

Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas

Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders

Bernard P Rangé,¹ G Alan Marlatt²

Resumo

Objetivo: Entre os diversos tipos de tratamentos aos quais as terapias cognitiva e comportamental têm sido aplicadas com sucesso encontra-se o uso em problemas de adicção. Este artigo, em parte, revê modelos de adicção como os de prevenção de recaídas de Marlatt e Gordon, o de Prochaska, DiClemente e Norcross sobre os estágios de mudança, com a derivação da entrevista motivacional, desenvolvida por Miller e Rollnick, bem como os modelos cognitivos de Beck et al. **Método:** Com base em evidências da literatura para o desenvolvimento de programas de tratamento efetivos, é descrito um modelo de tratamento em grupo que foi usado com grupos de alcoolistas encaminhados pela Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro para o Centro de Pesquisa e Reabilitação do Alcoolismo. **Resultados:** Os resultados são apresentados indicando que este tipo de tratamento poderia ser uma alternativa a outros tratamentos em uso. **Conclusões:** Novas pesquisas são necessárias para validar melhor a abordagem cognitivo-comportamental para os problemas de abuso de álcool e drogas.

Descritores: Fobia social; Terapia cognitivo-comportamental; Timidez; Ansiedade; Transtornos relacionados ao uso de substâncias

Abstract

Objective: Cognitive-behavioral therapies have been successfully used to treat addiction. This article is in part a review on addiction models such as relapse prevention by Marlatt & Gordon, stages of change by Prochaska, DiClemente & Norcross, deriving from motivational interview, developed by Miller & Rollnick, as well as the cognitive models by Beck et al. **Method:** Based on literature evidence for the development of effective treatment programs, we report on a group treatment model used in a group of alcoholics referred by the Department of Worker's Health Surveillance at Universidade Federal do Rio de Janeiro to the Alcoholism Rehabilitation and Research Center. **Results:** Results are presented indicating that this type of treatment could be one alternative to others treatments in use. **Conclusions:** New research is needed to better validate cognitive-behavioral approach to alcohol and drug problems.

Descriptors: Social phobia; Cognitive-behavioral therapy; Shyness; Anxiety; Substance-related disorders

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil

² Centro de Pesquisa em Comportamentos Adictivos, Universidade de Washington, EUA

Correspondência

Bernard P Rangé
Rua Visconde de Pirajá, 547, sala 608 - Ipanema
22415-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução

Transtornos relacionados a substâncias geralmente causam prejuízos importantes e complicações graves, resultando em deterioração da saúde geral do indivíduo, além de produzir efeitos negativos nos contextos pessoal, social e profissional. O consumo repetido de altas doses de álcool pode afetar quase todos os sistemas orgânicos, principalmente o trato gastrointestinal e os sistemas cardiovascular e nervoso (déficits cognitivos, déficit de memória grave e alterações degenerativas no cerebelo).

A dependência e o abuso de álcool representam um grande problema de saúde pública. Mesmo os melhores tratamentos para o alcoolismo apresentam prognósticos pouco favoráveis, e o prognóstico para pacientes com maior cronicidade é ainda menos favorável.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) estabeleceu critérios diagnósticos para abuso e dependência de substâncias.¹

Critérios para abuso de substância do DSM-IV

A. Um padrão mal-adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

- uso recorrente da substância, resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa
- uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico
- problemas legais recorrentes relacionados à substância
- uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para Dependência de Substância.

Critérios para dependência de substância do DSM-IV

Padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- 1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado
 - b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância
- 2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a) síndrome de abstinência característica para a substância
 - b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
- 3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
- 4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância
- 5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos
- 6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool)

Dados epidemiológicos de Carlini et al.,² comparando 107 cidades brasileiras e norte-americanas, descreveram que, em relação a qualquer droga, a prevalência era de 19,4% no Brasil (BR) versus 38,9% nos Estados Unidos (EUA). O álcool é a droga mais usada no BR (68,7% da população versus 81% nos EUA), seguido por tabaco (41,1 versus 70,5%, respectivamente). A taxa de dependência para as substâncias mais usadas é, de acordo com esse mesmo estudo, 11,2% para álcool, 9,0% para tabaco, 1,1% para benzodiazepinas, 1,0% para maconha, 0,8% para solventes e 0,4% para estimulantes.

Em outro estudo, Galduroz & Caetano³ demonstraram um aumento significativo de 6,6 para 9,4% entre 2000 e 2004 de dependentes de álcool. Os autores também mostraram que seu uso ao longo da vida em 27,7% da população brasileira era de 68,7%, e que a prevalência de dependência de álcool era de 11,2%.⁴

Entre pacientes que buscam ajuda, as principais comorbidades são transtorno depressivo maior (TDM) (30-40%), síndrome do pânico (SP) e transtorno de ansiedade generalizada (TAG) (15%) e fobia social (20%). Indivíduos com transtorno de personalidade anti-social podem atingir uma taxa de 44%.

