



**O tratamento do transtorno por uso de álcool pelo viés da Terapia Cognitivo –
Comportamental**
Transtorno por uso de Álcool na TCC

Janaína Machado Brum ¹

Márcia Elisa Jager ²

¹ Discente, Curso de Psicologia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago, <http://www1.urisantiago.br/>. E-mail para correspondência: janainabrum10@hotmail.com.

² Docente, curso de Psicologia, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago, <http://www1.urisantiago.br/>.

O objetivo deste estudo foi compreender a experiência clínica de dois profissionais psicólogos de cidades do interior do RS que trabalham com a TCC no tratamento de sujeitos dependentes do álcool. O método utilizado foi uma pesquisa qualitativa, mediante o instrumento de entrevista semiestruturada. Os resultados foram apresentados em forma de relato de caso e discutidos com a literatura da TCC. Os resultados indicam que, talvez, o significado de estrutura cognitiva bem como conceitos-chaves da conceituação cognitiva não esteja claramente definido para os participantes, especialmente para um deles. Ambos os participantes indicaram eficácia da TCC no tratamento de sujeitos dependentes de álcool e enfatizaram a complexidade da aplicação de técnicas cognitivas e comportamentais no quadro clínico. Eles destacaram o papel da resistência do paciente, da aliança terapêutica, do apoio e relação familiar bem como participação em grupos de apoio como variáveis importantes para a eficácia e efetividade do tratamento. A compreensão de prejuízos funcionais na vida social e familiar do paciente decorrente dos sintomas (diminuição) e o discurso dele próprio sobre si oferecem indicadores importantes sobre a evolução clínica e qualificam o processo de alta. Entre as conclusões, enfatiza-se a importância da compreensão de sujeito e qualidade no manejo clínico a fim de seguir as orientações oferecidas pelos protocolos de atendimento da TCC. Neste estudo, pode-se perceber maior consistência teórica e flexibilidade prática no discurso de um dos participantes. Isso alerta



para a importância da formação em TCC e da busca constante pela qualidade no manejo clínico a fim de cumprir com o compromisso ético da atuação em Psicologia em clínica.

Palavras-chave: Transtorno por uso de álcool; Terapia Cognitivo–Comportamental; Psicoterapia.

The treatment of alcohol use disorder by the Bias of Cognitive - Behavioral Therapy Alcohol use disorder in CBT

The objective of this study was to understand the clinical experience of two psychologists from RS cities who work with CBT in the treatment of alcohol-dependent subjects. The method used was a qualitative research, using the semi-structured interview instrument. The results were presented as a case report and discussed with the CBT literature. The results indicate that perhaps the meaning of cognitive structure as well as key concepts of cognitive conceptualization is not clearly defined for the participants, especially for one of them. Both participants indicated CBT efficacy in the treatment of alcohol-dependent subjects and emphasized the complexity of the application of cognitive and behavioral techniques in the clinical setting. They highlighted the role of patient resistance, therapeutic alliance, support and family relationship as well as participation in support groups as important variables for the effectiveness and effectiveness of treatment. The understanding of functional impairments in the social and family life of the patient due to the symptoms (decrease) and his own discourse about himself offer important indicators about the clinical evolution and qualify the process of discharge. Among the conclusions, it is emphasized the importance of subject and quality understanding in clinical management in order to follow the guidelines offered by the CBT care protocols. In this study, one can perceive greater theoretical consistency and practical flexibility in the discourse of one of the participants. This points to the importance of training in CBT and the constant search for quality in clinical management in order to comply with the ethical commitment of acting in Clinical Psychology.

Keywords: Alcohol use disorder; Cognitive behavioral therapy; Psychotherapy.



Introdução:

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – DSM-V desenvolvido pela American Psychiatric Association – APA (2014), a dependência do álcool encontra-se no grupo dos Transtornos relacionados a substâncias (CID F10) em graus leve (F10.10), moderado e grave (F10.20), sob a nomenclatura “Transtornos por uso de Álcool”. Os critérios diagnósticos englobam um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos 11 critérios sintomáticos que caracterizam o quadro e que ocorrem pelo período mínimo de 12 meses. O transtorno por uso de álcool é definido por um agrupamento de sintomas físicos e comportamentais, incluindo a abstinência, a tolerância e a fissura. O indivíduo pode continuar a usar a substância apesar das conseqüências adversas para evitar ou aliviar os sintomas físicos ou mentais (sofrimento psíquico). O desejo quase que incontrolável pela ingestão e a necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação e atingir efeitos desejados caracterizam o quadro.

