tal procedimento proporcione informações mais objetivas do que um questionário de auto-avaliação, a possibilidade de generalização de uma situação de *role play* para uma situação de alto risco do mundo real é questionável. Mais importante, o uso de habilidades de enfrentamento enquanto está representando o “papel” no *role-play* pode na verdade ser uma medida das características dos pacientes (por exemplo, querer agradar a equipe de tratamento ou o experimentador), da auto-eficácia (por exemplo, o paciente confia em sua capacidade de se abster) ou da prontidão à mudança (por exemplo, o paciente é altamente motivado a praticar e utilizar estratégias de enfrentamento).

O papel das habilidades de enfrentamento, auto-eficácia e motivação na previsão do resultado do tratamento de uso de álcool foi investigado por Litt e colaboradores (2003). Os resultados demonstraram que a auto-eficácia e o enfrentamento independentemente apontaram resultados de tratamento bem-sucedidos. A motivação foi relacionada ao resultado via relacionamento com as habilidades de enfrentamento, como os níveis mais altos de prontidão para aumentar o uso das habilidades de enfrentamento, levando a resultados ainda mais bem sucedidos. Litt e colaboradores (2003) examinaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC), que incluía o treinamento de habilidades de enfrentamento, *versus* um tratamento baseado na terapia interacional/interpessoal (TII), que não incluía o treinamento

de habilidades de enfrentamento. Os dois tratamentos produziam bons resultados, baseados na percentagem de dias de abstinência e na proporção de dias de beber pesado, e incrementos nas habilidades de enfrentamento. A disponibilidade das habilidades de enfrentamento depois do tratamento foi um fator preditivo significativo do resultado, embora nem a TCC nem a TII tenham conduzido a incrementos substancialmente maiores nas habilidades de enfrentamento. Tais resultados são consistentes com uma revisão recente conduzida por Morganstern e Longabaugh (2000), que descobriram que as melhorias nas habilidades de enfrentamento não eram um mecanismo de mediação de melhora de resultados após intervenções cognitivo-comportamentais. O achado de que as habilidades de enfrentamento não mediam a eficácia da TCC levou estes autores a concluir que a pesquisa ainda não determinou os mecanismos ativos da terapia.

Uma explicação para isso é a interação dinâmica entre o enfrentamento, a auto-eficácia e a motivação (Litt et al., 2002; Shiffman et al., 2000). Uma segunda explicação é a operacionalização do enfrentamento em estudos anteriores: medimos acuradamente como o “enfrentamento” é vivenciado pelo indivíduo? As definições de enfrentamento anteriormente descritas envolvem uma resposta *ativa*, consciente (Monti et al., 1993; Moos, 1993; Shiffman, 1984). Paradoxalmente, o ato de se engajar no uso de substâncias, na presença de estresse, afeto negativo ou gatilhos, poderia ser descrito como uma estratégia ativa de enfrentamento ineficaz e hiperaprendida.

O enfrentamento também pode ser vivenciado como inação. A inação tem sido caracteristicamente interpretada como a aceitação de gatilhos de substâncias químicas (por exemplo, Litman, 1984; Marlatt, 2002), descrita como “deixar-se levar” e não agir na ocorrência de um impulso. Esta visão do enfrentamento inativo é consistente com o conceito budista de *skillful means* (Marlatt, 2002) – a aceitação do momento

presente e a observação de experiências lógicas, sensoriais, físicas e intuitivas, sem analisar, julgar ou reagir emocionalmente. O enfoque não está em “fazer o que é certo” ou tomar boas decisões, mas antes o objetivo é “só fazer”. Um exemplo de estratégia de enfrentamento consistente com os *skillful means* é o uso de “surfear impulso” (Marlatt e Kristeller, 1999). Usando uma metáfora da onda, surfar o impulso é uma técnica de imagem para ajudar os pacientes a obter controle sobre os impulsos de usar drogas ou álcool. Nesta técnica, o paciente é primeiro ensinado a dar o nome de impulso às sensações internas e às preocupações cognitivas e a estimular uma atitude de distanciamento desse impulso. O foco é a identificação e aceitação do impulso, e não a ação sobre ele ou tentar lutar contra ele.

Em um estudo recente sobre a eficiência de uma técnica de meditação com atenção plena (*mindfulness*) (da tradição Vipassana) na redução do abuso de substância em uma população carcerária, os participantes relataram que “permanecer no momento presente” e estar atento aos impulsos eram estratégias de enfrentamento úteis (Marlatt et al., 2004). A meditação com atenção plena (*mindfulness*) é também um componente importante da terapia comportamental dialética para o tratamento do transtorno da personalidade *borderline* (Linehan, 1993) e da terapia cognitiva baseada na *mindfulness* para a depressão (Segal, Williams e Teasdale, 2002). O transtorno de personalidade *borderline* (TPB), a depressão e o abuso de substâncias são similares, pois os indivíduos com esses transtornos utilizam estratégias de enfrentamento ineficazes e mal-adaptativas em situações estressantes. Tem-se proposto que a meditação proporciona uma estratégia de enfrentamento alternativa em resposta ao estresse, ao afeto negativo e à ansiedade (Marlatt, Pagano, Rose e Marques, 1984). Ao descrever o uso da meditação como uma estratégia de enfrentamento para o comportamento adictivo, Groves e Farmer (1994, p. 189) declaram: “No caso

das adicções, a *mindfulness* poderia significar tornar-se consciente dos desencadeantes da fissura [...] e escolher outra coisa que melhore ou previna a fissura, desse modo enfraquecendo a resposta habitual”. Concentrar-se no momento presente, observar silenciosamente e aceitar a ansiedade associada à fissura, ao estresse ou ao afeto negativo pode proporcionar aos adictos uma estratégia de enfrentamento efetiva e adaptativa.

Estados emocionais

Na investigação qualitativa original de episódios de recaída (Marlatt e Gordon, 1980), o estado emocional negativo foi o mais forte preditivo de recaída em uma amostra de homens alcoolistas (37% da amostra relatou que o afeto negativo foi o principal desencadeante de recaída). Vários outros estudos têm relatado um forte vínculo entre o afeto negativo e a recaída nos casos de uso de substâncias (por exemplo, Brandon, Tiffany, Obremski e Baker, 1990; Cooney, Litt, Morse, Bauer e Guapp, 1997; Hodgins, el Ghebaly e Armstrong, 1995; Litman, 1984; Litt, Cooney, Kadden e Gaupp, 1990; McKay, Rutherford, Alterman, Cacciola e Kaplan, 1995; Shiffman, Paty, Gnys, Kassel e Hickcox, 1996). Baker e colaboradores (2003) recentemente identificaram o afeto negativo como o principal motivo para o uso de droga. Segundo esse modelo de motivação afetiva para o uso da droga, o uso excessivo de substâncias é motivado pela regulação afetiva, tanto positiva quanto negativa. O uso de substâncias é com frequência um reforço para os pacientes, levando o indivíduo a se envolver no futuro. Muitas vezes o uso de substâncias proporciona reforço negativo via a melhora de um estado afetivo desagradável, como sintomas físicos de abstinência (Baker et al., 2004). Por exemplo, McKay e colaboradores (1995) descobriram que os adictos de cocaína apresentaram solidão (62,1%), depressão

(55,8%), tensão (55,8%) e raiva (40%) no dia de uma recaída; uma percentagem menor da amostra apresentou extremo bem-estar (37,9%) e excitação (33,7%).

Em resposta à alta comorbidade do uso de substâncias e dos transtornos de humor, tem sido proposto que a dependência de substância talvez seja uma forma de automedicação (Khantzian, 1974). Segundo essa teoria, os indivíduos com transtornos afetivos graves podem estar utilizando drogas adictivas como um mecanismo de enfrentamento, não obstante se trate de uma estratégia efetiva apenas a curto prazo, muitas vezes mal-adaptativa a longo prazo. Em outras palavras, os indivíduos usam substâncias para aliviar sintomas de transtornos de humor preexistentes. Alternativamente, propõe-se que o uso de droga como automedicação configure uma tentativa de aliviar os transtornos afetivos induzidos por substâncias (Raimo e Schuckit, 1998), o que valida ainda mais o achado de que os lapsos são com frequência prenunciados por afeto negativo auto-relatado (Hodgins et al., 1995). Um estudo recente usando a avaliação ecológica momentânea (AEM) corroborou tal modelo, em que na análise prospectiva os estados ansiosos de humor eram preditivos de consumo de álcool, enquanto na análise transversal o consumo estava associado com níveis reduzidos de ansiedade (Swendsen et al., 2000).

As distinções entre afeto positivo e negativo como fator preditivo de resultados de tratamento têm sido demonstradas em vários estudos. Hodgins e colaboradores (1995) mostraram que tanto o afeto positivo quanto o negativo foram associados à recaída em casos de alcoolismo; no entanto, o afeto negativo estava associado ao beber pesado, e o afeto positivo, a episódios de uso mais leve de bebida. Os autores concluíram que o afeto negativo pode ser preditivo de recaídas maiores, enquanto o afeto positivo indica com mais frequência lapsos. Similarmente, Borland (1990) constatou que os lapsos associados a humor po-

sitivo têm maior probabilidade de conduzir a uma recuperação bem-sucedida (abstinência). Experimentalmente, induções de humor positivo e negativo relacionam-se ambas a incrementos nos impulsos de fumar (Taylor, Harris, Singleton, Moolchan e Heishman, 2000) e na reatividade a gatilhos do álcool (Cooney et al., 1997). O afeto positivo também tem sido associado a resultados mais positivos e a índices de recaída mais baixos (McKay, Merikle, Mulvaney, Weiss e Koppenhaver, 2001).

Em oposição à visão corrente do afeto negativo como um forte preditor do uso de substâncias, Shiffman e colaboradores (2002) recentemente mostraram que as mudanças diárias no afeto, avaliadas por meio de AEM (Stone e Shiffman, 1994), não foram significativamente associadas ao fumo *ad lib* em fumantes pesados antes de uma data de parada programada. Os únicos estados psicológicos preditores do uso de cigarro foram a premência de fumar e a inquietude. A excitação, o afeto negativo e o distúrbio da atenção não se associaram ao distúrbio de fumar. Em estudo relacionado usando a AEM, Shiffman e Waters (2004) mais uma vez demonstraram que o afeto negativo nos dias anteriores a um lapso em casos de tabagismo não era preditivo do lapso, mas o afeto negativo, consistentemente, vai crescendo nas 6 horas anteriores ao lapso. Descobriu-se também que os lapsos relativos ao fumo com frequência foram precedidos pela combinação de afeto negativo, estresse e discussão com outro indivíduo. Na discussão dos autores sobre os achados, eles afirmam: “Uma discussão pode facilmente surgir em minutos e conduzir rapidamente a um lapso, sem qualquer progressão prévia ou previsibilidade” (Shiffman e Waters, 2004, p. 198).