Muitos programas tradicionais de tratamento do alcoolismo têm como foco fatores motivacionais, explicando ao paciente *porque* ele deveria se abster de beber álcool. Entretanto, eles não fornecem as habilidades necessárias, uma vez que não mostram ao paciente *como* não beber, como largar um velho hábito e controlar sua ocorrência no futuro. Neste segundo foco, o indivíduo recebe a responsabilidade pela resolução do problema, e não sua causa e desenvolvimento.

Alguns critérios devem ser atendidos para o desenvolvimento de um programa efetivo de autocontrole:

- 1) Mostrar ser eficaz na manutenção da mudança por um período significativo comparado aos melhores programas alternativos
- 2) Melhorar e manter a adesão às demandas do programa
- 3) Combinar técnicas cognitivas e comportamentais com mudanças globais no estilo de vida
- 4) Facilitar a motivação e habilidades de enfrentamento para mudanças contínuas na vida
- 5) Substituir padrões comuns por outras habilidades
- 6) Maximizar a generalização
- 7) Ensinar novas formas de lidar com o fracasso
- 8) Usar sistemas disponíveis de apoio⁵

O modelo de aprendizagem social⁶ considera que a aprendizagem do comportamento de beber resulta de influências sociais, familiares e de pares que modelam comportamentos, crenças e expectativas referentes ao álcool. As atitudes e comportamentos dos pais em relação ao álcool são os melhores preditores do consumo de bebida na adolescência. Desta forma, por exemplo, o álcool pode ser usado pelos pais para relaxar após o trabalho, e isto provavelmente cria nas crianças um modelo de comportamento de usar álcool ou maconha como um relaxante. Atitudes extremas em relação à sobriedade de pais abstinentes também são risco aumentado para o desenvolvimento de problemas com bebida. Um aspecto principal é que esse modelo pode não se aplicar somente para

o comportamento de beber, mas também para o uso de uma substância que possa produzir o mesmo efeito.

O papel do reforçamento positivo resultante dos efeitos do álcool não pode ser negligenciado, já que é um poderoso lubrificante social, facilitando a sociabilidade. Reforçamento negativo também atua através de redução da tensão e do humor negativo, do alívio da dor e liberação de inibições sociais.

O papel do condicionamento pavloviano é fortalecer associações entre álcool (e outras drogas) e a satisfação associada a ele. Da mesma forma, os operantes “pedir álcool” e “beber” são fortalecidos e têm maior probabilidade de ocorrer no futuro.

É importante destacar fatores cognitivos e emocionais próximos (“isto é bom”, alegria, felicidade, redução de estados negativos de humor) e efeitos distantes (acidente de veículo, lutas, polícia, ausência do trabalho ou atividades escolares ou acadêmicas).

A inexistência de repertórios alternativos é essencial, uma vez que a variedade de situações agradáveis de reforçamento está reduzida (não sai mais com amigos abstinidos, não vai mais ao cinema, teatro e concertos de música), e o indivíduo está cada vez mais restrito ao uso do álcool.

A abordagem cognitivo-comportamental ao abuso de álcool (e outras drogas) tem uma longa tradição e integra modelos variados para lidar com problema tão grave.

Modelo de prevenção de recaídas

Há diferentes modelos para compreender comportamentos adictivos, conforme pode ser visto na Tabela 1.

Marlatt⁸⁻¹⁰ também apresentou dados sobre situações determinantes de recaídas em alcoolistas (Tabela 2).

Fatores de auto-eficácia também devem ser destacados. O conceito de auto-eficácia^{11,12} propõe que as pessoas tendem a repetir certos comportamentos quando acreditam em sua capacidade pessoal de desempenhar corretamente esses comportamentos. Entretanto, o poder preditivo de auto-eficácia encontra-se limitado em alcoolistas, uma vez que eles tendem a ser autoconfiantes. Por outro lado, fortalecer a auto-eficácia de resistir ao uso de álcool diminui a probabilidade de recaídas.

A Figura 1 oferece um melhor entendimento deste mecanismo.⁹

Mudanças no estilo de vida são um elemento central para reduzir a probabilidade de recaídas, como a redução de fontes de estresse, busca de um equilíbrio entre prazer a obrigação, prática de exercícios físicos, tentativa de melhorar a alimentação por meio de uma dieta mais balanceada, ioga, meditação ou outra forma de relaxamento e o uso de técnicas de inoculação de estresse.

