

EFAD SUPERA

Modalidades de
tratamento e
encaminhamento

6

SUPERA



Sistema para detecção do
Uso abusivo e dependência de substâncias
Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve,
Reinserção social e
Acompanhamento



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 6
Modalidades de tratamento e encaminhamento

11ª Edição

Brasília
MJC
2017

O curso **SUPERA** (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento) foi idealizado e coordenado por Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e executado por meio de uma parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

© 2017 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) | Departamento de Psicobiologia e Departamento de Informática em Saúde – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) | Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP)

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas SENAD
Diretor de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Universidade Federal de São Paulo

Soraya Soubhi Smaili (Reitora)
Nelson Sass (Vice-Reitor)

Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp)

Jane Zveiter de Moraes (Presidente)

INFORMAÇÕES

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

Espanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 – Brasília/DF. CEP 70604-000 www.senad.gov.br

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas do Departamento de Psicobiologia. Rua Napoleão de Barros, 1038 – Vila Clementino/SP. CEP 04024-003

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: <<http://www.supera.senad.gov.br/>>

EQUIPE EDITORIAL

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Coordenação Geral

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni –
Coordenadora Geral
Ana Regina Noto Faria – Vice-Coordenadora
José Carlos Fernandes Galduroz - Vice-Coordenador

Revisão de Conteúdo

Equipe Técnica – SENAD

Diretoria de articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas
Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social - SENAD

Equipe Técnica – FapUnifesp e AFIP

Keith Machado Soares
Yone G. Moura

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Fabício Landi de Moraes

Equipe de Apoio TI (FapUnifesp)

Fabio Landi, Thiago Kadooka

Projeto Gráfico Original

Silvia Cabral

Diagramação e Design

Marcia Omori

Revisão Ortográfica e Gramatical

Emine Kizahy Barakat

LINHA DIRETA SUPERA

0800 771 3787

<https://www.supera.senad.gov.br/contato/>

Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. – 11. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.

144 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / Organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

M689

ISBN 978-85-5506-036-6

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias/prevenção e controle
I. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira II. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza
III. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas IV. Série.



Capítulo 5

Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicotrópicas

TÓPICOS

- ✓ Por que tratar pessoas dependentes de substâncias?
 - ✓ Como definir psicoterapia?
- ✓ Principais tipos de psicoterapia
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Nota dos Organizadores:

Alguns conceitos expressos nos textos deste capítulo podem ser diferentes dos que você viu em módulos anteriores. O objetivo destes capítulos é apresentar a proposta dos profissionais que atuam com diferentes tipos de abordagem. O conhecimento dos conceitos básicos destas diferentes modalidades é importante para que você tenha elementos para decidir se o seu paciente tem um perfil que provavelmente se adequará, ou não, a determinada modalidade terapêutica.

Por que tratar pessoas dependentes de substâncias?

Muitos profissionais de saúde pensam que não vale a pena investir na identificação, abordagem e tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, acreditando que estes seriam arrogantes, negadores, desafiadores e pouco cooperativos. Na verdade, como em qualquer modalidade de tratamento, há indicações, contraindicações e formas específicas de abordagem que podem favorecer o sucesso ou o fracasso de uma psicoterapia para pacientes usuários de drogas. Um dos objetivos deste Capítulo é mostrar que o atendimento a esses pacientes é possível, funciona e pode ter seus resultados avaliados, além de ser satisfatório, quando se utilizam as técnicas adequadas.

Pacientes em uso abusivo ou em dependência de substâncias psicoativas são alvo de preconceito. Entretanto, do ponto de vista clínico, a realização do tratamento em psicoterapia de um dependente de drogas é possível, desde que sejam seguidas determinadas regras. Neste Capítulo, discutiremos algumas das características das psicoterapias indicadas para pacientes dependentes de drogas. Uma boa forma de compreender o tratamento para dependência química é considerar a psicoterapia como uma mistura de psicoterapia de apoio com um foco específico, associada a técnicas cognitivo-comportamentais. Como você verá, a capacidade de usar várias técnicas combinadas e uma boa dose de criatividade é fundamental para o correto atendimento desses pacientes, além de um conhecimento teórico sólido.