Uma análise comportamental da adicção demonstra que muitas drogas proporcionam tanto reforço negativo (por exemplo, a redução do afeto negativo, referido como “automedicação”) quanto reforço positivo (por exemplo, expectativas de resul-

tado positivo, ou o “problema da gratificação imediata”). A hipótese da automedicação se aplica quando o indivíduo usa uma substância como um meio de enfrentar emoções negativas, conflito ou estresse. O problema da gratificação imediata (PGI) se aplica quando o indivíduo se concentra nos aspectos positivos e na euforia de usar uma substância, ao mesmo tempo em que ignora as conseqüências negativas (Marlatt, 1988). A seqüência bifásica das reduções imediatas de disforia e os aumentos de euforia proporcionam as contingências temporais necessárias para manter o uso de droga. Além disso, as conseqüências negativas que acompanham tal comportamento (por exemplo, ressaca, perda do emprego, tensão financeira) são freqüentemente adiadas. Como já descrito, a partir de uma perspectiva de economia comportamental, o valor das conseqüências diminui à medida que o tempo entre o comportamento e a contingência aumenta (Bickel e Vudhinich, 2000). Infelizmente, algumas das conseqüências mais negativas resultantes do comportamento adicto (por exemplo, HIV ou infecção por hepatite C, doença hepática, câncer de pulmão) com freqüência ocorrem anos depois da instalação do comportamento. Por isso, a probabilidade de recaída aumenta quando adiadas as conseqüências negativas e/ou não se encontram disponíveis os reforçadores alternativos (Bickel, Madden e Petry, 1998). Bickel apresentou o exemplo de que um tratamento eficaz pode proporcionar um reforçador alternativo imediato, mas só quando o tratamento é desejado pelo paciente (Marlatt e Kilmer, 1998).

Fissura

A fissura é possivelmente o conceito mais amplamente estudado e o menos entendido no estudo da adicção de droga (Lowman, Hunt, Litten e Drummond, 2000). Pacientes, clínicos e pesquisadores com freqüência descrevem a fissura como

um terrível adversário na recuperação e persistência dos transtornos adictivos. A história da pesquisa sobre a fissura de álcool remonta a Isbell (1955), que descreveu tanto os tipos de fissuras físicas (indicados por sintomas de abstinência) quanto psicológicos (relacionados a expectativas de resultado e a premência). Posteriormente, Jellinek (1960) associou a fissura com uma *perda de controle* e com a incapacidade de se abster do álcool, enfatizando tanto a abstinência física quanto a compulsão impulsiva de beber. Edwards e Gross (1976) descreveram uma “síndrome de dependência do álcool” caracterizada por um estreitamento do repertório de beber, relevância do beber, tolerância, abstinência e “consciência subjetiva da compulsão de beber”. A última característica associava-se tanto à fissura, definida como um desejo irracional de beber, quanto à perda de controle.

Pesquisas utilizando um desenho com placebo apresentaram evidências que desmentem a hipótese da *perda de controle*. Em um estudo de Marlatt, Demming e Reid (1973), sujeitos dependentes do álcool que consumiram álcool, embora lhes fosse dito que se tratava de uma bebida não-alcoólica, deixavam de ingerir mais álcool em um período de consumo *ad lib*, em comparação a sujeitos bebedores sociais, após ambos os grupos terem recebido uma dose inicial (*priming*) de álcool. Quando os participantes acreditavam que estivessem consumindo álcool, embora na verdade bebessem um placebo não-alcoólico, continuavam a “perder o controle” e a tomar mais do placebo do que os sujeitos bebedores sociais, após uma dose *priming* de álcool. Bickel e colaboradores (1998) propuseram que o fenômeno da *perda de controle* pode ser explicado pela teoria da economia comportamental, baseada na desvalorização dos reforçadores retardados. Em essência, os abusadores de substâncias selecionam impulsivamente reforçadores menores e mais imediatos em lugar de reforçadores maiores, retardados.

Siegel, Krank e Hinson (1988) propõem que tanto a fissura quanto os sintomas de abstinência podem atuar como respostas condicionadas compensatórias da droga, com frequência na direção oposta ao efeito real da substância não condicionada. Essas respostas são condicionadas por várias exposições a estímulos relacionados à droga, juntamente com os efeitos fisiológicos da droga. Muitas vezes referido como tolerância, tal processo é explicado por gatilhos ambientais de droga suscitando uma resposta fisiológica preparatória do indivíduo para os efeitos da droga (por exemplo, a elevação da glicose no sangue causada pela nicotina após várias ocasiões de fumo é precedida por uma resposta hipoglicêmica prévia na presença de gatilhos de nicotina futura). A resposta preparatória permite que o indivíduo consuma mais de uma substância desejada, ao mesmo tempo que reduz os efeitos da droga. Os sintomas de abstinência e fissura podem também se limitar a situações em que ocorreu a aprendizagem prévia das respostas preparatórias aos efeitos da droga, como nas respostas à exposição ao gatilho de droga (Siegel, Baptista, Kim, McDonald e Weise, 2000).

Mais recentemente, a fissura tem sido bastante definida por modelos de reforço condicionado (Li, 2000), de sensibilização ao incentivo (Robinson e Berridge, 2000), de regulação do sistema de dopamina (Grace, 1995), da teoria de aprendizagem social (Marlatt, 1985) e de processamento cognitivo (Tiffany, 1990). Esses modelos recentes de fissura foram amplamente discutidos em um suplemento de 2000 da revista *Addiction* (vol. 95, Suplemento 2), dedicada às perspectivas de pesquisa atuais sobre a fissura de álcool. Além do problema de se definir “fissura” (Lowman et al., 2000), vários pesquisadores discutiram o problema maior de medir tal fenômeno (Sayette et al., 2000; Tiffany, Carter e Singleton, 2000). Sayette e colaboradores (2000) estimularam uma abordagem multidimensional e direcionada à definição e

a avaliação da fissura, enquanto Tiffany e colaboradores (2000) destacam a necessidade de avaliações da fissura mais sensíveis e a revisão de questões básicas da mensuração, como a confiabilidade e a validade das avaliações da fissura.

Um achado comum da pesquisa recente sobre adicção é a ausência de forte associação entre os relatos subjetivos de fissura e recaída (por exemplo, Kassel e Shiffman, 1992; Tiffany, 1990). Drummond e colaboradores (Drummond, Litten, Lowman e Hunt, 2000) identificaram quatro possíveis explicações para o achado:

1. a fissura e a recaída são fenômenos únicos e independentes;
2. a fissura é preditiva da recaída, mas as avaliações atuais da mensuração da fissura não são suficientemente sensíveis para detectar essa correlação;
3. a fissura só é indicativa de recaída em condições específicas;
4. “a experiência subjetiva da fissura não é preditiva de recaída”, mas os mecanismos subjetivos e correlatos da fissura são preditivos de recaída.

Por isso, os relatos subjetivos de fissura não são preditivos de recaída (como são atualmente medidos), mas outros fatores que causam fissura (como o processo de oposição de respostas preparatórias para o uso de drogas ou os modelos de sensibilização ao estímulo anteriormente descritos) podem fazê-lo (Sayette et al., 2000).

A quarta explicação da fissura descrita por Drummond é mais consistente com um modelo de aprendizagem social cognitiva, pois se aplica à recaída e à PR. De acordo com esse modelo, as expectativas cognitivas causam um impacto no modo como o indivíduo reage a estímulos condicionados relacionados à substância e à sua capacidade de utilizar mecanismos de enfrentamento eficazes. Baseados nesse modelo, Marlatt e colaboradores (Larimer, Palmer e Marlatt, 1999) distin-

guem a fissura, ou o desejo subjetivo de usar uma substância adictiva, de uma premência, a intenção comportamental ou impulso de consumir álcool ou drogas. Usando essa conceituação, as fissuras podem ser reduzidas ou eliminadas, concentrando-se nos vieses subjetivos do paciente e nas expectativas de resultado quanto a uma substância desejada. O estado atual do conhecimento relacionado à fissura e à recaída conduz à integração das teorias fisiológicas, de aprendizagem e cognitiva na adicção a drogas. Um modelo transacional, em que as respostas fisiológicas, a tolerância, as expectativas de resultado e/ou a auto-eficácia intermediam a relação entre os relatos subjetivos de fissura e recaída na adicção a drogas, deve ser testado em pesquisa futura (Niaura, 2000).

Determinantes interpessoais: apoio social

Além das influências intrapessoais descritas anteriormente, o apoio social desempenha um papel fundamental como determinante interpessoal de recaída. O apoio social positivo é extremamente preditivo dos índices de abstinência de longo prazo em vários comportamentos adictivos (Barber e Crisp, 1995; Beattie e Longabaugh, 1997, 1999; Dobkin, Civita, Paraherakis e Gill, 2002; Gordon e Zrull, 1991; Havassy, Hall e Wasserman, 1991; Humphreys, Moos e Finney, 1996; McMahon, 2001; Noone, Dua e Markham, 1999; Rosenberg, 1983). Similarmente, o apoio social negativo, na forma de conflito interpessoal (Cummings, Gordon e Marlatt, 1980), e a pressão social para o uso de substâncias (Annis e Davis, 1988; Brown, Vik e Craemer, 1989) têm sido relacionados a um risco maior de recaída. A pressão social pode ser direta, quando os pares tentam convencer o sujeito a usar uma substância, ou indireta, através do modelo (por exemplo, um amigo pede uma bebida no jantar) e/ou da exposição ao gatilho (por

exemplo, amigos que têm os objetos para o uso da droga em casa). Também se observa que o tamanho da rede social e a percepção da qualidade do apoio social são preditores da recaída (McMahon, 2001). Do mesmo modo, os traços de personalidade antissocial que tendem a impedir relacionamentos sociais positivos são com frequência associados ao risco aumentado de recaída (Alterman e Cacciola, 1991; Fals-Stewart, 1992; Longabaugh, Rubin, Malloy, Beattie, Clifford e Noel, 1994).

Beattie e Longabaugh (1997) demonstraram que o apoio social funcional é mais preditivo de resultados do uso de álcool e do bem-estar psicológico do que qualquer outra qualidade ou apoio estrutural. Em estudo posterior, os mesmos autores descobriram que o apoio específico ao álcool (por exemplo, o parceiro que apóia o paciente a manter a abstinência) constituiu um melhor preditivo de variação nos índices de abstinência pós-tratamento a curto (3 meses) e longo (15 meses) prazos do que o apoio geral (por exemplo, apoio de amigos e da família estendida, que pode incluir “companheiros de bebida”). Além disso, o apoio específico ao álcool mediou o relacionamento entre o apoio geral e a abstinência, sugerindo que os pacientes devem ser estimulados a buscar indivíduos que os incentivem a manter as decisões de reduzir a bebida ou de permanecer abstêmios após o tratamento (Beattie e Longabaugh, 1999). Destes achados, a terapia conjugal comportamental (Winters, Fals-Stewart, O’Farrell, Birchler e Kelley, 2002), que incorpora o apoio do parceiro aos objetivos do tratamento, tem sido descrito como um dos três principais métodos de tratamento empiricamente comprovados em casos de problemas com álcool (Finney e Monahan, 1996). (A abordagem de reforço da comunidade, baseada no treinamento de habilidades que se concentra em construir uma rede social de apoio, e a PR foram encaradas como os dois outros métodos comprovados para tratar o uso de álcool.)