Modelo cognitivo de abuso de substância

A primeira tentativa de intervenção usando um modelo cognitivo foi o Programa SMART Recovery®, baseado na terapia racional

Tabela 2 – Análise de situações de recaída com alcoolistas, fumantes, viciados em heroína, jogadores compulsivos e indivíduos em dieta⁹

Determinantes intrapessoais	
Emoções negativas	35%
Estados físicos negativos	3%
Testes de controle pessoal	9%
Desejos e tentações	11%
Determinantes interpessoais	
Conflitos interpessoais	16%
Pressão social	20%
Emoções positivas	3%

emotiva comportamental de Albert Ellis.¹³ O termo SMART (que significa “esperto” ou “inteligente” em inglês) é um anagrama das palavras Self-Management And Recovery Treatment (tratamento de recuperação por auto-manejo). Ele ajuda os indivíduos a atingir independência de seus comportamentos adictivos, seja de substâncias ou de atividades. O programa fornece instrumentos e técnicas para quatro questões programáticas: 1) melhorar e manter a motivação para se abster; 2) enfrentamento de fissuras; 3) resolução de problemas, manejo de pensamentos, sentimentos e comportamentos; e 4) equilíbrio no estilo de vida, balanceando satisfações momentâneas e duradouras. Ele ajuda as pessoas a se recuperarem de todos os tipos de comportamento adictivo, incluindo alcoolismo, abuso de drogas, jogo compulsivo e adicção a outras substâncias e atividades. Atualmente, o programa patrocina mais de 300 encontros presenciais no mundo inteiro e 16 encontros on-line todas as semanas.

Semelhante a outros transtornos, como depressão e ansiedade, o modelo cognitivo de abuso de substância é baseado na pressuposição de que experiências nas fases iniciais da vida são as bases para o desenvolvimento de problemas dessa natureza. Elas favorecem o desenvolvimento de esquemas, crenças nucleares básicas e crenças condicionais.¹⁴

Exposição e experiência com uso de drogas é parte desse processo, e crenças particularmente relacionadas ao uso de drogas serão desenvolvidas, algumas facilitando e outras evitando seu uso. Em certo ponto o uso contínuo começa, associado a estímulos internos/externos em risco de uso (por exemplo, num bar, sentindo-se cansado, entediado ou triste, após muitos meses de abstinência). Isto deverá ativar crenças sobre uso de substância (“*Sou mais sociável quando bebo*”) e certos pensamentos automáticos (“*Só um pouquinho*”; “*Todos estão se divertindo*”; “*Que diabos, eu mereço!*”). Como consequência, deverá ser ativada a fissura (imagem de ir ao banheiro como no ritual; excitado! “Uma ‘carreira’”). Ocorrerá, então, a ativação de crenças facilitadoras (“*Todos nesta cidade estão ‘a mil hoje à noite’*”; “*Todos estão fazendo isso; vai ser só uma carreira*”). Atividades instrumentais específicas aparecerão

Tabela 1 - Comparação entre os modelos de prevenção de recaídas (PR) e a doença⁷

Tópico	PR	Doença
Locus de controle	A pessoa consegue exercer autocontrole	A pessoa é vítima de forças além do autocontrole
Objetivos	Escolha de objetivos: retirada de controle	Retirada total
Filosofia de trabalho	A pessoa está distanciada de seu comportamento Abordagem educativa	Identificação da pessoa com seu problema Abordagem médica
Procedimentos de tratamento	Treinamento de habilidades de enfrentamento Grupos de autocontrole Reestruturação cognitiva	Enfrentamento e conversão Grupos de apoio Dogmas cognitivos
Abordagem geral de várias adições	Busca de elementos comuns às adições Adição baseada em hábitos mal-adaptativos	Cada adição é única Adição baseada em processos fisiológicos