As conseqüências do uso excessivo do álcool tende à gerar alterações comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas e problemáticas, como comportamento agressivo, inadequado, humor instável, julgamento prejudicado e comprometimento social ou profissional. O desempenho profissional e responsabilidades familiares e sociais podem sofrer conseqüências devido à intoxicação (absenteísmo, demissão, negligência nos afazeres domésticos ou no cuidado dos filhos, entre outros). Porém, mesmo com o conhecimento de que o consumo contínuo da substância representa problemas significativos de ordem física, pessoal ou interpessoal, os indivíduos com transtorno por uso de álcool tendem à continuar consumindo a droga (APA, 2014).

Quase 3% da população brasileira acima de 15 anos de idade é considerada alcoólica, segundo o levantamento da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa porcentagem equivale a mais de quatro milhões de pessoas (OMS, 2014). A OMS considera a dependência do álcool um problema de saúde pública. As drogas lícitas como o álcool têm uma ação impactante à população, devido à alta mortalidade e incapacidade que seus efeitos tendem a ocasionar nos usuários e familiares (Souza et al., 2007; Mangueira et



al. 2015). Muitas políticas públicas brasileiras já foram criadas para intervir neste problema. No entanto, as políticas públicas do álcool abordam a promoção da saúde de modo ainda pontual, com estratégias direcionadas à redução de danos. A literatura ressalta a necessidade de reformulação das políticas públicas do álcool de forma a priorizar a promoção da saúde e a assistência nos diversos níveis de atenção à saúde para grupos vulneráveis, tais como mulheres, adolescentes e indígenas (Mangueira et al., 2015).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma abordagem terapêutica semiestruturada que busca reestruturar as cognições disfuncionais do sujeito dependente. Objetiva a resolução de problemas focais, visando dotar o paciente de estratégias cognitivas e comportamentais para responder a realidade relacionada ao uso da substância de maneira funcional e saudável (Alves, Burel, & Possidente, 2008, Zanelatto & Laranjeira, 2013). A Terapia Cognitiva teve um grande avanço clínico nas últimas décadas no tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos e, entre eles, destacam-se os estudos que trazem sua eficácia no tratamento da dependência química. Assim, esta abordagem terapêutica oferece ganhos aos sujeitos que sofrem com a dependência do álcool (Silva & Serra, 2004; Zanelatto & Laranjeira, 2013).

A dependência do álcool sempre existiu na sociedade, porém em diferentes épocas ela foi percebida de maneira diferenciada. De acordo com Bertoni (2006), Antunes (2014) e Alves, Burel e Possidente (2008), antigamente, o sujeito que fazia uso de álcool era percebido como um sujeito irresponsável e descompromissado com a própria vida. Somente a partir do século XX é que a dependência do álcool começou a ser associado a uma patologia. Com os avanços científicos, este tipo de dependência passou a fazer parte do Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais.

Conforme os autores citados acima, a primeira vez que ele foi citado neste manual como uma patologia também de ordem psíquica foi em 1994, no DSM-IV-tr. O conceito nosológico apresenta critérios diagnósticos claros que apontam para diferentes graus de dependência e caracterizam o comportamento patológico do sujeito. Esses critérios auxiliam na identificação de sujeitos dependentes daqueles não dependentes (que utilizam a droga de forma “socialmente aceita”). Atualmente sabe-se que a dependência do álcool é uma doença que possui sintomas específicos e que causa dependência no usuário. Os sintomas trazem prejuízos tanto para quem consome quanto para os familiares do



dependente. Entre esses prejuízos podem-se citar as conseqüências biofisiológicas que o consumo do álcool (ou sua falta, no caso de uma crise de abstinência), traz ao dependente e as inúmeras doenças que podem ser acarretadas em decorrência de seu consumo.

Podem-se citar também as conseqüências sociais, como a falta de responsabilidade com compromissos assumidos e de credibilidade, podendo gerar, inclusive, o desemprego. Ainda, as atividades sociais, recreativas ou ocupacionais tendem a ser abandonadas em virtude dos efeitos do uso da droga. O sujeito pode afastar-se dos familiares e de passatempos com o intuito de usá-la em segredo ou de passar mais tempo perto de outros amigos usuários (Antunes, 2014; Alves, Burel, & Possidente, 2008; Pillon et al. 2014).