O resultado do tratamento está diretamente relacionado à escolha correta da técnica utilizada.

Como definir psicoterapia?

“Psicoterapia é um tratamento psicológico que tem por objetivo modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos-problema, criando um novo entendimento dos pensamentos e sensações responsáveis pela dificuldade ou problema observado. O clima de apoio e respeito pelo paciente permitem ao terapeuta executar, com a participação deste, as mudanças necessárias para um reequilíbrio de sua vida sem a necessidade de utilizar drogas.”
(WOODY, 2003)

Qual é a melhor atitude de um psicoterapeuta ao abordar dependentes químicos? “Os psiquiatras que preservaram seu conhecimento médico e se consideram clínicos em primeiro lugar podem ser os terapeutas mais efetivos no campo da dependência química.” (ZIMBERG, 1978).

Vale ressaltar que a psicoterapia deve ser realizada por psiquiatras, psicólogos ou profissionais com a devida formação em tratamentos psicoterápicos. No entanto, existem técnicas com enfoque cognitivo-comportamental que podem ser utilizadas por profissionais de saúde e que tenham sido devidamente treinados. Por exemplo, a Entrevista Motivacional e Prevenção de Recaída, que possui alguns componentes comuns a um tratamento psicoterápico, mas são abordagens focadas em questões pontuais.



De uma forma geral, um bom psicoterapeuta para dependência de substâncias psicoativas deve ser capaz de:

- ✓ Lidar com as frustrações próprias ao tratamento de uma doença crônica;
- ✓ Conhecer um pouco de psicofarmacoterapia;
- ✓ Ter uma certa dose de objetividade e persistência; e
- ✓ Ser muito afetivo.

O quadro abaixo enumera alguns elementos que fazem com que os terapeutas tenham mais sucesso com a psicoterapia para dependentes de drogas:

Características que auxiliam a estruturar uma psicoterapia de dependência química

1. Conhecer a farmacologia das drogas abusadas, a subcultura da dependência e programas de autoajuda;
2. Estar aberto para trabalhar com pacientes com características crônicas e aceitar seus problemas. Estabelecer com o paciente uma relação positiva e de apoio;
3. Estabelecer objetivos claros no tratamento e estar constantemente informado sobre o sucesso do paciente com a abstinência e outros aspectos do tratamento. Deixar o paciente saber que o terapeuta reconhece seu progresso na terapia;
4. Considerar outros recursos de tratamento além da psicoterapia, estruturando ao máximo um programa de tratamento. Tomar a responsabilidade de associar o paciente a outros serviços, conforme necessário;
5. Envolver membros importantes da família do paciente no processo de tratamento;
6. Direcionar (ou adaptar) a psicoterapia dos pacientes com mais comprometimento psiquiátrico. É esse subgrupo que pode se beneficiar mais dos recursos adicionais.

Principais tipos de psicoterapia

Quais os principais tipos de psicoterapia aplicáveis à dependência de substâncias psicoativas?

Existem dezenas de formatos de psicoterapia, muitos deles desenvolvidos para dependentes de substâncias. A seguir serão apresentados os principais modelos, de forma a compará-los entre si, além de compará-los com o primeiro modelo (AA), que não é definido como um modelo de psicoterapia.

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

✓ 12 passos (AA, Al-Anon, AlATeen, NA, DQA)

- **Características e pressupostos:** conduzido por pessoal não médico (leigo); grupo de autoajuda; utiliza o conceito de doença irreversível.
- **Vantagens:** custo baixo; muito acessível; apoio grupal por dependentes já recuperados.
- **Desvantagens:** conceito moral; grupo como única modalidade de tratamento.
- **Indicações:** dependentes com baixa autoestima; pacientes que respondem a abordagens sociais e de grupo; pacientes que não questionam o modelo.