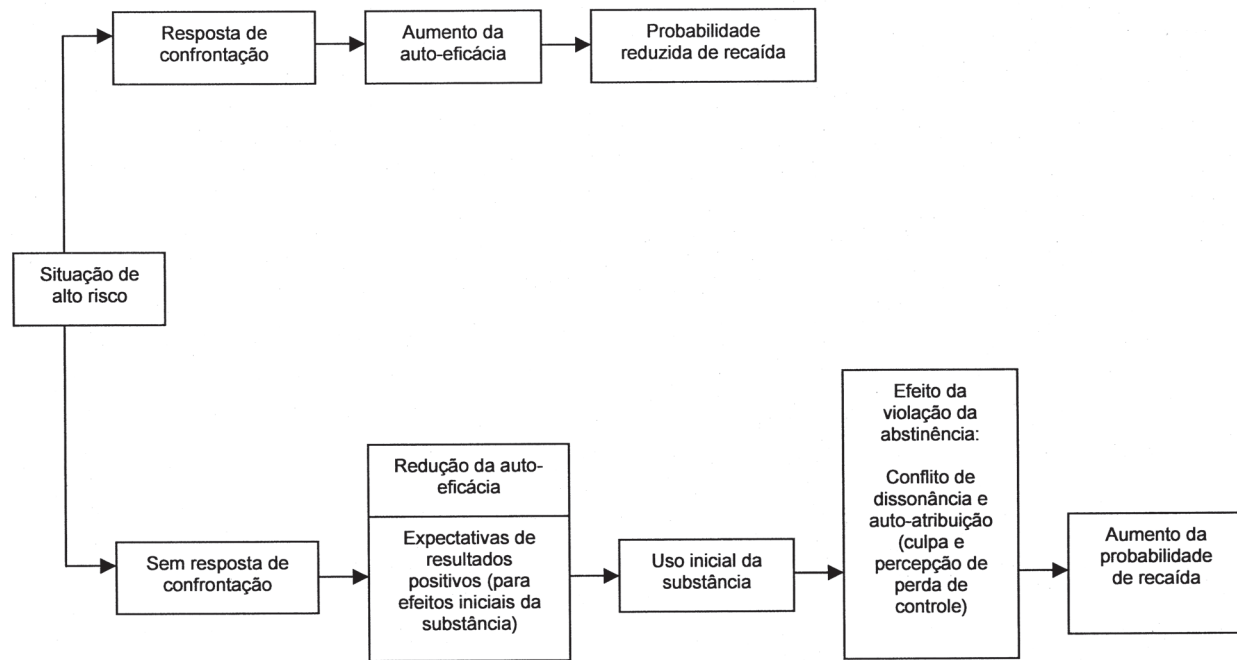


Figura 1 - Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaídas⁹

neste momento (busca de alguém que tenha cocaína; pedir só um “pega” a alguém). A seguir, o indivíduo cheira uma “carreira”, não gosta porque se sente culpado: o chamado “*crash*”. Começa então um novo ciclo.¹⁵

As técnicas básicas da terapia cognitiva para o abuso de álcool/drogas demandam, em primeiro lugar, fortalecimento da aliança terapêutica através de um entendimento empático do problema do cliente, em combinação com aceitação incondicional. A relação terapêutica e a conceitualização de casos desempenham um importante papel. É através delas que um terapeuta pode entender a dor e o medo por trás da hostilidade e resistência do paciente. É essencial explorar o significado e função das ações aparentemente oposicionistas e autodestrutivas do paciente, avaliando suas crenças sobre a terapia, mas também é importante avaliar as próprias crenças do terapeuta sobre o paciente. Saber como usar sentimentos desagradáveis em colaboração na relação terapêutica como algo útil e lucrativo para o processo terapêutico é uma habilidade muito valiosa.

O monitoramento da atividade é desejável, mas difícil de atingir em indivíduos com queixas dessa natureza. Portanto, o uso de matriz 2 x 2 de vantagens-desvantagens pode ser uma boa estratégia para ajudar a fortalecer a ambivalência que esses pacientes geralmente apresentam. Também é importante desenvolver técnicas de resolução de problemas, de forma que o paciente saiba como lidar com situações de risco. Registros diários de pensamentos enfrentados com respostas racionais podem ajudar a manejar as fissuras. Ao lidar com fissuras, é recomendado adiá-los por 5 minutos, 10 minutos, 1 hora etc., tentando tirar o foco do impulso (assistir TV, usar o computador, fazer algum relaxamento, falar com alguém, limpar ou consertar coisas no trabalho ou em casa). O uso de cartões de enfrentamento contendo enunciados para controlar crenças também pode ser útil. É extremamente importante manter o foco em metas de longo prazo, ao invés de buscar recompensas imediatas. O uso de dramatizações também pode servir como estratégia para treinar a assertividade da recusa a drogas.

Estágios da mudança

Prochaska, DiClemente & Norcross propuseram, em 1992, que há diversos estágios relacionados a comportamentos adictivos que definirão a prontidão de um indivíduo em abandonar o uso de substâncias.¹⁶

De acordo com eles, primeiro há um estágio chamado de *pré-contemplanção*, no qual há uma negação da existência do problema (“*Quem tem um problema? Eu não!*”). Segundo, há um estágio de *contemplanção* (“*Isto está começando a me trazer problemas*”); depois vem o estágio de *preparação* (no qual a pessoa começa a fazer planos concretos para atingir a mudança); depois desse momento pode ter início o estágio de *ação* (redução real e cessação do uso de substância); e finalmente, um estágio de *manutenção*, no qual mudanças de atitudes e estilo de vida em longo prazo resultarão na recuperação contínua ou em uma nova recaída.

Uma consequência dessa proposta foi o modelo de entrevista motivacional, de Miller & Rollnick.¹⁷ Este modelo defende a idéia de que as pressões para abandonar o uso de uma substância tendem a piorar seu uso e que, alternativamente, o terapeuta que trabalha com viciados deveria conduzir entrevistas não-diretivas aumentando a ambivalência quanto ao uso de substância.

Em cada sessão, há ações concebidas de acordo com o estágio de mudança do paciente. Assim, no estágio de *pré-contemplanção*, a tarefa terapêutica é aumentar as dúvidas. No estágio de *contemplanção*, é desejável que o terapeuta aponte a falta de equilíbrio, fornecendo razões para mudar ou não. Na *preparação* para o estágio de *ação*, a tarefa é ajudar o cliente a determinar a melhor estratégia para a mudança. No estágio de *ação*, é desejável ajudar o cliente a se movimentar rumo à mudança, valorizando seus esforços. No estágio de *manutenção*, espera-se que o terapeuta auxilie o cliente a identificar estratégias para prevenção de recaídas, como o fortalecimento da auto-eficácia.¹¹ Caso haja recaídas, o terapeuta deve ajudar o cliente a recomeçar o processo, avaliando se o paciente não desenvolveu uma resposta de enfrentamento

satisfatória. Sua auto-eficácia será menor; portanto, haverá uma maior probabilidade de mais recaídas, como os respectivos efeitos de violação, que incluem dissonância cognitiva, auto-atribuição/culpa e perda de controle.