INSTRUÇÕES FUTURAS NA DEFINIÇÃO, MENSURAÇÃO E TRATAMENTO DA RECAÍDA

Duas décadas se passaram desde que Marlatt e Gordon publicaram a primeira edição de *Prevenção de recaída*. Durante essa época, o termo “prevenção de recaída” foi amplamente disseminado e testado, mas também usado equivocadamente, distorcido e enfeitado. Vários autores criticam a PR, sugerindo que ela seja modificada para incorporar maior complexidade (Edwards, 1987), determinantes adicionais de recaída (por exemplo, a fissura; Longabaugh et al., 1996), mais informações sobre a probabilidade ou o momento de um evento de recaída (Stout, Longabaugh e Rubin, 1996) e melhora da validade do constructo (Maisto, Connors e Zwyiak, 1996). Além dessas críticas, tem havido um acúmulo de achados relacionados à importância da auto-eficácia (Greenfield et al., 2000), afeto positivo e negativo (Hodgins et al., 1995), expectativas de resultado (Jones et al., 2001), fissura (Lowman et al., 2000), sintomatologia da abstinência (Baker et al., 2004), enfrentamento (Morganstern e Longabaugh, 2000), motivação (Project MATCH Research Group, 1997) e apoio social (Beattie e Longabaugh, 1999) no processo de recaída.

Reconceituação do processo de recaída

A sintetização deste acúmulo de ensaios clínicos em uma teoria unificada requer um grau de complexidade que tradicionalmente não se atribui aos pesquisadores do comportamento adicto. Diferentemente do diagrama simples apresentado na Figura 1.1, que se concentra na resposta de um indivíduo em uma situação de alto risco, propomos que os determinantes aqui descritos sejam multidimensionais e dinâmicos. O uso de uma resposta de enfrentamento eficaz pode não garantir o aumento da auto-eficácia e da abstinência continuada, embora, juntamente com o apoio social funcional, com o afeto positivo generalizado e com as expectativas de resultado negativo, possa melhorar muito a probabilidade da abstinência.

Mudanças aparentemente insignificantes em um fator de risco (por exemplo, uma redução não detectada na auto-eficácia) podem desencadear uma espiral descendente de fissura aumentada, expectativas de resultado positivo e afeto negativo intensificado. Essas pequenas mudanças podem resultar em recaída importante, com frequência iniciada por um gatilho insignificante. O desastre cabal de uma crise de recaída depois de o indivíduo haver mantido a abstinência tem há anos des-

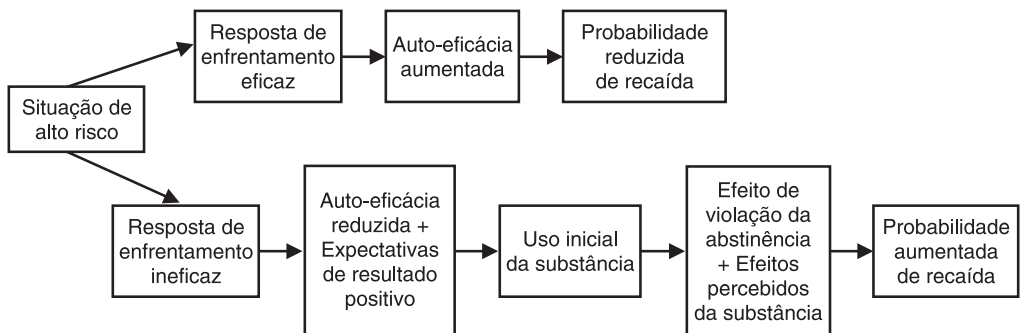


FIGURA 1.1 Modelo cognitivo-comportamental de recaída (Marlatt e Gordon, 1985).

norteados pacientes, pesquisadores e clínicos. Voltar a beber é uma experiência devastadora do retorno crônico aos níveis anteriores de abuso. Tal experiência é com frequência seguida pela percepção desagradável de que o retorno à abstinência não será tão fácil quanto foi voltar a beber.

O quadro de recaída aqui pintado deveria mais provavelmente ser descrito como imprevisível ou caótico. Na verdade, muitos pesquisadores e clínicos têm descrito a recaída usando esses termos (Brownell et al., 1986; Donovan, 1996; Shiffman, 1989). A reconceituação atual de recaída reconhece a complexidade e a natureza dinâmica do processo. Consideremos um exemplo simples: um indivíduo com uma história familiar de alcoolismo e baixa auto-eficácia básica, que provavelmente fará avaliações mais negativas do enfrentamento (por exemplo, “Eu não consigo fazer isto... Minha mãe foi sempre uma alcoólista e eu também serei”). A auto-eficácia diminuída torna o indivíduo mais suscetível a uma resposta de enfrentamento ineficaz em dada situação de alto risco, e a uma probabilidade aumentada de lapso. O lapso é seguido de outras reduções na auto-eficácia, que, combinadas com uma probabilidade maior de dependência física (dada a história familiar), conduz a uma recaída completa.

Focando-nos na situação, propomos uma interação dinâmica entre vários fatores que conduzem a uma situação de alto risco e que ocorrem durante a mesma. Em toda situação, um indivíduo enfrenta o desafio de equilibrar gatilhos múltiplos e suas possíveis conseqüências. A resposta do indivíduo pode ser descrita como um sistema de auto-organização, incorporação de fatores de risco distais (por exemplo, anos de dependência, história familiar, apoio social e psicopatologia comórbida), processos cognitivos (por exemplo, auto-eficácia, expectativas de resultado, fissura, EVA, motivação), e habilidades de enfrentamento cognitivas e comportamentais. Como ilustrado na Figura 1.2, esse modelo dinâmico

de recaída permite várias configurações de riscos de recaída distais e proximais (Witkiewitz e Marlatt, 2004). As linhas pontilhadas representam as influências proximais, e as linhas sólidas, as influências distais. Supõe-se que os quadros conectados são não-recursivos, isto é, que há uma causalidade recíproca entre eles (por exemplo, as habilidades de enfrentamento influenciam o comportamento de uso de álcool e, em troca, o uso de álcool influencia o enfrentamento). Estes *feedback* recíprocos permitem a interação entre as habilidades de enfrentamento, as cognições, o afeto e o comportamento do uso de substâncias. Como descrito pelo grande círculo listado na Figura 1.2, os gatilhos situacionais (por exemplo, ficar caminhando em uma loja de bebidas) desempenham um papel de destaque na relação entre os fatores de risco e o comportamento de uso de substâncias.

Para testar essa nova teoria, a pesquisa futura precisará incorporar estratégias inovadoras de análise dos dados, que permitam relações complexas e descontínuas entre as variáveis. Por exemplo, Piasecki e colaboradores (2000) apresentaram achados interessantes sobre a dinâmica da abstinência quando um indivíduo deixa de fumar, demonstrando que a vulnerabilidade da recaída está relacionada com a combinação de gravidade, trajetória e variabilidade dos sintomas de abstinência. Boker e Graham (1998) investigaram a instabilidade dinâmica e a auto-regulação no desenvolvimento de abuso de substâncias em adolescentes. Descobriram que o *feedback* de mudanças pequenas no sistema pode conduzir a grandes mudanças em um período de tempo relativamente curto. Warren e colaboradores (2003) apresentaram com sucesso a ingestão diária de álcool de um indivíduo usando análise não-linear de tempo, que proporcionaram um ajuste de dados superior ao de outro modelo linear comparável, e descreveram mais acuradamente as idiosincrasias da dinâmica do

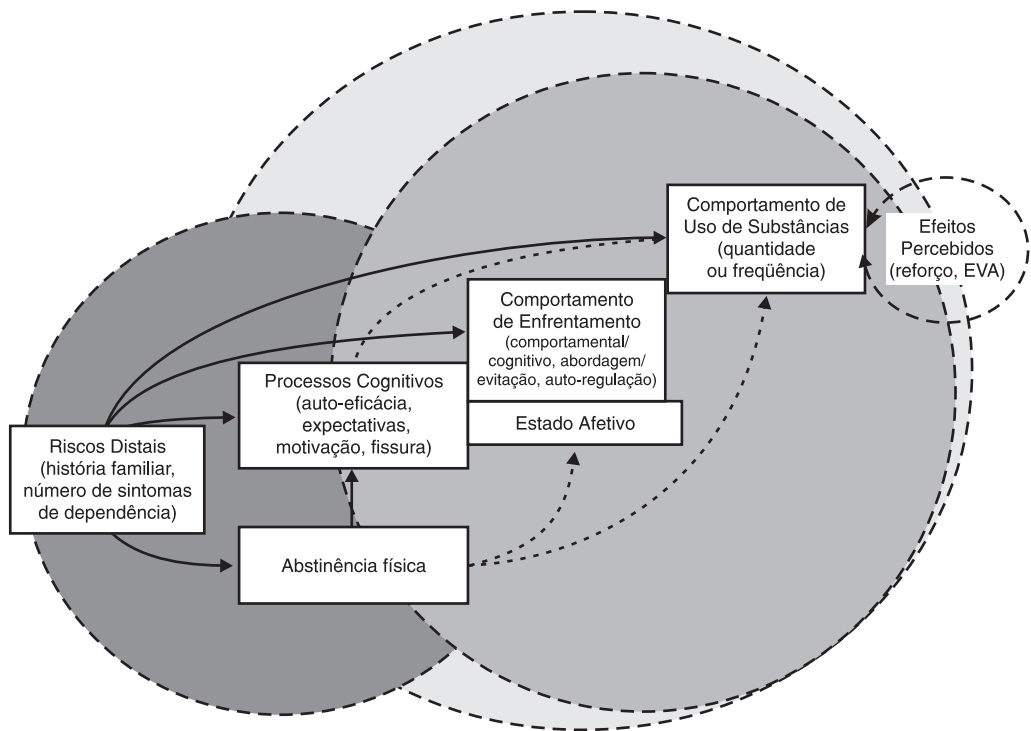


FIGURA 1.2 Modelo dinâmico de recaída (Witkiewitz e Marlatt, 2004).

beber. Hawkins e Hawkins (1998) também apresentam um estudo de caso da ingestão de álcool de um indivíduo após um período de tratamento de 6 anos. Baseadas em mais de 2 mil dados, as análises revelaram um ciclo periódico feito de bifurcações, em que os lapsos eram preditores de mudanças descontínuas na trajetória do sistema.