✓ Entrevista motivacional

- **Características e pressupostos:** não utiliza o conceito de “doença”; aplicada nas fases iniciais de tratamento; centrada no paciente e na empatia do terapeuta; inclui 3 princípios: colaboração, evocação da motivação e autonomia do paciente.
- **Vantagens:** não gera resistências e, sim, busca contorná-las; é abrangente; aborda ambivalências, proporciona mudança na fala e intenção do paciente.
- **Desvantagens:** há necessidade de treinamento específico por parte do terapeuta.
- **Indicações:** pacientes com grande nível de negação sobre seus problemas e que tenham boa capacidade de verbalização.

✓ Intervenção Breve e técnicas de moderação

- **Características e pressupostos:** abordagem não estigmatizante (por exemplo, não lida com a expressão “alcoolismo”); a meta é abordar os problemas objetivamente.
- **Vantagens:** custo e tempo reduzidos; centrado em metas parciais; boa adesão; sem estigma.
- **Desvantagens:** necessita alto índice de motivação; não aborda outros componentes emocionais; não é útil para pacientes que não aceitam a proposta de registrar comportamentos.

- **Indicações:** usuários de risco e dependentes em grau leve/moderado (pessoas que desejam beber controladamente); dependentes sem complicações clínicas.
- ✓ **Prevenção de recaída**
 - **Características e pressupostos:** estimula aumento da autoconfiança; característica preventiva; encara a recaída como parte do processo.
 - **Vantagens:** custo e tempo reduzidos; objetivos visíveis; boa adesão.
 - **Desvantagens:** necessita de alto índice de motivação; não aborda outros componentes emocionais.
 - **Indicações:** dependentes em grau moderado; dependentes sem complicações clínicas.
- ✓ **Terapia de família**
 - **Características e pressupostos:** centra o problema e sua resolução no âmbito familiar (“a família é que tem o problema”); pode utilizar o conceito de codependência.
 - **Vantagens:** aborda sistematicamente diversos aspectos do uso de substâncias, centrando-os nos vários componentes familiares.
 - **Desvantagens:** não permite foco individualizado no dependente; pode necessitar mais de um terapeuta.
 - **Indicações:** famílias gravemente disfuncionais; famílias com mais de um dependente; famílias com prejuízos importantes causados pelo uso de substâncias e com impacto nos filhos.
- ✓ **Psicoterapia dinâmica**
 - **Características e pressupostos:** centrada no estilo de relacionamento interpessoal do dependente através da utilização de drogas; busca compreender conflitos psicológicos que levam ao uso de drogas.
 - **Vantagens:** profunda; permite grande autoconhecimento por parte do paciente.
 - **Desvantagens:** necessita maior tempo de duração para obtenção dos resultados; pode necessitar de outros tratamentos auxiliares; necessita grande treinamento por parte do terapeuta.

- **Indicações:** pacientes em abstinência; contraindicada para dependentes graves, com muita dificuldade de controlar consumo; pacientes com condições de compreensão psicológica (capacidade de *insight*).

Nas fases iniciais do tratamento de dependentes químicos, devemos usar as seguintes modalidades terapêuticas: terapia de apoio e psicofármacos no período de desintoxicação e abordagens cognitivo-comportamentais (como a Entrevista Motivacional e a Prevenção da Recaída), assim que o paciente estiver desintoxicado, bem como a psicoterapia de grupo e a terapia de família. Estudos demonstram que a psicoterapia dinâmica está indicada somente após dois anos de abstinência da droga, em pacientes que tenham capacidade de *insight*.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

A EM é uma abordagem que visa motivar o paciente a desenvolver um comprometimento e a tomar a decisão de mudar seu comportamento.

Tem como objetivo ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas, portanto, pode ser utilizada em qualquer fase do tratamento (com pacientes que buscaram e com os que não buscaram ajuda).

É particularmente útil com pessoas que apresentam mais resistência em mudar ou estão ambivalentes quanto à mudança.