Tratamento

Holder, Longabaugh, Miller & Rubonis¹⁸ revisaram ensaios controlados incluindo 33 diferentes modalidades de tratamento do alcoolismo e concluíram que há boa evidência da eficácia das seguintes intervenções terapêuticas: treinamento de habilidade social, treinamento de autocontrole, entrevista motivacional breve, manejo de estresse, terapia conjugal comportamental e reforçamento da comunidade. Holder et al. também relataram que há evidências “satisfatórias” para sensibilização encoberta e contratos comportamentais.^{18,19}

Muitos estudos confirmaram a efetividade da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do alcoolismo²⁰ (manejo da depressão),^{21,22} (manejo da ansiedade),²³⁻²⁷ (treinamento de habilidades intra e interpessoais, identificação de situações de alto risco, reestruturação cognitiva),²⁸ (treinamento da assertividade),^{29,30} (treinamento de relaxamento).

O desenvolvimento de habilidades para enfrentamento efetivo precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas.

Como base para o treinamento de habilidades, duas categorias de fatores deveriam ser consideradas como predisponentes para o uso de álcool: fatores interpessoais (suporte social, relações conjugais e familiares, relações no trabalho) e fatores intrapessoais (processos cognitivos e estados de humor).

A identificação de fatores e a capacidade de lidar com eles foram desenvolvidos num tratamento de grupo com 27 sessões de 90 minutos com frequência de duas vezes por semana, para pacientes encaminhados pela Divisão de Saúde do Trabalhador (DVST) da Universidade Federal do Rio de Janeiro ao Centro de Pesquisa e Reabilitação de Alcoolismo, que agora é o Centro de Estudos, Pesquisa e Reabilitação em Alcoolismo (CEPRAL). O objetivo foi desenvolver um programa de treinamento de grupo para dependentes de álcool baseado numa abordagem cognitivo-comportamental, visando à remissão completa de seu uso.

Os objetivos específicos foram: 1) desenvolver aprendizagem e prática de novos comportamentos substitutos para o comportamento de beber através de treinamento de habilidades inter e intrapessoais; 2) ensinar estratégias de enfrentamento que podem ser usadas para lidar com situações de alto risco (internas e externas) que poderiam levar ao comportamento adictivo; 3) estabelecer estratégias gerais de mudanças no estilo de vida; e 4) desenvolver estratégias que favoreçam a manutenção do processo de mudança nos hábitos produzidos pelo tratamento.

O treinamento de habilidades interpessoais envolvia como reconhecer sinais sociais; desenvolvimento da capacidade de começar, manter e mudar conversas com amigos e estranhos; fortalecimento de comportamentos assertivos, como “dizer não” ou “pedir mudanças nos comportamentos de outras pessoas”. Habilidades intrapessoais eram associadas com o aprendizado de estratégias de relaxamento muscular e/ou respiratório; manejo da raiva; e reestruturação cognitiva para reduzir ansiedade e/ou estados de humor depressivo. Outras habilidades consideradas importantes foram a identificação de situações de alto risco de recaída, como

ir num bar na sexta-feira, deprimido e abstinente por vários dias, e de crenças que facilitam o uso do álcool. Ações para incentivar o aumento de frequência de atividades, principalmente atividades agradáveis, foram usadas como estratégias para mudança de estilo de vida, além de estímulos para participar de novos grupos sociais.

As hipóteses foram de que o treinamento de habilidades sociais seria eficaz no tratamento do alcoolismo; que teria a abstinência, definida como Remissão Completa Inicial pelo DSM-IV,¹ como sua meta final; que o comportamento adictivo é funcionalmente associado a déficits de habilidades de enfrentamento de situações problemáticas do cotidiano; e que a aquisição de habilidades para reconhecer e lidar com situações de risco contribuiu para um estado de Remissão Completa Inicial.

Alguns instrumentos usados para avaliação incluíram anamnese, Entrevista Estruturada para Transtornos de Ansiedade (ADIS-IV),³¹ Entrevista Estruturada para Transtornos de Personalidade do DSM-IV (SIDP-IV),³² Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck,^{33,34} Escalas Hamilton de Ansiedade (HAMA) e Depressão (HAMD).^{35,36} Os resultados desses inventários foram comparados às aplicações no término do programa.

O texto abaixo descreve um grupo de intervenção hipotético para outros grupos.