A partir do exposto, o objetivo geral desta pesquisa foi compreender a experiência de profissionais psicólogos de cidades do interior do Rio Grande do Sul que trabalham com a TCC no tratamento de sujeitos dependentes do álcool. Buscou-se conhecer como os profissionais percebem o funcionamento cognitivo e emocional dos sujeitos dependentes de álcool; a opinião acerca da TCC no tratamento de dependentes de álcool; as técnicas mais utilizadas e como os profissionais percebem a eficácia e as limitações das intervenções na TCC.

A justificativa deste estudo contempla o interesse em conhecer a prática de psicólogos que atuam em uma realidade similar a de estudantes e profissionais “comuns” da Psicologia, diferente dos psicólogos experientes e capacitados descritos em livros de TCC. Existem muitos livros que contemplam protocolos de atendimentos em TCC para os transtornos relacionados a substâncias e que trazem relatos clínicos com intervenções detalhadas da intervenção realizada por pesquisadores e psicólogos renomados na área. No entanto, como que a teoria é posta em prática pelos psicólogos “comuns” que utilizam a TCC como base epistemológica para compreensão do sujeito, da psicopatologia e da intervenção clínica;

Método

O delineamento de pesquisa utilizado no estudo é o qualitativo. O trabalho em pesquisa qualitativa é dividido em três fases: fase exploratória; trabalho de campo; e análise e tratamento do material empírico e documental. A fase exploratória consiste na elaboração do projeto de pesquisa e dos procedimentos necessários para preparar a entrada em campo.



Nesta fase definem-se pontos importantes. Delimitam-se o objeto de estudo, desenvolve-o teórica e metodologicamente, coloca-se algumas hipóteses ou pressupostos para seus encaminhamentos, escolhe-se e descrevem-se os instrumentos de operacionalização do trabalho, pensa-se o cronograma de ação e fazem-se os procedimentos exploratórios para escolher o espaço e a amostra qualitativa. O trabalho de campo consiste em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira fase. É o momento de confirmação ou refutação de hipóteses e de construção de teoria. A terceira e última fase é a análise e tratamento do material empírico e documental, que consiste em um conjunto de procedimentos para valorizar, interpretar e compreender os dados empíricos, para posteriormente, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto, ou ainda com outras leituras teóricas e interpretativas (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2007).

Os participantes deste estudo foram dois profissionais psicólogos clínicos. Um deles é formado há 8 anos, e atua na área clínica tendo a TCC como abordagem teórica há 4 anos. O segundo é formado há 7 anos, e atua na área tendo a TCC como abordagem clínica há 7 anos. Ambos os profissionais tinham atendido pacientes dependentes do álcool e possuíam especialização em TCC vinculados à cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação. Da mesma forma, ambos os participantes aceitaram participar voluntariamente do estudo.

Este número foi definido conforme disponibilidade de profissionais para colaborar com o estudo. O procedimento tomado para se chegar à estes participantes foi a técnica *snowball* (bola de neve). Esta técnica consiste, inicialmente, na identificação de alguns possíveis participantes via critério de conveniência, denominados informantes-chave que, posteriormente indicarão outros (Turato, 2003). Este procedimento possibilitou o contato com onze profissionais psicólogos. Destes, três profissionais não responderam a solicitação; três se disponibilizaram a responder, mas após visualizar o questionário não deram retorno; dois responderam a solicitação, mas ao visualizar o questionário declinaram do convite com a justificativa de que as perguntas demandavam tempo para serem respondidas; um respondeu a solicitação e justificou sua não participação na pesquisa por nunca ter atendido pacientes com dependência química (não preenchia critérios de inclusão) e, então, apenas dois profissionais se disponibilizaram e responderam à pesquisa.