Estilo do terapeuta na EM

O estilo pessoal do terapeuta pode ter efeitos dramáticos ou estimulantes na motivação para a mudança dos clientes. A EM requer um estilo clínico habilidoso, que tem como objetivo evocar as motivações internas do paciente para promover mudanças comportamentais para a melhoria de sua saúde. É indicado que o terapeuta seja:

- ✓ Diretivo, mas não confrontativo;
- ✓ Empático e centrado no paciente;
- ✓ Flexível e com alta tolerância à frustração;
- ✓ Colaborativo;

- ✓ Evocativo (evocar do cliente suas próprias razões e argumentos para a mudança);
- ✓ Respeitoso (informar, aconselhar, advertir, mas o cliente é quem decidirá o que, como e quando fazer).

**Cinco princípios da EM:**

- ✓ Expressar empatia;
- ✓ Desenvolver a discrepância;
- ✓ Evitar a argumentação;
- ✓ Acompanhar a resistência;
- ✓ Promover a autoeficácia.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO MODALIDADE PARA O TRATAMENTO PSICOTERÁPICO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido indicada como uma ferramenta importante no tratamento de dependentes químicos, ajudando na manutenção da abstinência, bem como na reestruturação de toda a vida do indivíduo. Ela tem raízes tanto na terapia cognitiva como na terapia comportamental, mas não é simplesmente uma combinação entre ambas.

A TCC parte do pressuposto de que as cognições, ou seja, os conteúdos dos pensamentos e os processos envolvidos no ato de pensar, estão entre os fatores precipitadores e/ou mantenedores do comportamento de usar a substância psicoativa, levando ao uso abusivo e à dependência da droga.

Portanto, uma das premissas básicas da terapia cognitiva é que a cognição tem primazia sobre a emoção e o comportamento, ou seja, mais importante do que a situação que o indivíduo está vivendo em um determinado momento da sua vida são as cognições e interpretações associadas a ela, que irão determinar o tipo de emoção e comportamento a serem sentidos e realizados conseqüentemente.

Assim, na TCC, um sentimento é mediado anteriormente por um pensamento, bem como as reações ao evento e o comportamento resultante. Desse modo, uma determinada situação pode ser interpretada de diversas formas, pois dependerá das idiosincrasias de cada indivíduo. Cada um atribui o seu significado para aquilo que está vivendo.

A TCC é uma abordagem de tratamento psicoterápico personalizada, não confrontativa, em que cada paciente é considerado único, ou seja, com fatores de risco e habilidades de enfrentamento diferentes. O paciente aprende que há diversos caminhos para a mudança do comportamento e que o terapeuta poderá ajudá-lo a encontrar esses caminhos por intermédio de um conjunto de intervenções semiestruturadas, objetivas e orientadas para metas bem definidas, de forma colaborativa entre o próprio paciente e seu terapeuta.

Aaron Beck, psiquiatra americano, foi o primeiro a desenvolver teorias e métodos aplicados a intervenções cognitivas e comportamentais nos transtornos emocionais. Ele defendeu a inclusão de técnicas comportamentais desde o início de seus estudos, pois reconhecia que essas ferramentas eram eficazes para reduzir sintomas, contextualizando um estreito relacionamento entre pensamento e comportamento.

Segundo Beck, pessoas com transtornos emocionais tendem a ter “um estilo de pensar” que interpreta ou antecipa os eventos de forma negativa. Uma mudança no pensamento e sistema de crenças do paciente se dá através do tratamento com TCC e visa promover uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Modelo Cognitivo de Beck na Dependência Química

Em 1977, Beck desenvolveu um manual para explicar o abuso de substâncias; no entanto, seu modelo mais completo surgiu em 1993. Ele ratifica o modelo elaborado por Marlatt e Gordon, agregando àquele modelo conceitos da terapia cognitiva.

No modelo de Beck para o uso de substâncias psicoativas é enfatizado o papel das crenças no desenvolvimento, na manutenção e no tratamento do abuso e dependência de substâncias. No seu conceito central, o uso da substância (inicial ou recaída) envolve um processo ativo de tomada de decisão, sobre o qual o indivíduo exerce uma forma de controle.