A utilidade de sistemas dinâmicos não-lineares, como modelos baseados na teoria do caos e/ou na teoria da catástrofe, na previsão e explicação do abuso de substâncias tem sido descrita por vários autores (Ehlers, 1992; Hawkins e Hawkins, 1998; Skinner, 1989; Warren et al., 2003). Por exemplo, a teoria da catástrofe tem sido usada para prever a recaída em casos de alcoolismo

(Hufford, Witkiewitz, Shields, Kodya e Caruso, 2003; Witkiewitz, Hufford, Caruso e Shields, 2002). Os modelos da catástrofe permitem a previsão de mudança repentina em um comportamento mensurado, decorrente de mudanças contínuas leves em variáveis ambientais e situacionais (Thom, 1975). Hufford e colaboradores (Hufford, Witkiewitz, Shields, Kodya e Caruso, 2003) avaliaram um modelo da catástrofe incorporando dependência de álcool, auto-eficácia, depressão, gravidade do uso de álcool, história familiar, conflito familiar e estresse como preditores do consumo de álcool em 6 meses em pequenas amostras de indivíduos tratados tanto internados (adição mais grave) quanto em tratamento ambulatorial (adição menos

grave). O modelo da catástrofe proporcionou um ajuste significativamente melhor aos dados nos dois exemplos, prevendo 58% (pacientes internados) e 83% (pacientes ambulatoriais) de variação no uso de álcool pós-tratamento, do que os modelos lineares mais adequados, que só previram 19% (pacientes internados) e 14% (pacientes ambulatoriais). Witkiewitz e colaboradores (2002) replicaram estes achados iniciais usando dados do Projeto MATCH (Project MATCH Research Group, 1997), segundo os quais o risco de uso de álcool, a gravidade da adicção, a auto-eficácia, a depressão, o apoio social e a motivação à mudança previram 77% da variação na porcentagem de dias de abstinência (PDA) em 12 meses usando um modelo da catástrofe, e apenas 2% da variação usando um modelo linear. A quantidade incrível de variação explicada pelos modelos da catástrofe nesses estudos é postulada como uma função dos pressupostos básicos da teoria da catástrofe. As técnicas de modelagem da catástrofe permitem funções descontínuas e tentam captar mais dados dos modos estatísticos adjacentes. Muitas vezes os dados (e o comportamento) são multimodais, embora as funções lineares estimem uma melhor linha de ajuste entre dois modos estatísticos. Os modelos da catástrofe procuram maximizar a função próximo aos modos estatísticos, permitindo que mais dados sejam classificados como variação única, em vez de como erro.

Avaliando a recaída

O progresso na área dos procedimentos de modelagem quantitativa vão apenas informar o nosso entendimento do processo de recaída, na medida em que melhoramos nossas definições operacionais de recaída. Os avanços na avaliação de lapsos e recaídas podem proporcionar o ímpeto para se chegar a uma definição

mais abrangente de recaída e a um entendimento exaustivo desse processo complexo (Haynes, 1995). Alguns dos desenvolvimentos recentes que podem aumentar a nossa capacidade de mensurar acuradamente o comportamento adictivo incluem AEM (Stone e Shiffman, 1994), tecnologia da resposta da voz interativa (RVI; Mundt, Bohn, Crebus e Hartley, 2001), avaliações fisiológicas (Niaura, Shadel, Britt e Abrams, 2002) e técnicas de imagens cerebrais (Bauer, 2001). Muitas dessas abordagens são bastante debatidas em *Assessment of Addictive Behaviors* (Donovan e Marlatt, 2005).

A AEM utiliza computadores de mão para coletar avaliações momentâneas, diárias e semanais do comportamento auto-relatado. Os indivíduos que portam computadores de mão são questionados aleatoriamente, diária e semanalmente. Os indivíduos são também instruídos a fazer relatórios após um episódio de uso ou forte tentação de uso. A força da AEM está na capacidade para coletar dados anonimamente e no momento em que ocorrem, sem os problemas da memória retrospectiva (Shiffman et al., 1997). Usando a AEM, Shiffman e colaboradores têm sido capazes de distinguir entre as diferenças básicas e a variação diária nos fatores de risco de recaída. Por exemplo, Shiffman e colaboradores (2002) recentemente demonstraram que os relatos diários do afeto não são fortes indicadores do comportamento de uso de cigarro em adultos fumantes dependentes, o que não é coeso com a bem-estabelecida associação entre afeto e o uso de substâncias descrito anteriormente. A debilidade da AEM, como muitas outras avaliações do uso de álcool e droga, está no nível de confiabilidade das informações auto-relatadas e na possibilidade de resposta ao dispositivo de avaliação (por exemplo, não-adesão do participante). A RVI é muito similar à AEM; entretanto, os participantes são instruídos a telefonar

para um serviço telefônico automatizado, que alimenta os dados diretamente da voz do participante para uma base de dados no computador. A RVI é eficaz porque também permite o relato imediato e anônimo; porém, o problema é que também se baseia na auto-avaliação do participante e pode resultar em reatividade e não-adesão (Mundt et al., 2001). Tanto a AEM como a RVI consomem tempo e são mais invasivas do que os questionários simples de papel e lápis, que podem conduzir a índices mais elevados de perdas e não-resposta do participante.

As avaliações fisiológicas e as técnicas de imagem cerebral são importantes para o estudo da recaída porque não se baseiam em dados de auto-avaliação. Por exemplo, Niaura e colaboradores (2002) mediram as alterações na frequência cardíaca durante uma investigação de laboratório dos efeitos da ansiedade social como preditor de recaída. Os resultados demonstraram que um aumento nas habilidades sociais e uma redução na frequência cardíaca durante o procedimento de indução da ansiedade apontaram índices de abstinência do fumo por 3 meses. Os estudos de imagem também proporcionaram resultados bem-sucedidos. Usando técnicas eletroencefalográficas, Bauer (2001) demonstrou que os participantes que entraram em recaída durante os primeiros 6 meses após o tratamento aumentaram a atividade beta de alta frequência nas regiões do córtex frontal, quando comparados com participantes abastêmios e não-dependentes de droga. Esses resultados corroboraram os achados de estudos de imagens anteriores que mostraram déficits funcionais no córtex órbito-frontal dos pacientes propensos à recaída, uma área do cérebro que tem mostrado a inibição de respostas extremamente emocionais (Bauer, 1994, 1997). Considerados juntos, tais estudos demonstram que a recaída pode ser avaliada e prevista em um nível objetivo, fisiológico.

Ursos brancos e ratos

A obtenção de melhor entendimento do processo de recaída beneficia-se muito da incorporação da pesquisa sobre o comportamento não-adictivo e animais. Nesta seção, vamos examinar os modelos psicológicos de autocontrole e supressão do pensamento, e modelos recentes de recaída com animais. Quanto aos comportamentos adictivos, a questão da auto-regulação e da “força de vontade” é comumente referida como uma explicação para o sucesso (Norcross e Vangarelli, 1989). Mischel e colaboradores (Mischel, Shoda e Mendoza-Denton, 1988) identificaram a auto-regulação como uma característica fundamental da personalidade, que requer força para manter. Por exemplo, Wegner e Wheatley (1999) demonstraram que o autocontrole pode ser inibido pelo exercício da supressão do pensamento. Por exemplo, quando se diz aos participantes para não pensarem em um urso branco, eles se envolvem mais com o comportamento proibido do que os indivíduos que são instruídos a pensar em ursos brancos. Tais resultados são extremamente importantes para o estudo da fissura e do EVA. Caso se diga a um indivíduo, quer pela equipe de tratamento, quer por familiares e amigos, para não pensar no uso de cocaína e evitar todos os gatilhos associados à droga, pode ser mais provável que eles tenham pensamentos invasivos sobre o assunto e uma fissura aumentada.

Um trabalho recente de Baumeister, Heatherton e Tice (1994) descreveu o autocontrole e a auto-regulação como uma espécie de músculo psicológico que pode ser fortalecido ou se tornar fatigado. A “fadiga” da auto-regulação, que também tem sido chamada de “depleção do ego”, proporciona uma explicação para a razão de os indivíduos ficarem mais propensos a sucumbir à tentação (isto é, falha auto-regulatória) quando estão sob estresse e/ou afe-

to negativo. O enfrentamento de eventos estressantes e de sofrimento emocional está relacionado à deterioração do autocontrole (Muraven, Baumeister e Tice, 1999). Felizmente, os músculos em deterioração podem ser fortalecidos, e pesquisa recente do laboratório de Baumeister demonstrou que o exercício do controle auto-regulatório se fortalece com o passar do tempo. Por isso, exercer o autocontrole conduz à depleção do ego a curto prazo, mas com o tempo o autocontrole torna-se mais forte com o exercício. Esses achados têm fortes implicações para o tratamento da adicção. Indivíduos estimulados a exercer a força de vontade diante de fissuras, afeto negativo e eventos estressantes podem ser ratificados quanto à dificuldade que é manter os ganhos de tratamento e reforçados nos seus esforços, descrevendo-se a evidência da força de vontade como um músculo que necessita ser continuamente fortalecido e alongado.

Diferentemente dos modelos de autocontrole, alguns supostos precipitantes de recaída não podem ser demonstrados por meios éticos em um ambiente experimental. Por exemplo, os pesquisadores são incapazes de demonstrar através de ensaios clínicos que o estresse ambiental e a baixa auto-eficácia causam recaída em participantes que tentam manter a abstinência. Como alternativa, é conduzida pesquisa com modelos animais de comportamento humano, e demonstra-se que alguns aspectos do estresse, reatividade aos gatilhos e fissuras são preditores de “recaída” em animais (Littleton, 2000; Marlatt, 2002). Shaham, Erb e Stewart (2000) demonstraram que o estresse do choque causa reinstalação da busca de heroína e cocaína em ratos. Roberts, Cole e Koob (1996) verificaram que os ratos se envolvem significativamente mais na busca e no consumo de etanol durante a abstinência, e vários pesquisadores têm demonstrado a tolerância dependente do ambiente e as “preferências de local” em gaiolas previamente as-

sociadas com a administração de álcool (por exemplo, Cole, Littleton e Little, 1999; Kalant, 1998; Siegel et al., 1988).