O instrumento de coleta de informações utilizado neste estudo foi um questionário com perguntas abertas elaborado especialmente para este estudo com base na literatura



científica da área. O questionário foi produzido e enviado de forma online aos participantes, através da ferramenta do Google Docs. O termo de consentimento livre e esclarecido e o termo de confidencialidade foram enviados por email. Os procedimentos para elaboração, manejo e envio do questionário online seguiram as orientações propostas por Marconi e Lakatos (2010). O questionário foi o instrumento ideal para esta pesquisa ao passo que permitiu obter as informações necessárias para que o estudo fosse realizado de maneira clara e estruturado em um contexto no qual os participantes foram entrevistados à distância. Isto pela dificuldade de acesso aos mesmos na cidade de origem da aluna pesquisadora e pelos critérios de inclusão definidos para o estudo. No contexto local do qual a Universidade que proporciona a realização desta pesquisa está situada, é predominante a formação psicanalítica no curso de Psicologia. Assim, recrutar profissionais que trabalhem com a abordagem da TCC e que se disponibilizassem à participar do estudo foi uma tarefa difícil. Talvez isso também explique o baixo número de participantes descritos neste artigo.

A coleta de informações iniciou após aprovação de um projeto de pesquisa por banca de professores do curso de Psicologia e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade no qual o estudo esteve vinculado. Este estudo se constituiu como trabalho de conclusão de curso da primeira autora, sob orientação da segunda. A aprovação do CEP no registro CAAE nº 52197215.3.0000.5353. Os nomes dos participantes descrito nos resultados são fictícios. As informações foram analisadas qualitativamente (Strauss & Corbin, 2008).

Resultados e discussão:

Os resultados deste estudo são apresentados em forma de relato de caso. Não se realizou estudo de caso coletivo, pois os critérios para este tipo de delineamento não foram satisfeitos (Yin, 2015). Em um primeiro momento são descritas as informações oferecidas pelo primeiro participante, Rafael, 37 anos, Mestre em Psicologia, formado há oito anos, atuação clínica há quatro anos. Após, apresenta-se as informações do segundo participante, Germano, 33 anos, especialista *Latu Sensu* em TCC, formado há sete anos, tendo atuação clínica há sete anos. As informações são organizadas em eixos norteadores definidos a



partir dos eixos norteadores da entrevista semiestruturada utilizada como instrumento de coleta de dados.

A discussão qualitativa das informações direciona reflexões teóricas sobre as opiniões e manejos clínicos relatados. A teoria de base para a discussão foi a terapia cognitivo-comportamental aplicada a transtornos de dependência química e terapia cognitivo comportamental em sua amplitude.

Estrutura cognitiva dos sujeitos dependentes de álcool

Rafael

A avaliação que Rafael faz da estrutura cognitiva dos sujeitos dependentes de álcool é que *“nenhum dos casos apresentaram perdas cognitivas graves, os maiores prejuízos foram de nível funcional e social”*. Os pensamentos automáticos mais comuns ligados a esta questão são do tipo: *“Eu bebo para ficar alegre”; “É mais fácil conversar depois de beber algo”*. Rafael conta que *“a distorção cognitiva mais comum é de Leitura Mental”*. Diz que isso interfere na leitura do sujeito sobre a realidade e também na manutenção do sintoma, uma vez que *“o uso de álcool, especialmente em situações sociais, diminui o fluxo de pensamentos ansiogênicos, possivelmente pelo caráter neurodepressor da molécula. Isso colabora por fim na manutenção do sintoma de abuso”*.

Rafael diz que a tríade cognitiva mais comum desses pacientes *“é ligada ao sentimento de desvalor, fazendo com que o paciente tenha uma visão negativista sobre si (“Eu sou um lixo”); visão negativa dos outros sobre si (“Todos vão achar que sou um bêbado”) e uma perspectiva derrotista sobre seu futuro profissional e afetivo.”*

Germano

Germano avalia a estrutura cognitiva dos sujeitos dependentes de álcool da seguinte maneira: *“Se partirmos do pressuposto do conceito de estrutura cognitiva proposto por Piaget, estas irão variar e mudar conforme a interpretação e relação com o meio. Partindo do conceito do Modelo Transteórico de Prochaska e Di Clemente, 1982, os pacientes podem variar a sua “estrutura”: Pré-contemplação: Atualmente usando a droga e não pensando em parar nos próximos 6 meses. Contemplação: Atualmente usando a droga e pensando seriamente em parar nos próximos 6 meses, mas não planejando parar nos*