A primeira sessão serve para introduzir o plano de trabalho, as regras e normas que guiarão o trabalho em grupo, apresentação de cada membro, incluindo um relatório breve de seu problema para propósitos de avaliação. Os objetivos podem ser deixar os pacientes confortáveis, interagindo entre si e sendo aconselhados sobre os princípios gerais do grupo, objetivos, procedimentos e regras. O modelo de prevenção de recaídas pode ser introduzido, bem como o modelo cognitivo e o modelo de treinamento de habilidades sociais.

A segunda sessão pode ser usada para gerenciar pensamentos relativos ao álcool, na qual, através de discussões e exercícios em grupo, pode-se incentivar o uso de pensamentos substitutos para pensamentos sobre bebida. Pode-se realizar uma matriz de vantagens e desvantagens referentes ao comportamento de beber para tornar mais explícito os benefícios de não beber comparados aos de beber, baseado na experiência prévia de cada membro com a bebida.

A terceira sessão pode ser dedicada ao desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, reconhecendo que os problemas de fato existem, mas que podem ser resolvidos. O primeiro passo é saber como identificar o problema. Deve-se realizar um *brainstorm*, no qual soluções diferentes, mesmo aquelas que são aparentemente estranhas, são propostas. Os prós e contras de cada solução devem ser objetivamente analisados, e uma hierarquia deve ser estabelecida, na qual a alternativa mais promissora é selecionada e usada. Se funcionar e resolver o problema, então é suficientemente bom; se não, o item seguinte deve ser usado, depois o próximo, e assim sucessivamente. Técnicas de dramatização e discussão de grupo também podem ser usadas.

As sessões subsequentes podem ser inicialmente usadas para o treinamento de habilidades sociais, com o objetivo de desenvolver as habilidades básicas de comunicação com base na consideração de que o diálogo é o primeiro passo no estabelecimento de relações interpessoais. Com o objetivo de estabelecer o início de um diálogo, deve-se iniciar com um tema que favoreça uma resposta, fazendo perguntas “abertas”. Essas perguntas sempre incluem advérbios, como *quando, desde quando, onde, o que, como, por que* etc.

A resposta será mais longa, o que pode favorecer a identificação de possíveis experiências em comum. Técnicas de comunicação recomendam que as pessoas falem sobre si mesmas, descrevendo fatos e experiências em suas vidas para favorecer a descoberta de identidades ocasionais entre os falantes. É extremamente importante manter o foco no desenvolvimento da escuta e da observação. O diálogo pode ser encerrado educadamente, deixando a pessoa com um sentimento de que foi agradável conversar com ela. Os obstáculos que podem prejudicar uma comunicação eficiente em cada um precisam ser identificados, de forma que possam ser superados.

A primeira sessão na qual o *treinamento assertivo* será iniciado deve ser realizada após o fortalecimento de habilidades sociais básicas. Essas habilidades requerem aprender a expressar os próprios sentimentos de forma direta, honesta e apropriada, falando clara, firme e decididamente, estabelecendo contato visual e usando enunciados na primeira pessoa (“Eu” prefiro quando você age assim; “Eu” não gosto quando você grita comigo, etc.). Com o uso de dramatizações, debates e exercícios, os membros do grupo aprenderão a dizer “não” e a sugerir alternativas. Eles também podem aprender a solicitar mudanças no comportamento de outras pessoas, caso elas insistam em convidar a pessoa para tomar um drinque. Outras sessões nesta área podem ter como foco ofertar e receber elogios, receber críticas de outras pessoas, criticar outras pessoas, recusar bebidas alcoólicas etc.

Sessões subseqüentes podem ser usadas para melhorar relacionamentos íntimos, com o objetivo de desenvolver habilidades para enfrentar dificuldades e conflitos que ocorrem no contexto de relacionamentos íntimos. Para estabelecer uma comunicação efetiva, é extremamente importante combinar habilidades, como ser assertivo, demonstrar conhecimento de como lidar com sentimentos positivos, fazer e receber críticas construtivas sobre os comportamentos perturbadores de outras pessoas antes que sentimentos negativos se acumulem, elogiar e receber elogios, ouvir ativamente. Ser um ouvinte dinâmico ajuda a construir proximidade, apoio e compreensão. Falar diretamente com um parceiro sexual, de forma que ele(a) saiba o que você pensa, sente e quer. Devem-se enfatizar algumas habilidades conjugais, como expressar sentimentos empática e assertivamente, habilidades de discussão ou negociação, além de resolução de conflitos e problemas, mudança pessoal e ajuda (para fazer os outros mudarem). Generalização e transferência para situações cotidianas dependerão do entendimento e treinamento consistentes de cada um para atingir este objetivo.

A importância da comunicação não-verbal deve ser apontada, uma vez que deve haver uma correspondência entre comportamento verbal (*o que é dito*) e não-verbal (*como é dito*). Para tanto, os diferentes componentes do comportamento não-verbal devem ser discutidos: postura, espaço (distância) entre duas pessoas, contato visual, sinais com a cabeça, expressão facial, tom de voz, gestos e mímica. Podem-se realizar dramatizações, de forma que esses exercícios possam ser modelados.