O modelo explica o uso de qualquer substância e analisa indivíduos em vários dos estágios de tratamento ou gravidade de dependência. Segundo Beck, existem três tipos de crenças envolvidas no abuso de substâncias: crenças centrais/esquemas, crenças relativas às drogas e pensamentos automáticos. Estes dois últimos são moldados e influenciados conforme a personalidade do indivíduo.

As crenças são cruciais para o tratamento e a recuperação. De acordo com Beck, o indivíduo está mais propenso a usar substâncias quando diante de certos gatilhos (fatores desencadeantes), os quais podem estar relacionados a estados emocionais internos (raiva, depressão ou angústia), estados físicos negativos (sintomas de abstinência, dor) ou circunstâncias externas (lugares, situações ou pessoas associadas com o uso de drogas). Esses gatilhos ativam crenças que se transformam em armadilhas para o uso de drogas.

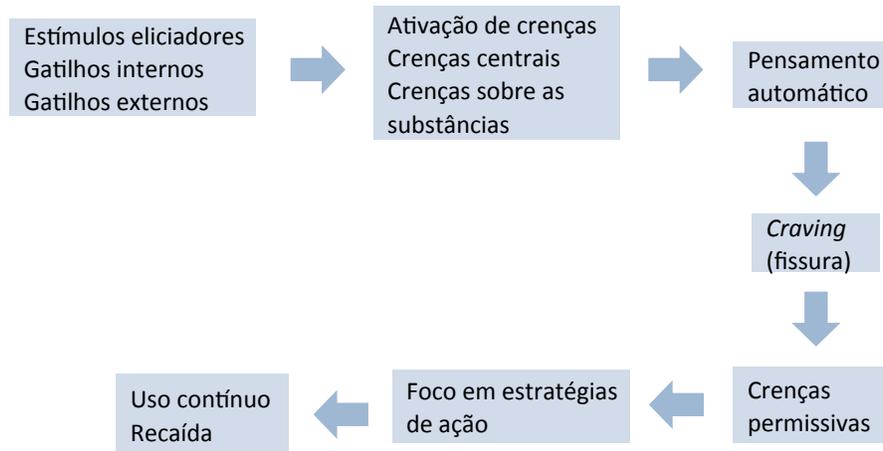


Figura 1: O Modelo Cognitivo de Beck (BECK et al, 1993)

Exemplos de crenças mantenedoras do uso de substâncias que devem ser avaliadas durante o tratamento com TCC:

1. “A droga é necessária para eu manter meu equilíbrio emocional”;
2. “Não posso continuar me sentindo desse jeito (ansioso ou deprimido), preciso usar!”;
3. “Eu não serei/sou feliz, a menos que eu use”;
4. “Eu posso controlar o meu uso, paro quando quero”;
5. “Os sintomas da falta da droga serão tão intensos que não poderei suportar ficar sem usar”;
6. “A droga melhora meu funcionamento social e/ou intelectual”;
7. “A droga me dá prazer e excitação, ficar sem a droga fará com que eu fique para baixo”;
8. “Sem o uso da droga, não vou suportar a fissura. Precisaréi usar!”.

Prevenção da Recaída de Marlatt e Gordon

Em 1985, Marlatt e Gordon propõem um modelo integrativo de Prevenção de Recaída (PR), considerando implicações de vários aspectos que contribuiriam para o processo de recaída, não focando apenas na recaída em si. Os autores entendem que a meta principal do tratamento deve ser tratar o problema de recair (a recaída) através do desenvolvimento, junto ao paciente, de técnicas eficazes para o seu manejo.

Essas técnicas são desenvolvidas a partir de um referencial cognitivo-comportamental, isto é, a partir da identificação das situações de risco, o paciente treina estratégias de enfrentamento com o objetivo de aumentar a autoeficácia para lidar com situações similares no futuro e aprende a evitar uma recaída.