próximos 30 dias ou não tendo feito tentativa de parar por 24hs no ano anterior. Preparação: Atualmente usando a droga e pensando seriamente em parar nos próximos 6 meses, planejando parar nos próximos 30 dias e tendo feito tentativa de parar por 24hs no ano anterior Ação: Atualmente não usando a droga, parou nos últimos 6 meses Manutenção: Atualmente não usando a droga, parou há mais de 6 meses. A grande maioria dos pacientes se encontra nos estágios pré contemplativos e contemplativos, dependendo do caso”. Germano diz que “é difícil estipular algum pensamento automático específico, mas geralmente são pensamentos que apoiam ou não a crença permissiva, dependendo do estágio motivacional em que se encontram”. Germano diz que as distorções cognitivas mais comuns são “imperativos (deveria, tenho que) e questionalização (e se), geralmente esses pacientes não possuem consciência da realidade em que se encontram, pois estão pré contemplativos”.

Germano relata que a tríade cognitiva desses pacientes irá variar conforme o paciente. Conforme sua avaliação, a tríade não se manifesta em comportamentos. Ele exemplifica “*posso uma crença de desvalia "eu não presto", logo, penso em me matar logo, tento suicídio (tentar suicídio é o comportamento), mas não significa que a minha tríade se manifesta em comportamento”.*

Segundo Souza et al. (2007, p. 35), “ a dependência do álcool é considerada uma doença de causas múltiplas, mas tem como fatores primordiais a hereditariedade e os meios familiar e social; está presente em todos os níveis sociais, independente de sexo e/ou idade”. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM-V (APA, 2014), a dependência do álcool engloba um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo. Este quadro perpassa uma estrutura cognitiva que origina e perpetua os sintomas. A estrutura cognitiva do sujeito é composta por pensamentos automáticos e esquemas (conjunto de crenças nucleares e intermediárias) que estão em constante interação (Beck, 2013; Knapp, 2004; Thase, Wright, & Basco, 2008; Salkovski, 2012).

A estrutura cognitiva do sujeito dependente de álcool é a “lente” pela qual o sujeito percebe a si, os outros, o mundo e o futuro. Qualquer estímulo passa por esse filtro que caracteriza a forma como o sujeito irá interpretar a realidade. No dependente do álcool, os



estímulos podem ser internos ou externos e podem ativar crenças disfuncionais acerca do uso de drogas. Os estímulos externos podem ser pessoas, objetos ou lugares relacionados à droga. Já os estímulos internos podem caracterizar-se por lembranças agradáveis ou desagradáveis acerca do consumo da droga, que podem ativar crenças antecipatórias ou de alívio. Os estímulos internos constituem-se como pensamentos automáticos em si e que geram outros de forma desencadeada e sistemática. Os estímulos externos servem como gatilhos ambientais para os pensamentos automáticos relacionados ao uso e dependência da droga (Knapp, 2004; Araújo, 2013).

Ambos os participantes não trouxeram informações condizentes com o que caracterizaria esta estrutura, uma vez que Rafael enfatiza que esta estrutura estaria relacionada às perdas cognitivas e Germano a relaciona com a pré-contemplação, contemplação, determinação e ação (estágios de mudança), conforme Prochaska, Diclemente e Norcross (1999) apud Caminha et. al (2003). Isso indica que, talvez, o significado de estrutura cognitiva não esteja claramente definido para os participantes. Isso pode fragilizar a compreensão do sujeito e interpretação das orientações teóricas e de manejos clínicos oferecidas pelos protocolos de atendimento da TCC.

Os pensamentos automáticos, fenômeno importante da estruturação cognitiva do sujeito, estão na fronteira da consciência, ocorrem espontaneamente e rapidamente e representam a interpretação imediata, sem atitude reflexiva, de qualquer situação vivida. Eles não são totalmente conscientes até que o sujeito aprenda a evocá-los. Eles comumente são aceitos pelo sujeito como plausíveis e verdades, mas é possível identificá-los, avaliá-los e modificá-los no processo terapêutico (Beck, 2013; Knapp, 2004; Thase, Wright, & Basco, 2008, Salkovski, 2012).