Deve-se começar o treinamento de relaxamento muscular e respiratório, além do uso de técnicas imaginárias, considerando que muitos bebedores usam o álcool como um tipo de automedicação para relaxar e controlar tensões, estresse e ansiedade. É importante aprender a estar consciente das tensões corporais e aprender a relaxar, tensionando e relaxando oito grupos musculares específicos. Esse relaxamento muscular progressivo foi proposto por Jacobson e vem sendo amplamente usado em TCC desde a década de

1950.³⁰ Exercícios de relaxamento muscular podem ser realizados em grupos, misturando técnicas sugestivas tiradas de treinamento autôgeno³⁷ e exercícios de técnicas imaginárias de visualização positiva. Outro tipo de relaxamento que pode ser treinado nesta sessão são exercícios de técnica respiratória, descritos como respiração diafragmática, como aqueles realizados em ioga e/ou aulas de meditação.

Com relação ao aprendizado de técnicas intrapessoais, as primeiras poderiam ter como foco a prevenção de raiva, já que a raiva é o principal fator relacionado a recaídas. Portanto, aprender a discriminar estímulos que causam raiva e saber como funcionar sob o efeito dessa emoção é muito importante. Assim, vale a pena tentar definir a raiva e apontar seus efeitos positivos e negativos. É essencial discriminar quais situações causam raiva, direta ou indiretamente, e quais respostas a manifestam (reações internas). É muito importante enfatizar que a raiva, como qualquer emoção, tem um período de duração, e que, com o passar do tempo, ela necessariamente será reduzida. Neste sentido, deve-se primeiro explicar que a primeira coisa que uma pessoa pode fazer quando sente raiva é não fazer *nada*. Em segundo lugar, a pessoa deve iniciar a respiração diafragmática. Em terceiro lugar, elas devem refletir sobre a interpretação feita do fato que pode estar originando a raiva para verificar se é uma avaliação correta, se há distorções ou se outras interpretações podem ser oferecidas. Finalmente, se a pessoa já se acalmou, ela pode começar a falar assertivamente com aquele cujo comportamento despertou a raiva. Situações que causam raiva em membros do grupo podem ser analisadas, e exercícios de inoculação de estresse podem ser usados para ajudar os membros do grupo a aprender como manejar a raiva.

As sessões também podem ter como foco atingir reversões de pensamentos negativos. Aprender a identificar pensamentos negativos ou pessimistas é importante para mudá-los e ser mais capaz de perceber como eles influenciam nossos sentimentos. Ser capaz de aprender a reestruturar esses sentimentos substituindo-os por outros pensamentos mais realistas é útil e necessário para combater sentimentos tristes, que são outra forma de recaída. Portanto, essa habilidade pode ser incorporada através de exercícios práticos usando planilhas de registro para pensamentos disfuncionais e dramatizações em grupo. Mais especificamente, também pode ser necessário tentar alterar crenças irracionais e irrealistas, substituindo-as por crenças mais realistas.

Após algum tempo, pode haver uma revisão da prevenção de recaídas e dos modelos cognitivos (pensamentos automáticos e crenças), do treinamento de habilidades sociais (assertividade, comportamento não-verbal, receber e fazer críticas, negociação) e da importância da empatia nos relacionamentos íntimos. O treinamento de relaxamento pode ser praticado novamente, bem como o treinamento de resolução de problemas. Deve-se dar mais atenção ao manejo de sentimentos como raiva, medo, tensão, tristeza e alegria.

O aumento de atividades agradáveis com o objetivo de incentivar a importância da quantidade de tempo dedicado ao lazer e a atividades que oferecem prazer é uma forma de evitar pensamentos negativos. Tentativas de desenvolver uma variedade de atividades agradáveis devem ser realizadas usando a técnica do “gráfico agradável”³⁸ e uma lista de desejos, enfatizando a identificação de obstáculos. O aumento da rede de apoio social é um objetivo necessário para adquirir e manter relacionamentos interpessoais que podem fornecer o apoio para que um indivíduo se sinta mais confiante em suas habilidades. Tentar identificar como as interações

podem ser uma fonte de apoio: 1) quem pode oferecer ajuda? 2) que tipo de apoio é desejado? 3) como conseguir a ajuda que alguém precisa? Devem-se demonstrar maneiras eficazes (pedidos diretos e específicos) e ineficazes (pedidos indiretos ou inespecíficos) de pedir ajuda, visando a um modelo.

Também é essencial prestar alguma atenção a planos emergenciais para uma variedade de situações de estresse que podem surgir de maneira inesperada e incluir estratégias para resolvê-las. Além disso, é necessário lidar com problemas persistentes, considerando as mudanças ocorridas desde que o grupo foi formado e identificando problemas que ainda estão presentes.