Os objetivos principais do tratamento de Prevenção da Recaída são: a) auxiliar o paciente a recuperar-se de um lapso e retomar a abstinência e outras metas estabelecidas durante o tratamento e b) desenvolver habilidades para o manejo do lapso, objetivando a Prevenção da Recaída propriamente dita. A abordagem do tratamento de PR foca fundamentalmente em: conscientização do problema; treinamento de habilidades e enfrentamento e modificação do estilo de vida.

A aplicabilidade eficaz do modelo de Prevenção da Recaída prevê que o paciente faça uma reestruturação cognitiva de suas crenças a respeito do uso de substâncias, bem como a respeito de si próprio, permitindo o desenvolvimento da autoeficácia, visando manter a mudança de comportamento (abstinência).

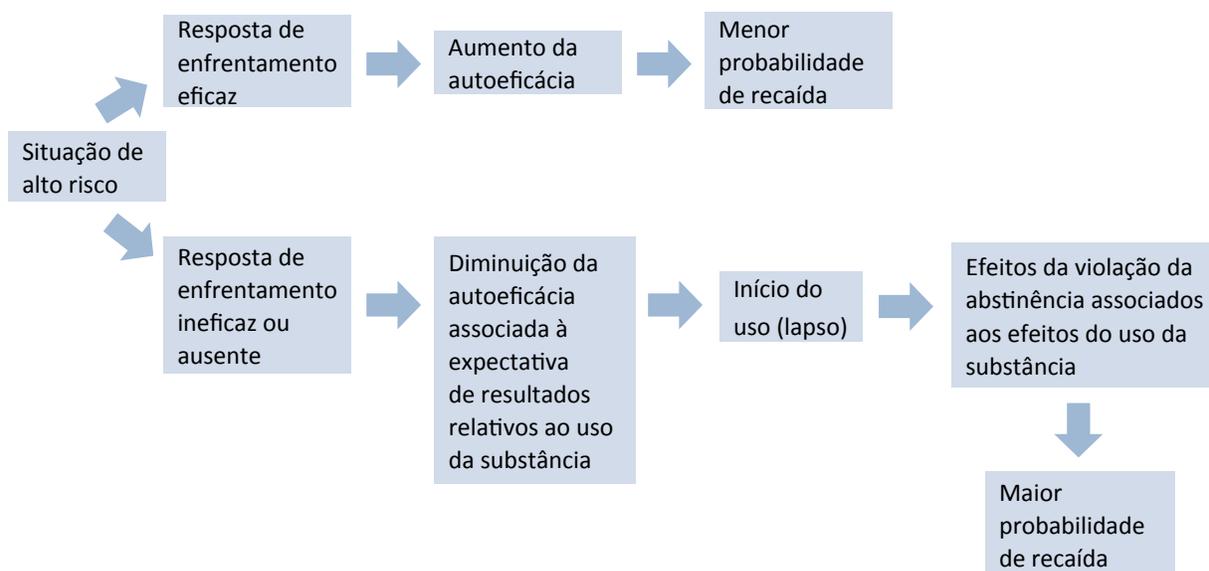


Figura 2: Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaída. (Fonte: Marlatt e Gordon; 1985)

Estudos têm mostrado que a TCC é um método eficaz no tratamento da dependência de várias substâncias psicoativas, principalmente do álcool, tabaco e cocaína. O seu objetivo é a reestruturação das cognições disfuncionais e, conseqüentemente, dos comportamentos mal-adaptativos diante de situações reais vividas pelo dependente químico. A TCC fornece instrumentos e técnicas para melhorar e manter a motivação para a abstinência, o enfrentamento da fissura, a resolução de problemas e o manejo dos pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como melhorar o estilo de vida, tornando o paciente equilibrado.