Infelizmente, os animais não experimentam realmente “recaída”, “fissura” ou “alcoolismo”, e os modelos testados dentro dos limites de uma gaiola de rato não podem ser facilmente generalizados para as situações de alto risco e subsequentes respostas experimentadas por humanos (Littleton, 2000). Não obstante, avanços recentes usando reinstalação da droga, prontidão e modelos de extinção têm demonstrado os efeitos de substâncias aditivas na antecipação, no consumo pós-abstinência e na motivação de incentivo, e o trabalho futuro com modelos animais pode continuar a proporcionar mais entendimento sobre a recaída humana (Li, 2000). Recentemente, Leri e Stewart (2002) treinaram ratos para se auto-administrar heroína na presença de um estímulo luminoso. Após a extinção, os ratos experimentaram um de seis diferentes tipos de lapsos (sem heroína e sem estímulo de luz, sem heroína com estímulo de luz, heroína auto-administrada sem estímulo de luz, heroína auto-administrada com estímulo de luz, heroína administrada pelo investigador e auto-administração pelos ratos com estímulo de luz). O projeto é ao mesmo tempo inovador e informativo, porque se trata do primeiro estudo desse tipo a medir o processo de lapso/recaída em animais (Baker e Curtin, 2002). Além disso, Leri e Stewart (2002) apresentam dados que questionam se um lapso auto-administrado está mais associado a diferentes índices de recaída do que um lapso administrado pelo investigador (chamado “*priming*”). Os resultados do estudo demonstraram que o uso de heroína auto-iniciado e a administração de heroína, pareado com um estímulo relacionado à droga, conduzem a uma busca de heroína durante o teste de recaída. A mera exposição à heroína ou o estímulo relacionado teve pouco ou nenhum efeito sobre o comportamento sub-

seqüente de busca pela droga durante o teste de recaída. A robustez de resultados é notável; no entanto, os modelos com animais de recaída nunca proporcionarão um análogo para os precipitantes cognitivos (por exemplo, efeito de violação da abstinência) e ambientais (por exemplo, presença dos pares) de recaída em humanos (Baker e Curtin, 2002; Marlatt, 2002). Além disso, os ratos não podem estabelecer um compromisso voluntário com objetivos de abstinência ou moderação durante a fase de extinção, o que tem se mostrado um preditor poderoso de recaída nos usuários humanos de substância (Sobell, Sobell, Bogardis, Leo e Skinner, 1992).

O tratamento de prevenção de recaída no Século XXI

Duas metanálises recentes, com bastante rigor metodológico, sobre tratamentos para os transtornos do uso de álcool apresentaram dados valiosos sobre a situação presente e sobre a proposta direção futura do tratamento do alcoolismo. Moyer e colaboradores (Moyer, Finney e Searingen, 2002) demonstraram que, para casos menos graves, as intervenções breves são mais eficazes do que as intervenções longas; para casos graves, constatou-se que as intervenções breves são tão eficazes quanto as intervenções longas. Isso coincide com os resultados do Projeto MATCH (Project MATCH Research Group, 1997), em que o tratamento com estímulo motivacional de 4 sessões foi tão bem-sucedido quanto 12 sessões de terapias cognitivo-comportamentais ou facilitação dos 12 passos. Do mesmo modo, Miller e Wilbourne (2002) descobriram que as intervenções breves são um dos tratamentos mais eficazes. Outros tratamentos com maior evidência de eficácia foram o treinamento de habilidades sociais (genericamente definido como PR por McCrady, 2000), a abordagem do reforço da comu-

nidade, o contrato comportamental, a terapia de casal comportamental e o manejo clínico do caso. Levando-se em conta as restrições e limitações impostas pelos sistemas de saúde, é muito estimulante que as intervenções mais breves sejam pelo menos tão eficazes quanto os tratamentos mais intensivos e longos. Além disso, apresentar uma intervenção menos intensiva e de apoio, em vez de um programa de tratamento internado de 28 dias, pode reduzir os medos e o estigma associados à busca de tratamento para problemas com álcool e drogas (Marlatt e Witkiewitz, 2002).

Achamos que a PR desempenha um papel importante no desenvolvimento contínuo de intervenções breves para tratar problemas de álcool e drogas. A entrevista motivacional (Miller e Rollnick, 2002), o aconselhamento médico breve (Fleming, Barry, Manwell, Johnson e London, 1997) e a avaliação e *feedback* em duas sessões (Dimeff, Baer, Kivlahan e Marlatt, 1999) são três exemplos de intervenções breves que demonstram o sucesso na redução do uso de álcool e drogas em várias populações. Outros estudos descobriram que muitos participantes mantêm a abstinência por 6 e 12 meses após o tratamento. A incorporação do modelo cognitivo-comportamental de recaída e das técnicas de PR, seja na intervenção breve, ou como uma sessão de reforço da intervenção inicial, proporciona auxílio adicional aos indivíduos que tentam se abster após o tratamento. Além disso, as técnicas de PR podem ser suplementadas por outros tratamentos para comportamentos adictivos, como farmacoterapia (Schmitz, Stotts, Rhoades e Grabowski, 2002) ou meditação com atenção plena (*mindfulness*) (Marlatt, 2002). Atualmente está sendo desenvolvido um tratamento que integre as técnicas de PR com o treinamento criterioso em um pacote de tratamento coeso para comportamentos adictivos (ver Witkiewitz, Marlatt e Walker, no prelo, para uma introdução extensiva).

Abordagens de tratamento suplementares: medicação e meditação

Medicação

A farmacoterapia tem sido com frequência a primeira linha de ataque na luta contra os transtornos por uso de substâncias. Com relação aos transtornos de uso de álcool, o disulfiram (Antabuse) tem sido amplamente empregado como agente de controle comportamental destinado a evitar que um indivíduo use álcool, devido a uma reação aversiva (náusea) se ingerido com álcool. A adesão ao tratamento com disulfiram é extremamente baixa e não tem se demonstrado superior ao placebo em estudos duplo-cegos (Schuckit, 1996). Mais recentemente, a naltrexona (um antagonista opióide) e o acamprosato (acetil homotaurinato de cálcio) demonstraram ser melhores que o placebo na redução das fissuras e no aumento dos dias de abstinência após o tratamento (Sass, Soyka, Mann e Zieglgansberger, 1996; Volpicelli, Alterman, Hayashida e O'Brien, 1992).

O tabagismo tem sido tratado com sucesso com a terapia de reposição de nicotina (TRN; Hughes, 1993). Embora a eficácia da TRN varie muito (18-77%), encontram-se resultados mais bem-sucedidos quando a TRN é associada a um tratamento comportamental (Fiore, Smith, Jorenby e Baker, 1994). Parece que a exposição contínua a doses baixas de nicotina, que reduzem sintomas de abstinência física aguda, combinada com prover aos indivíduos as habilidades para deixar de fumar (por exemplo, ensino de estratégias de enfrentamento eficazes), relaciona-se com o maior sucesso da abstinência, das habilidades de enfrentamento e da auto-eficácia (Cinciriprini, Cinciriprini, Wallfisch, Haque e Van Vunakis, 1996).

A adicção de opióide tem sido principalmente tratada com vários agentes de reposição de opióide, como metadona, LAAM (levo-alfa-acetilmetadol), buprenorfina e

naltrexona (Hart, McCance-Katz e Kosten, 2001). A eficácia da metadona na redução de recaída tem sido bem demonstrada (Ling, Rawson e Compton, 1994), embora as doses mais elevadas requeridas para melhores resultados possam ser altamente adictivas (Capplehorn, Bell, Kleinbaum e Gebiski, 1993). O LAAM é um agonista opióide de ação mais longa do que a metadona, embora doses mais elevadas de LAAM possam ter efeitos colaterais indesejáveis e/ou perigosos (Jones et al., 1998). Ling e colaboradores (1994) demonstraram que a buprenorfina pode resultar em menos dependência física do que a metadona, embora sejam necessárias mais pesquisas em larga escala sobre a eficácia e sobre os efeitos colaterais da buprenorfina (Hart et al., 2001). Uma nova abordagem para a dependência de opióide talvez mais desejável para os pacientes e custo-efetiva para a sociedade é a implementação da manutenção da metadona pelos provedores de saúde nos ambulatórios de atenção primária. Um ensaio clínico randomizado comparando um programa de tratamento tradicional para narcótico com metadona realizado em ambulatório da atenção primária demonstrou que a manutenção da metadona em tratamento ambulatorial foi tão factível quanto efetivo, e significativamente mais satisfatório do que o programa de tratamento tradicional para narcótico (Fiellin et al., 2001).

A cocaína tem sido tratada com uma abordagem de PR usando tanto o tratamento agudo (drogas que funcionam para diminuir a abstinência aguda da cocaína) quanto o tratamento de manutenção (drogas que ajudam os pacientes a manter a abstinência, embora com sucesso limitado). As pesquisas controladas com placebo com dois tratamentos agudos, bromocriptina e amantidina, apresentaram resultados mistos (Kosten, 1989; Kosten et al., 1992). Entre os tratamentos de manutenção, demonstrou-se que a desipiramina reduz o uso de cocaína (Feingold, Oliveto, Schottenfeld e

Kosten, 2002). Demonstrou-se também que a naltrexona (50 mg) é eficaz na redução do uso de cocaína após o tratamento, mas apenas se combinada com a terapia de PR (Schmitz et al., 2001). Essa dosagem da naltrexona pode ser ineficaz para os indivíduos com dependência concomitante de cocaína e álcool (Hersh, Van Kirk e Kranzler, 1998). Outros estudos têm demonstrado que o disulfiram é eficaz no tratamento da combinação de polissubstância (Carrol et al., 1993; Higgins, Bunday, Bickel, Hughes e Foerg, 1993) e regularmente prescrito nas abordagens de reforço da comunidade (Budney e Higgins, 1998). Embora farmacoterapias múltiplas venham sendo avaliadas como tratamentos, ou como adjuntos à terapia para adicção de cocaína, nenhuma medicação teve eficácia consistentemente demonstrada em comparação com o placebo.

Meditação

Recentemente, nosso laboratório, o Addictive Behaviors Research Center, na Universidade de Washington, concluiu um estudo piloto sobre o uso da meditação como um “tratamento” para problemas com álcool e drogas. Os internos, muitos dos quais usuários pesados de substâncias antes de serem presos, foram recrutados de uma instituição de reabilitação de segurança mínima (North Rehabilitation Facility, Seattle) para participar de um curso de 10 dias de meditação Vipassana. Os internos que não quiseram participar do curso foram pareados como grupo-controle, recebendo o tratamento usual. Três meses após saírem da prisão, os participantes da meditação Vipassana demonstraram reduções importantes no consumo de álcool e droga, auto-regulação aumentada, níveis mais elevados de otimismo e menos recidiva, quando comparados com o grupo-controle pareado (Marlatt, Witkiewitz, Dillworth et al., 2004). Atualmente, estamos estendendo este estudo para incluir indi-

víduos não-encarcerados, fazendo cursos de meditação Vipassana em Washington, Califórnia, Massachusetts e Illinois. Similarmente, as intervenções que se valem da meditação têm demonstrado eficácia no tratamento de recaída em casos de alcoolismo (Taub, Steiner, Weingarten e Walton, 1994), depressão (Teasdale et al., 2002), transtornos de personalidade (Linehan, 1993), redução do estresse (Bishop, 2002) e síndrome do intestino irritado (Keefler e Blanchard, 2001).

CONCLUSÕES

A recaída é um enorme desafio no tratamento de todos os transtornos de comportamento. Os indivíduos que trabalham com mudança do comportamento são confrontados com premências, gatilhos e pensamentos automáticos com relação aos comportamentos mal-adaptativos que tentam mudar. Vários autores têm descrito a recaída como complexa, dinâmica e imprevisível (Buhringer, 2000; Donovan, 1996; Marlatt, 1996a; Shiffman, 1989), mas conceituações anteriores propõem modelos estáticos de fatores de risco (por exemplo, Marlatt e Gordon, 1985; Stout et al., 1996). A reconceituação de recaída proposta neste capítulo reconhece a complexidade e a natureza imprevisível do comportamento de uso de substâncias após o comprometimento com a abstinência ou com a moderação. A pesquisa futura deve continuar a se concentrar no aprimoramento de dispositivos de mensuração e no desenvolvimento de melhores estratégias de análise dos dados para a avaliação da mudança de comportamento. A testagem empírica do sistema de resposta após a cessação e outros aprimoramentos deste novo modelo serão acrescentados ao nosso entendimento de recaída e a como preveni-la.