A última sessão novamente tem como foco um diálogo sobre prevenção de recaídas para aumentar a consciência de que decisões (aparentemente) irrelevantes podem causar recaídas. É importante destacar a capacidade de pensar sobre cada escolha, antecipando riscos e analisando as recaídas e decisões aparentemente irrelevantes

que podem ter levado a elas. Uma análise do tratamento deve ser realizada para uma despedida adequada do grupo, incluindo um *feedback* para os terapeutas.

Conclusões

O trabalho com indivíduos que tenham problemas de abuso de álcool e/ou drogas é geralmente pouco gratificante, mas talvez seja por isso que é estimulante. Ao lidar com pacientes adictivos, é importante para o terapeuta estar “focado”, tentando não demonstrar desesperança e desespero, mas ao mesmo tempo, não esperando progresso constante. Enquanto os terapeutas devem oferecer *feedback*, educação, técnicas e apoio a seus pacientes, eles não podem assumir a responsabilidade pelos problemas dos pacientes. Os terapeutas devem sempre tentar permanecer calmos numa situação de crise e auxiliar o paciente na resolução de seu problema, sabendo que não devem resolver as crises para seus pacientes.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/Conselho consultivo	Other ³
Bernard P Rangé	UFRJ	---	---	---	---	---	---
G Alan Marlatt	Universidade de Washington	---	---	*	---	---	---

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Observação: UFRJ = Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Para mais informações, consultar Instruções para autores.

Referências

- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Texto revisado (–DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo AS. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País*. São Paulo: CEBRID/Unifesp; 2002.
- Galduróz JC, Caetano R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl 1):S3-6.
- Marlatt GA. Relapse Prevention: Theoretical Rational and Overview of the Model. In: Marlatt GA, Gordon J. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford; 1993. p. 14.
- Marlatt GA. Relapse Prevention: Theoretical Rational and Overview of the Model. In: Marlatt GA, Gordon J. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford; 1993. p. 26
- Bandura A. *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice-Hall; 1982.
- Marlatt GA. Relapse Prevention: Theoretical Rational and Overview of the Model. In: Marlatt GA, Gordon J. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford; 1993a. p. 14.
- Marlatt GA. Situational Determinants of Relapse and Skills Training Interventions. In: Marlatt GA, Gordon J. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford; 1993. p. 7.
- Marlatt GA. Cognitive Factors in the Relapse Process. In: Marlatt GA, Gordon J. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford; 1993. p. 35.
- Marlatt GA. Lifestyle Modification. In: Marlatt GA, Gordon J. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford; 1993. p. 35.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
- Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*. 1982;37(2):122-47.
- Ellis A. *Guide to Rational Living*. New York: Wilshire; 1975.
- Beck J. *Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed; 1996.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford; 1993.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. *Am Psychologist*. 1992;47(9):1102-14.
- Miller WR, Rollnick S. *Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- Holder H, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *J Stud Alcohol Drugs*. 1991;52(6):517-24.
- Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult Mental Health Problems. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(1):53-88.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed; 1998.
- Beck AT, Emery G. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books; 1985.
- Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford; 1988.
- Marlatt GA, Gordon J. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford; 1993.
- Chaney EF O'Leary MR, Marlatt GA. Skill training with alcoholics. *J Consult Clin Psychol*. 1978;46(5):1092-104.
- Monti PM, Abrams DB, Kadden RM, Cooney NL. *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide in the Treatment of Alcoholism*. New York: Guilford, 1989.
- Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford; 1993.
- Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping Skills and Treatment Outcomes in Cognitive-Behavioral and Interactional Group Therapy for Alcoholism. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(1):118-28.
- Freedberg EJ, Johnston WE. Effects of various sources of coercion on outcome of treatment of alcoholism. *Psychol Rep*. 1978;43(3 Pt 2):1271-8.
- Jacobson E. *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press; 1938.

30. Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *J Anxiety Dis.* 2007;21(3):243-64.
31. Di Nardo PA, Brown TA, Barlow DH. *Anxiety Disorders Interview Schedule of DSM-IV (ADIS-IV)*. Albany, NY: Greywind; 1995.
32. Pfohl B, Zimmerman M, Blum N, Stangl D, Del Porto JA, Lacks V, et al. Entrevista Estruturada para Transtornos de Personalidade pelo DSM-III-R (SIDP-R); 1989. Tradução e adaptação para o português de José Alberto Del Porto, Valéria Lacks, Honório R. Yamaguti e Albina Rodrigues Torres. Impresso não publicado da Escola Paulista de Medicina.
33. Beck AT, Steer RA. *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1987.
34. Beck AT, Steer RA. *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1990.
35. Williams JB. Standardizing the Hamilton depression rating scale: past, present, and future. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;251(Suppl 2):II/6-12.
36. Hamilton M. The assessment of anxiety state by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50-5.
37. Schultz JH. *O Treinamento Autógeno*. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1967.
38. Rangé B, Bernik MA. Transtorno de Pânico e Agorafobia. In: Rangé B, organizador. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 172.