A TCC para abuso de substâncias é focada em crenças negativas sobre o EU e crenças facilitadoras ou permissivas em relação ao uso da substância. Na dependência química, a TCC se distingue, pois não necessariamente existia uma estrutura cognitiva disfuncional anterior ao desenvolvimento da dependência da substância psicoativa. Geralmente, os pensamentos automáticos ativadores permissivos para o uso se tornam frequentes após a instalação da síndrome de dependência e devem ser trabalhados em terapia, a fim de alcançar a abstinência. A TCC tem se mostrado promissora no tratamento de dependentes de cocaína e outros estimulantes, especialmente se combinada à farmacoterapia. Não existem estudos específicos com usuários de crack, mas estudos realizados na Inglaterra mostraram que a TCC é a mais usada entre os serviços dedicados exclusivamente a dependentes de crack. Muitos desses pacientes apresentam algum grau de comprometimento cognitivo relacionado ao uso crônico da cocaína, o que pode aumentar a refratariedade aos efeitos da TCC e maior risco de abandono do tratamento.

O Projeto MATCH testou o rendimento da TCC em uma amostra de 1.726 usuários de álcool nos Estados Unidos, comprovando a eficácia dessa abordagem como tratamento psicoterápico para dependentes de álcool. A TCC foi considerada eficaz para tratar pacientes dependentes de maconha, quando comparada ao grupo-controle que não recebeu tratamento, em uma metanálise que examinou 53 ensaios clínicos controlados, com pacientes dependentes do álcool ou de drogas ilícitas.

Outra metanálise examinou 2.340 pacientes em 34 ensaios clínicos (5 para usuários de maconha, 9 para dependentes de cocaína, 7 para usuários de opioides e 13 para poliusuários) e concluiu que dependentes de maconha e de cocaína tendem a se beneficiar da TCC. Entre os poliusuários a eficácia foi menor, talvez por eles apresentarem maiores taxas de comorbidades psiquiátricas, o que acaba interferindo na motivação para fazer o tratamento. Segundo Penberthy e colaboradores, usuários de cocaína se beneficiam de TCC e tratamento farmacológico associados, já que a TCC aumentou a habilidade de enfrentamento desses pacientes.

Não desista na primeira tentativa. Dependentes químicos são extremamente mal-compreendidos em suas necessidades. O processo de ouvi-los com atenção seguramente lhes trará bem-estar e conforto no seu processo de recuperação, e você terá contribuído um pouco para que o quadro de dependência se modifique.

Atividades

REFLEXÃO

Em relação à terapia de Prevenção de Recaída, explique como o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento auxilia na manutenção da mudança do comportamento.

TESTE SEU CONHECIMENTO

- 1. No que se refere às fases iniciais do tratamento de dependentes químicos, a combinação de várias abordagens pode ser útil, EXCETO:**
 - a) Grupo de AA.
 - b) Psicofarmacoterapia.
 - c) Terapia de Prevenção de Recaída.
 - d) Psicanálise.
- 2. O estilo pessoal do terapeuta é importante na mudança do paciente. É preciso que ele tenha as seguintes características, EXCETO ser:**
 - a) Colaborativo.
 - b) Confrontativo.
 - c) Empático.
 - d) Afetivo.
- 3. O objetivo da terapia de Prevenção de Recaída é:**
 - a) A reestruturação cognitiva.
 - b) Evitar uma recaída.
 - c) Saber como enfrentar um lapso, para que não se transforme em uma recaída.
 - d) Todas as alternativas estão corretas.

4. Assinale V (verdadeiro) ou F (falso) com relação ao tratamento de dependência química:

- () A combinação de TCC e psicofarmacoterapia é importante no tratamento do dependente químico.
- () A Entrevista Motivacional somente é usada em pacientes que já estão motivados para o tratamento.
- () A terapia de Prevenção de Recaída acredita que o foco do tratamento está em aprender estratégias cognitivas e comportamentais para desenvolver autoeficácia para evitar uma recaída.
- () A terapia dos 12 Passos tem um foco moral e espiritual na sua abordagem.
- () Sempre que possível, a terapia de família deve ser realizada.

A alternativa CORRETA é:

- a) V F V V V.
- b) V F V F F.
- c) F V F F V.
- d) V F F V V.

Bibliografia

APODACA, T.; LONGABAUGH, R. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*, 2009;104(5):705-15.