Os capítulos seguintes centram-se nas estratégias de intervenção destinadas a prevenir e administrar a recaída no trata-

mento de comportamentos adictivos. Cada capítulo apresenta uma visão geral da abordagem de tratamento para áreas problemáticas específicas, incluindo o uso de substância e outros comportamentos adictivos. Este livro destina-se ao uso concomitante com *Assessment of Addictive Behaviors* (Donovan e Marlatt, 2005). Juntos, estes dois livros constituem a base para uma avaliação baseada em evidências e para uma abordagem de intervenção cognitivo-comportamental para a prevenção da recaída.

REFERÊNCIAS

- Allsop, S. & Saunders, B. (1989). Relapse and alcohol problems, In M. Gossop (Ed.), *Relapse and addictive behavior* (pp. 11-40). London: Routledge.
- Alterman, A.I. & Cacciola, J.S., (1991). The anti-social personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 401-409.
- Annis, H.M. (1982a). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. (1982b). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. & Davis, C.S. (1988). Assessment of expectancies. In D.M. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (1st ed., pp. 84-111). New York: Guilford Press.
- Baker, T.B. & Curtin, J.J. (2002). How will we know a lapse when we see one? Comment on Leri and Stewart experimental and clinical. *Psychopharmacology*, 10(4), 350-352.
- Baker, T.B., Piper, M. E., McCarthy, D.E., Majeskie, M.R., & Fiore, M.C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Bulletin*, 111, 33-51.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barber, J.G. & Crisp, B.R. (1995). Social support and prevention of relapse following treatment for alcohol abuse. *Research on Social Work Practice*, 5(3), 283-296.
- Bauer, L.O. (1994). Electroencephalographic and autonomic predictors of relapse in alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(3), 755-760.
- Bauer, L.O. (1997). Frontal P300 decrements, childhood conduct disorder, family history and the prediction of relapse among abstinent cocaine abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 44(1), 1-10.
- Bauer, L.O. (2001). Predicting relapse to alcohol and drug abuse via quantitative electroencephalography. *Neuropsychopharmacology*, 25(3), 332-340.
- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F. & Tice, D.M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Beattie, M.C. & Longabaugh, R. (1997). Interpersonal factors and post-treatment drinking and subjective well-being. *Addiction*, 92, 1507-1521.
- Beattie, M.C. & Longabaugh R. (1999). General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive Behaviors*, 24(5), 593-606.
- Bickel, W.K., Madden, G.J. & Petry, N.M. (1998). The price of change: Behavioral economics of drug dependence. *Behavior Therapy*, 29, 545-565.
- Bickel, W.K. & Vuchinich, R.E. (2000). *Reframing health behavior change with behavioral economics*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bien, T.H., Miller, W.R. & Borouhgs, J.M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Bishop, S.R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medic*, 64(1), 71-83.
- Boker, S.M., & Graham, J. (1998). A dynamical systems analysis of adolescent substance abuse. *Multivariate Behavioral Research*, 33(4), 479-507.
- Bolles, R. (1972). Reinforcement, expectancy, and learning. *Psychological Review*, 79, 394-409.
- Borland, R. (1990). Slip-ups and relapse in attempts to quit smoking. *Addictive Behaviors*, 15, 235-245.
- Brandon, T.H., Tiffany, S.T., Obremnski, K. M. & Baker, T.B. (1990). Postcessation cigarette use: The process of relapse. *Addictive Behaviors*, 15, 105-114.
- Brown, S.A., Goldman, M. S. & Christiansen, B.A. (1985). Do alcohol expectancies mediate drinking patterns of adults? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 512-519.
- Brown, S.A., Vik, P.W., & Craemer, V.A. (1989). Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 14, 291-300.

- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. & Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Brownell, K.D. & Wadden, T.A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 505-517.
- Bruce, T.J., Spiegel, D. & Hegel, M. (1999). Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: A long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 151-156.
- Budney, A. & Higgins, S.T. (1998). *A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction* (Manual 3, Therapy Manuals for Drug Addiction). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Budney, A.J., Higgins, S.T., Radonovich, K.J. & Novy, P.L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1051-1061.
- Buhringer, G. (2000). Testing CBT mechanisms of action: Humans behave in a more complex way than our treatment studies would predict. *Addiction*, 95(11), 1715-1716.
- Burke, B.L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843-861.
- Burling, T.A., Reilly, P.M., Molten, J.O., & Ziff, D.C. (1989). Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50(4), 354-360.
- Butler, C., Rollnick, S., Cohen, D., Russell, I., Bachmann, M. & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *British Journal of General Practice*, 49, 611-616.
- Caplehorn, J.R., Bell, J., Kleinbaum, D.G. & Gebiski, V.J. (1993). Methadone dose and heroin use during maintenance treatment. *Addiction*, 88, 119-124.
- Carey, M.P., Braaten, L.S., Maisto, S.A., Gleason, J.R., Forsyth, A.D., Durant, L.E. & Jaoworski, B.C. (2000). Using information, motivational enhancement, and skills training to reduce the risk of HIV infection for low-income urban women: A second randomized clinical trial. *Health Psychology*, 19, 3-11.
- Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll K.M., Rounsaville, B.J. & Gawin, F.H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17(3), 229-247.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Nich, C. & Gordon, L.T. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51(12), 989-997.
- Carroll, K.M., Ziedonis, D., O'Malley, S., McCance-Katz, E., Gordon, L. & Rounsaville, B. (1993). Pharmacological interventions for abusers of alcohol and cocaine: Disulfiram versus naltrexone. *American Journal of Addictions*, 2, 77-79.
- Carter, B.L. & Tiffany, S.T. (1999). Meta-analysis of cue-reactivity in addiction research. *Addiction*, 94(3), 327-340.
- Chamberlain, L.L. & Butz, M.R. (1998). *Clinical chaos: A therapist's guide to non-linear dynamics and therapeutic change*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Chaney, E.R., O'Leary, M.R. & Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Chung, T., Langenbucher, J., Labouvie, E., Pandina, R.J. & Moos, R.H. (2001). Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 92-100.
- Cinciriprini, P.M., Cinciriprini, L.G., Wallfisch, A., Hague, W. & Van Vunakis, H. (1996). Behavior therapy and the transdermal nicotine patch: Effects on cessation outcome, affect, and coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 314-323.
- Cinciriprini, P.M., Wetter, D.W., Fouladi, R.T., Blalock, J.A., Carter, B.L., Cinciriprini, L.G. et al. (2003). The effects of depressed mood on smoking cessation: Mediation by postcessation self-efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 292-301.
- Cole, J.C., Littleton, J.M. & Little, H.J. (1999). Effects of repeated ethanol administration in the plus maze: A simple model for conditioned abstinence behavior. *Psychopharmacology*, 142, 270-279.

- Collins, L.R. & Lapp, W.M. (1991). Restraint and attributions: Evidence of the abstinence violation effect in alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*, 15(1), 69-84.
- Connors, G.J., Maisto, S.A. & Zywiak, W.H. (1996). Extensions of relapse predictors beyond high-risk situations: Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*, 91(Suppl.), 173-189.
- Connors, G.J., Tarbox, A.R. & Faillace, L.A. (1993). Changes in alcohol expectancies and drinking behavior among treated problems drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 676-683.
- Cooney, N.L., Litt, M.D., Morse, P.A., Bauer, L.O & Gaupp, L. (1997). Alcohol cue reactivity, negative-mood reactivity, and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 243-250.
- Cox, W.M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 165-180.
- Cummings, C., Gordon, J.R. & Marlatt, G.A. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. In W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors* (pp. 291-321). Oxford, UK: Pergamon Press.
- Curry, S., Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 145-149.
- Daley, D.C. & Marlatt, G.A. (2005). Relapse prevention. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman & J.G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (4th ed., pp. 772-785). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Daley, D.C., Marlatt, G.A.; & Spotts, C.E. (2003). Relapse prevention: Clinical models and intervention strategies. In A.W. Graham et al. (Eds.), *Principles of addiction medicine* (3rd ed., pp. 467-485). Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.
- Davis, J.R. & Glaros, A.G. (1986). Relapse prevention and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 11(2), 105-114.
- DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., Montgomery, R.P.G. & Hughes, S.O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 141-148.
- DiClemente, C.C. & Hughes, S.O. (1990). Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
- Dimeff, L.A., Baer, J.S., Kivlahan, D.R. & Marlatt, G.A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A harm reduction approach*. New York: Guilford Press.
- Dimeff, L.A. & Marlatt, G.A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 513-525.
- Dobkin, P.L., Civita, M., Paraherakis, A. & Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97(3), 347-356.
- Donovan, D.M. (1996). D.M. (1996). Marlatt's classification of relapse precipitants: Is the emperor still wearing clothes? *Addiction*, 91 (Suppl.), 131-137.
- Donovan, D.M. & Marlatt, G.A. (Eds.). (2005). *Assessment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Drummond, D.C., Litten, R.Z., Lowman, C., & Hunt, W.A. (2000). Craving research: Future directions. *Addiction*, 95 (Suppl. 2), 247-255.
- Edwards, G. (1987). [Book review of *Relapse Prevention*, edited by G.A. Marlatt and J.R. Gordon. *British Journal of Addiction*, 82, 319-323.
- Edwards, G. & Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Ehlers, C.L. (1992). The new physics of chaos: Can it help us understand the effects of alcohol? *Alcohol Health and Research World*, 16(4), 169-176.
- Fals-Stewart, W. (1992). Personality characteristics of substance abusers: An MCMI cluster typology of recreational drug users treated in a therapeutic community and its relationship to length of stay and outcome. *Journal of Personality Assessment*, 59(3), 515-527.
- Feingold, A., Oliveto, A., Schottenfeld, R., & Kosten, T.R. (2002). Utility of crossover designs in clinical trials: Efficacy of desipramine vs. placebo in opioidependent cocaine abusers. *American Journal of Addictions*, 11(2), 111-123.
- Fiellin, D.A., O'Connor, P.G., Chawarski, M., Pakes, J.P., Pantalon, M.V. & Schottenfeld, R.S. (2001). Methadone maintenance in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286(14), 1724-1731.
- Finney, J.W. & Monahan, S.C. (1996). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Fiore, M.D., Smith, S.S., Jorenby, D.E. & Baker, T.B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch

- for smoking cessation: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1940-1947.
- Fleming, M.F., Barry, K.L., Manwell, L.B., Johnson, K. & London, R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association*, 277(13), 1039-1045.
- Goldman, M.S., Brown, S.A., Christiansen, B.A. & Smith, G.T. (1991). Alcoholism etiology and memory: Broadening the scope of Alcohol expectancy research. *Psychological Bulletin*, 110, 137-146.
- Goldstein, M.G., Niaura, R., Follick, M.J. & Abrahms, D.B. (1989). Effects of behavioral skills training and schedule of nicotine gum administration on smoking cessation. *American Journal of Psychiatry*, 146(1), 56-60.
- Gordon, A.J. & Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: One year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(3), 143-152.
- Grace, A.A. (1995). The tonic/phasic model of dopamine system regulation: Its relevance for understanding how stimulant abuse can alter basal ganglia function. *Drug and Alcohol Dependence*, 37,111-129.
- Greenfield, S., Hufford, M., Vagge, L., Muenz, L., Costello, M. & Weiss, R. (2000). The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol dependent men and women: A prospective study. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 345-351.
- Groves, P & Farmer, R. (1994). Buddhism and addictions. *Addictions Research*, 2, 183-194.
- Gwaltney, C.J., Shiffman, S., Paty, J.A., Liu, K.S., Kasseel, J.D., Gnys, M. et al. (2002). Using self-efficacy judgments to predict characteristics of lapses to smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1140-1149.
- Hart, C., McCance-Katz, E.F & Kosten, T.R. (2001). Pharmacotherapies used in common substance use disorders. In F.M. Tims, C.G. Leukefeld & J.J. Platt (Eds.), *Relapse and recovery in addictions* (pp. 303-333). New Haven, CT: Yale University Press
- Havassy, B.E., Hall, S.M. & Wasserman, D.A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 243-246.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Gillmore, M.R. & Wells, E.A. (1989). Skills training for drug abusers: Generalization, maintenance, and effects on drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 559-563.
- Hawkins, R.C. & Hawkins, C.A. (1998). Dynamics of substance abuse: Implications of chaos theory for clinical research. In L. Chamberlain & M. Butz (Eds.), *Clinical chaos*. NY: Taylor & Francis.
- Haynes, S.N. (1995) Introduction to the special section on chaos theory and psychological assessment. *Psychological Assessment*, 7(1), 3-4.
- Heather, N. & Stallard, A. (1989). Does the Marlatt model underestimate the importance of conditioned craving in the relapse process? In M. Gossop (Ed.), *Relapse and addictive behavior* (pp. 180-208). London: Routledge.
- Hersh, D., Van Kirk, J.R. & Kranzler, H.R. (1998). Naltrexone treatment of comorbid alcohol and cocaine use disorders. *Psychopharmacology*, 139, 44-52.
- Hertz, M.I., Lamberti, J.S., Mintz, J., Scott, R., O'Dell, S., McCartan, L. et al. (2000). A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 57,277-283.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, N.K., Hughes, J.R. & Foerg, F. (1993). Disulfiram therapy in patients abusing cocaine and alcohol. *American Journal of Psychiatry*, 150, 576-676.
- Hiss, H., Foa, E. & Kozak, M.J. (1994). Relapse prevention for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 801-808.
- Hodgins, D.C., el Ghebaly, N., & Armstrong, S. (1995) Prospective and retrospective reports of mood states before relapse to substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 400-407.
- Hufford, M.H., Witkiewitz, K., Shields, A.L., Kodya, S. & Caruso, J.C. (2003). Applying nonlinear dynamics to the prediction of alcohol use disorder treatment outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(2), 219-227.
- Hughes, J.R. (1993). Pharmacotherapy for smoking cessation: Unvalidated assumptions, anomalies, and suggestions for future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 751-760.
- Humphreys, K., Moos, R.H., & Finney, J.W. (1996). Life domains, Alcoholics Anonymous, and role incumbency in the 3-year course of problem drinking. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(8). 475-481.
- Hunt, W.A., Barnett, L.W. & Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456;
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. & Wang, M.C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-

- analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
- Isbell, H. (1955). Craving for alcohol. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 16, 38-42.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Highland Park, NJ: Hillhouse Press.
- Jones, B.T., Corbin, W. & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction*, 96, 57-72.
- Jones, B.T. & McMahon, J. (1996). A comparison of positive and negative alcohol expectancy value and their multiplicative composite as predictors of post-treatment abstinence survivorship. *Addiction*, 91, 89-99.
- Jones, H.E., Strain, E.C., Bigelow, G.E., Walsh, S.L., Stitzer, M.L., Eissenberg, T. et al. (1998). Induction with levomephadyl acetate: Safety and efficacy. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 729-736.
- Kadden, R. (1996). Is Marlatt's taxonomy reliable or valid? *Addiction*, 91(Suppl.), 139-146.
- Kalant, H. (1998). Research on tolerance: What can we learn from history? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 67-76.
- Kassel, J.D. & Shiffman, S. (1992). What can hunger tell us about drug craving? A comparative analysis of the two constructs. *Advances in Behaviour Therapy and Research*, 14, 141-167.
- Katon, W., Rutter, C., Ludman, E.J., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G. et al. (2001). A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 58, 241-247.
- Keefer, L. & Blanchard, E.B. (2001). The effects of relaxation response meditation on the symptoms of irritable bowel syndrome: Results of a controlled treatment study. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7), 801-811.
- Kelly, A.B. & Witkiewitz, K. (2003). Accessibility of alcohol-related attitudes: A cross-lag panel model with young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(8), 1241-1250.
- Khantzian, E.J. (1974). Opiate addiction: A critique of theory and some implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), 59-70.
- Kosten, T.R. (1989). Pharmacotherapeutic interventions for cocaine abuse: Matching patients to treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 379-389.
- Kosten, T.R., Silverman, D.G., Fleming, J., Kosten, T.A., Gawin, F.H., Compton, M., Jatlow, P. & Byck, R. (1992). Intravenous cocaine challenges during naltrexone maintenance: A preliminary study. *Biological Psychiatry*, 32, 543-548.
- Lam, D.H., Watkins, E., Hayward, P., Bight, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G. & Sham, P. (2003). A randomised controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder – Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Larimer, M.E., Palmer, R.S., & Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 151-160.
- Laws, D.R. (1995). Central elements in relapse prevention procedures with sex offenders. *Psychology, Crime and Law*, 2(1), 41-53.
- Laws, D.R., Hudson, S.M. & Ward, T. (Eds.). (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leigh, B.C. & Stacy, A.W. (1991). On the scope of alcohol expectancy research: Remaining issues of measurement and meaning. *Psychological Bulletin*, 110, 147-154.
- Leri, F. & Stewart, J. (2002). The consequences of different "lapses" on relapse to heroin seeking in rats. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10(4), 339-349.
- Li, T.K. (2000). Clinical perspectives for the study of craving and relapse in animal models. *Addiction*, 95 (Suppl. 2), 55-60.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Ling, W.L., Rawson, R.A. & Compton, M.A. (1994). Substitution pharmacotherapies for opioid addiction: From methadone to LAAM to buprenorphine. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 119-128.
- Litman, G. (1984). The relationship between coping behaviors, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addiction*, 79(3), 283-291.
- Litman, G., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., & Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviors in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78(3), 269-276.
- Litman, G., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., Peleg, M. & Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapse. *British Journal of Addiction*, 78, 381-389.

- Litt, M.D., Cooney, N.L., Kadden, R.M. & Gaupp, L. (1990). Reactivity to alcohol cues and induced moods in alcoholics. *Addictive Behaviors*, 15, 137-146.
- Litt, M.D., Cooney, N.L. & Morse, P. (2000). Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: Predictors of craving in treated alcoholics. *Addiction*, 95, 889-900.
- Litt, M.D., Kadden, R.M., Cooney, N.L. & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 118-128.
- Littleton, J. (2000). Can craving be modeled in animals? The relapse prevention perspective. *Addiction*, 95, 83-90.
- Longabaugh, R., Rubin, A., Malloy, P., Beattie, M., Clifford, P.R. & Noel, N. (1994). Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(4), 778-785.
- Longabaugh, R., Rubin, A., Stout, R.L., Zywiak, W.H. & Lowman, C. (1996). The reliability of Marlatt's taxonomy for classifying relapses. *Addiction*, 91 (Suppl.), 73-88.
- Lowman, C., Allen, J., Sout, R.L. & the Relapse Research Group. (1996). Replication and extension of Marlatt's taxonomy of relapse precipitants: overview of procedures and results. *Addiction*, 91 (Suppl.), 51-71.
- Lowman, C., Hung, W.A., Litten, R.Z. & Drummond, D.C. (2000). Research perspectives on alcohol craving: An overview. *Addiction* 95 (Suppl. 2), 45-54.
- Maisto, S.A., Connors, G.J. & Zywiak, W.H. (1996). Construct validation analyses on the Marlatt typology of relapse precipitants. *Addiction*, 91 (Suppl.), 89-98.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Lobert, (Eds.), *New directions in behavioral research and treatment* (pp. 271-314). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention* (1st ed., pp. 250-280). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1988). Research on behavioral strategies for the prevention of alcohol problems. *Contemporary Drug Problems*, 15, 31-45.
- Marlatt, G.A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk situations*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1996a). Lest taxonomy become taxonomy: A comment on the relapse replication and extension project. *Addiction*, 91 (Suppl.), 147-153.
- Marlatt, G.A. (1996b). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model of relapse. *Addiction*, 91 (Suppl.), 37-50.
- Marlatt, G.A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-49.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S. & Quigley, L.A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- Marlatt, G.A. & George, W.H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds.), *Behavior medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. & Kilmer, J.R. (1998). Consumer choice: Implications of behavioral economics for drug use and treatment. *Behavior Therapy*, 29(4), 567-576.
- Marlatt, G.A. & Kristeller, J. (1999). Mindfulness and meditation. In W.R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality in treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association Books.
- Marlatt, G.A., Pagano, R.R., Rose, R.M., & Marques, J.K. (1984). Effects of meditation and relaxation training upon alcohol use in male social drinkers. In D.H. Shapiro & R.N. Walsh (Eds.), *Meditation: Classic and contemporary perspectives* (pp. 105-120). New York: Aldine.
- Marlatt, G.A. & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 901, 1-20.
- Marlatt, G.A., Witkiewitz, K., Dillworth, T., Bowen, S.W., Parks, G., Macpherson, L.M., et al. (2004). Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. In S.C. Hayes, V.M. Follette

- & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 261-287). New York: Guilford Press.
- McCrary, B.S. (2000). Alcohol use disorders and the Division 12 Task Force of the American Psychological Association. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 267-276.
- McKay, J.R., Merikle, E., Mulvaney, F.D., Weiss, R.V. & Koppenhaver, J.M. (2001). Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. *Addiction*, 96, 213-225.
- McKay, J.R., Rutherford, M.J., Alterman, A.I., Cacciola, J.S. & Kaplan, M.R. (1995). An examination of the cocaine relapse process. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 35-43.
- McMahon, R.C. (2001). Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 77-87.
- Miller, W.R., Benefield, R.G. & Tonigan, S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 455-461.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991b). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., Westerberg, V.S., Harris, R.J. & Tonigan, J.S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91 (Suppl.), 155-171.
- Miller, W.R. & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Mischel W., Shoda, Y. & Mendoza-Denton, R. (1988). Situation-behavior profiles as a locus of consistency in personality. *Current Directions in Psychological Science*, 11(2), 50-54.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Abrams, D.B., Zwick, W.R., Binkoff, J.A., Munroe, S.M. et al. (1993). Development of a behavior analytically derived alcohol-specific role-play assessment instrument. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 710-721.
- Mooney, J.P., Burling, T.A., Hartman, W.M., & Brenner-Liss, D. (1992). The abstinence violation effect and very low calorie diet success. *Addictive Behaviors*, 17(4), 319-324.
- Moos, R.H. (1993). Coping Responses Inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morganstern, J. & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95(10), 1475-1490.
- Moyer, A., Finney, J.W. & Swearingen, C.E. (2002). Methodological characteristics and quality of alcohol treatment outcome studies, 1970-98: An expanded evaluation. *Addiction*, 97, 253-263.
- Mundt, J.C., Bohn, M.J., Drebus, D.W. & Hartley, M.T. (2001). Development and validation of interactive voice response (IVR) alcohol use assessment instruments. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(5, Suppl.), 248.
- Muraven, M., Baumeister, R.F. & Tice, D.M. (1999). Longitudinal improvement of self-regulation through practice: Building self-control strength through repeated exercise. *Journal of Social Psychology*, 139(4), 446-457.
- Niaura, R. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, 95, 155-163.
- Niaura, R., Shadel, W.G., Britt, D.M., & Abrams, D.B. (2002). Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 27(2), 241-250.
- Noone, M., Dua, J. & Markham, R. (1999). Stress, cognitive factors, and coping resources as predictors of relapse in alcoholics. *Addictive Behaviors*, 24, 687-693.
- Norcross, J.C. & Vangarelli, D.J. (1989). The resolution solution: Longitudinal examination of New Year's change attempts. *Journal of Substance Abuse*, 1(2), 127-134.
- O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Rode, S., Schottenfeld, R., Meyer, R. et al. (1996). Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 53, 217-224.
- Ostafin, B.D., Palfai, T.P. & Wechsler, C.E. (2003). The accessibility of motivational tendencies toward alcohol: Approach, avoidance, and disinhibited drinking. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11(4), 294-301.
- Palfai, T.P. & Ostafin, B.D. (2003). Alcohol-related motivational tendencies in hazardous drinkers: Assessing implicit response tendencies using the modified-IAT. *Behaviour Research and Therapy*, 41(10), 1149-1162.

- Perri, M.G., Nezu, A.M., McKelvey, W.F., Shermer, R.L., Renjilian, D.A., & Viegner, B.J. (2001). Relapse prevention training and problem-solving therapy in the long-term management of obesity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(4), 722-726.
- Piasecki, T.M., Niaura, R., Shadel, W.G., Abrams, D., Goldstein, M., Fiore, M.C. & Baker, T.B. (2000). Smoking Withdrawal dynamics in unaided quitters. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 74-86.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, 57(9), 677-689.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger.
- Project MATCH Research Group. (1997) Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Project MATCH Research Group, (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6),1300-1311,
- Raimo, E.B. & Schuckit, M.A. (1998). Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behaviors*, 23(6), 933-946.
- Rawson, R.A., McCann, M., Flammio, F., Shoptaw, S., Miotto, K., Reiber, C., et al. (2002). A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for cocaine- and methamphetamine-dependent individuals. *Archives of General Psychiatry*, 59, 817-824.
- Roberts, A.J., Cole, M. & Koob, G.F. (1996). Intra-amygdala muscimol decreases operant ethanol self-administration in dependent rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 1289-1298.
- Robinson, T.E. & Berridge, K.C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: An incentive-sensitization view. *Addiction*, 95 (Suppl. 2), 91-118.
- Roffman, R.A., Stephens, R.S., Simpson, E.E. & Whitaker, D.L. (1990). Treatment of marijuana dependence: Preliminary results. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20(1), 129-137.
- Rosenberg, H. (1983). Relapsed versus non-relapsed alcohol abusers: Coping skills, life events, and social support. *Addictive Behaviors*, 8(2), 183-186.
- Rychtarik, R.G., Prue, D.M., Rapp, S.R. & King, A.C. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(5), 435-440.
- Sass, H., Soyka, M., Mann, K. & Zieglansberger, W. (1996). Relapse prevention by acamprostate. *Archives of General Psychiatry*, 53, 673-680.
- Sayette, M.A., Shiffman, S., Tiffany, S.T., Niaura, R.S., Martin, C.S. & Shadel, W.G. (2000). The measurement of drug craving. *Addiction*, 95 (Suppl. 2), 189-210.
- Schmitz, J.M., Stotts, A.L., Rhoades, H.M. & Grabowski, J. (2001). Naltrexone and relapse prevention treatment for cocaine-dependent patients. *Addictive Behaviors*, 26(2), 167-180.
- Schuckit, M.A. (1996). Recent developments in the pharmacotherapy of alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 669-676.
- Segal, Z., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shaham, Y., Erb, S. & Stewart, J. (2000). Stress-induced relapse to heroin and cocaine seeking in rats: A review. *Brain Research Reviews*, 33, 13-33.
- Shiffman, S. (1984). Coping with temptations to smoke. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 261-267.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. In M. Gossop (Ed.), *Relapse and addictive behavior* (pp. 149-179). London: Routledge.
- Shiffman, S., Balabanis, M., Paty, J., Engberg, J., Gwaltney, C., Liu, K. et al. (2000). Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapse and relapse. *Health Psychology*, 19, 315-323.
- Shiffman, S., Dresler, C.M., Hajek, P., Gilbert, S.J., Targett, D.A. & Strahs, K.R. (2002). Efficacy of a cotinine lozenge for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1267-1276.
- Shiffman, S., Engberg, J.B., Paty, J.A., Perz, W.G., Gnys, M., Kassel, J.D. & Hickcox, M. (1997). A day at a time: Predicting smoking lapse from daily urge. *Journal of Abnormal psychology*, 106, 104-116.
- Shiffman, S., Paty, J.A., Gnys, M., Kassel, J.D. & Hickcox, M. (1996). First lapses to smoking: Withing subjects analysis of real time reports. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 2, 366-379.
- Shiffman, S. & Waters, A.J., (2004). Negative affect and smoking lapses: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 192-201.
- Siegel, S., Baptista, M.A.S., Kim, J.A., McDonald, R.V. & Weise, K.L. (2000). Pavlovian psychopharmacology: The associate basis of tolerance. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8(3), 276-293.

- Siegel, S., Krank, M.D. & Hinson, R.E. (1988). Anticipation of pharmacological and nonpharmacological events: Classical conditioning and addictive behavior. In S. Peele (Ed.), *Visions of addiction: Major contemporary perspectives on addiction and alcoholism* (pp. 85-116). Washington, DC: Lexington Books.
- Skinner, H.A. (1989). Butterfly wings flapping: Do we need more "chaos" in understanding addictions? *British Journal of Addiction*, 84, 353-356.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C., Bogardis, J., Leo, G. & Skinner, W. (1992). Problem drinkers' perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist selected. *Behavior Therapy*, 23, 43-52.
- Solomon, K.E. & Annis, H.M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. *British Journal of Addiction*, 85(5), 659-665.
- Stacy, A.W., Ames, S.L. & Leigh, B.C. (2004). An implicit cognition assessment approach to relapse, secondary prevention, and media effects. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(2), 139-148.
- Stacy, A.W., Widaman, K.F. & Marlatt, G.A. (1990). Expectancy models of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 918-928.
- Stephens, R.S., Curtin, L. & Roffman, R.A. (1994). Testing the abstinence violation effect construct with marijuana cessation. *Addictive Behaviors*, 19, 23-32.
- Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 898-908.
- Stone, A.A. & Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 16(3), 199-202.
- Stout, R.L., Longabaugh, R. & Rubin, A. (1996). Predictive validity of Marlatt's taxonomy versus a more general relapse code. *Addiction*, 91 (Suppl.), 99-110.
- Supnick, J.A. & Colletti, G. (1984). Relapse coping and problem solving training following treatment for smoking. *Addictive Behaviors*, 9(4), 401-404.
- Sutton, S.R. (1979). Interpreting relapse curves. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 96-98.
- Swendsen, J., Tennen, H., Carney, M.A., Affleck, G., Willard, A. & Hromi, A. (2000). Mood and alcohol consumption: An experience sampling test of the self-medication hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 198-204.
- Taub, E., Steiner, S.S., Weingarten, E. & Walton, K.G. (1994). Effectiveness of broad spectrum approaches to relapse prevention in severe alcoholism: A long-term, randomized, controlled trial of transcendental meditation, EMG biofeedback and electronic neurotherapy. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 11, 187-220.
- Taylor, R.C., Harris, N.A., Singleton, E.G., Moolchan, E.T. & Heishman, S. J. (2000). Tobacco craving: Intensity-related effects of imagery scripts in drug abusers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 75-87.
- Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z.V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Thom, R. (1975). Structural stability and morphogenesis: An outline of a general theory of models. Reading, MA: Benjamin-Cummings.
- Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- Tiffany, S.T., Carter, B.L. & Singleton, E.G. (2000). Challenges in the manipulation, assessment and interpretation of craving relevant variables. *Addiction*, 95 (Suppl. 2), 177-187.
- Volpicelli, J.R., Alterman, A.I., Hayashida, M. & O'Brien, C.P. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 48, 876-880.
- Vuchinich, R.E. & Tucker, J.A. (1996). Life events, alcoholic relapse, and behavioral theories of choice: A prospective analysis. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 19-28.
- Walton, M.A., Castro, F.G. & Barrington, E.H. (1994). The role of attribution in abstinence, lapse and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19(3), 319-331.
- Warren, K., Hawkins, R.C. & Sprott, J.C. (2003). Substance abuse as a dynamical disease: Evidence and clinical implications of nonlinearity in a time series of daily alcohol consumption. *Addictive Behaviors*, 28, 369-374.
- Wegner, D.M. & Wheatley, T. (1999). Apparent mental causation: Sources of the experience of will. *American Psychologist*, 54(7), 480-492.
- Weiner, B. (1974). *Achievement motivation and attribution theory*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Wilson, P.H. (1992). Relapse prevention: Conceptual and methodological issues. In P.H. Wilson (Ed.), *Principles and practice of relapse prevention*. New York: Guilford Press.

Winters, J., Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J., Birchler, G.R. & Kelley, M.L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 344-355.

Witkiewitz, K., Hifford, M.R., Caruso, J.C. & Shields, A.S. (2002, November). *Increasing the prediction of alcohol relapse using catastrophe theory: Findings from Project MATCH*. Sessão de poster apresentada

no encontro anual da Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.

Witkiewitz, K. & Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.

Witkiewitz, K., Marlatt, G.A. & Walker, D.D. (no prelo). Mindfulness-based relapse prevention: The meditative tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*.