ARBAIZAR, B.; DIERSEN-SOTOS, T.; GÓMEZ-ACEBO, I.; LLORCA, J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr.*, 2010; 38(1):8-12.

BECK, A.T.; WRIGHT, F.D.; NEWMAN, F.C.; LIESE, B.S. Cognitive Therapy for substance abuse. *NIDA Res Monogr.*, 1993;137:123-46.

BECK, J.S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BOWEN, S.; MARLATT, A. Suffering the urge: brief mindfulness-based intervention for college students smokers. *Psychol Assict Behav.*, 2009;23(4):666-71.

CARROLL, K.M. *A cognitive-behavioral approach: treating cocaine-addiction*. Baltimore: National Institute of Drug Abuse, 1998. Manual 1.

_____; FENTON, L.R.; BALL, S.A.; NICH, C.; FRANKFORTER, T.L.; SHI, J. et al. Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.*, 2004;61(3):264-72.

DUARTE, P.C.V.A.; FORMIGONI, M.L.O.S. (Org.). *Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins*. Brasília: SENAD, 2009.

_____; _____ (Org.). *SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento*. 4. ed. Brasília: SENAD; São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2011. Módulo 7.

GARBUTT, J.C.; KAMPOV-POLEVOY, A.B.; GALLOP, R.; KALKA-JUHL, L.; FLANNERY, B.A. Efficacy and Safety of Baclofen for Alcohol Dependence: A Randomized, Double-Blind, Placebo- Controlled Trial. *Alcohol Clin Exp Res.*, 2010;34(11):1849-1857.

KHANTZIAN, E.J. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry.*, Nov. 1985;142(11):1259-64.

KNAPP, W.P.; SOARES, B.G.; FARREL, M.; LIMA, M.S. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines relates disorders. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2007;(3):CD003023.

KOUIMTSIDIS, C.; REYNOLDS, M.; CRUMMOND, C.; DAVIS, P.; TARRIER, N. *Cognitive-Behavioural Therapy in the treatment planner for clinicians*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2007.

LUBORSKY, L.; McLELLAN, A.T.; WOODY, G.E.; O'BRIEN, C.P.; AUERBACH, A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry.*, 1985;42(6):602-11.

MARLATT, G.A.; GORDON, J. *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.

_____; WITKIEWITZ, K. Relapse prevention for alcohol and drug problems. In: _____; DONOVAN, D. M. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2. ed. New York: Guilford, 2005. p. 1-44.

MARTINS, R.; McNEIL, D. Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev.*, 2009;29(4):283-93.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MURPHY, S.L.; KHANZTIAN, E.J. Addiction as a “self-medication” disorder: application of ego psychology to the treatment of substance abuse. In: WASHTON, A.D. (Ed.). *Psychotherapy and substance abuse*. New York: Guilford Press, 1995. p. 161-75.

PENBERTHY, J.K.; AIT-DAOUD, N.; VAUGHAN, M.; FANNING, T. Review of treatment for cocaine dependence. *Curr Drug Abuse Rev.*, 2010;3(1):49-62.

RANGÉ, B.P.; MARLATT, A.G. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2008;30(Supl.2):88-95.

SILVA, C.J.; SERRA, A.M. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2004;26(1):33-9.

SIMMONS, J.; GRIFFITHS, R. *CBT for beginners: a practical guide for beginners*. London: Sage, 2009.

WOODY, G.E. Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *Am J Addict.*, 2003;12:S19-S26.

WRIGHT, F.D.; BECK, A.T.; NEWMAN, C.F.; LIESE, B.S. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Res Monogr.*, 1993;137:123-46.

WRIGHT, J.H.; BASCO, M.; THASE, M.E. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

ZANELATTO, N. Terapia cognitivo-comportamental aplicada à dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. et al. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. p. 252-66.

ZIMBERG, S. Principles of alcoholism psychotherapy. In: _____; WALLACE, J.; BLUME, S.B. (Ed.). *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1978. p. 3-18.