Os pensamentos automáticos do dependente são repetitivos no dia a dia e estão relacionados à vontade de usar drogas e se afastar dos sintomas que caracterizam a fissura. O sujeito tem pensamentos de desejo muito intenso de usar a droga, acompanhado de sensações fisiológicas, que tornam muito difícil a resistência ao uso. Geralmente o paciente ignora os fatos e mantém uma série de crenças disfuncionais a respeito da fissura (Knapp, 2004). Ambos os participantes trouxeram ideias condizentes com a literatura, uma vez que Rafael enfatiza estes pensamentos como propulsores do uso do álcool e Germano, apesar de



não exemplificar, indica que eles são variáveis que interferem no comportamento aditivo do sujeito, pelo viés da distorção da realidade.

Os pensamentos automáticos tendem a apresentar distorções na forma de perceber a realidade. Estas distorções são chamadas de distorções cognitivas. As distorções cognitivas estão presentes na estrutura cognitiva de qualquer sujeito (com ou sem transtorno mental) e são ativadas à medida que os esquemas (conjunto de crenças) também estão ativos. De acordo com a intensidade e tempo de duração (sistemáticas ou não) com as quais as distorções ocorrem é que podemos identificar se há sofrimento capaz de gerar sintomas característicos de algum transtorno mental. Isto porque, conforme o modelo cognitivo, os pensamentos é que geram as emoções e as emoções é que impulsionam o comportamento em uma relação extremamente dinâmica (Beck, 2013; Knapp, 2004; Thase, Wright, & Basco, 2008, Salkovski, 2012).

De acordo com Zanelatto e Laranjeira (2013), as distorções cognitivas comuns ao sujeito dependente do álcool são inferência arbitrária (refere-se ao processo de extrair uma conclusão específica na ausência de evidências que a apoiem ou quando as evidências são contrárias à conclusão); abstração seletiva (consiste em focalizar apenas um detalhe extraído do contexto ignorar outras características e conceituar a experiência toda com base nesse fragmento); hipergeneralização (extrair uma conclusão com base em um incidente isolado e aplicar o conceito indiscriminadamente a situações relacionadas e não relacionadas); magnificação ou minimização (quando um conjunto de respostas resulta de erros de avaliação quanto à importância ou magnitude de um evento); Personalização (propensão de relacionar eventos externos a si próprio, quando não há base para estabelecer tal conexão); e pensamento dicotômico absolutista (tendência de colocar todas as experiências em uma das duas categorias opostas: impecável ou defeituoso; imaculado ou imundo).

Ambos os participantes trouxeram algumas distorções que caracterizam o sujeito dependente de acordo com o que a literatura traz acerca deste assunto. Rafael exemplifica a distorção de leitura mental e Germano traz a distorção de imperativos e questionalização. No entanto, sabe-se que estas distorções ocorrem de forma dinâmica e complexa e, dificilmente, se restringe à uma ou duas.



Os esquemas cognitivos são o conjunto de crenças nucleares e intermediárias do sujeito que dão a força e a direção para os pensamentos automáticos. Ou seja, é este conjunto de crenças que determinam como os fenômenos são percebidos pelo sujeito. Estas crenças são ideias de si, do outro, do mundo, do futuro e de “como as coisas devem funcionar e acontecer”. Os esquemas são estruturas internas duradouras de armazenamento de experiências pessoais do sujeito ao longo de seu desenvolvimento humano. Uma vez que uma determinada crença se forma, ela pode influenciar a formação subsequente de novas crenças relacionadas. Os esquemas são adquiridos precocemente e agem como “filtros” na forma de o sujeito ver e significar a realidade. As crenças nucleares modelam o estilo de pensamento e promovem erros cognitivos. As crenças nem sempre estão ativas. Elas tendem a ser ativadas pela vivência atual de eventos específicos com certas características análogas (generalização) à vivências traumáticas passadas. Com as crenças ativadas, o sujeito não consegue avaliar as situações de forma realística. Pela alta carga emocional destas estruturas, a intervenção focada nos esquemas cognitivos são os últimos focos interventivos do processo terapêutico (Beck, 2013; Knapp, 2004; Thase, Wright, & Basco, 2008, Salkovski, 2012).

Zanelatto e Laranjeira (2013) indicam que quando um indivíduo possui crenças disfuncionais sobre si mesmo e entra em contato com substâncias psicoativas, um grupo de crenças pode se desenvolver relacionadas ao seu uso, como por exemplo: “só consigo aliviar a ansiedade se beber um pouco”, “usando drogas me torno mais sociável”. Essas crenças, e os sentimentos que elas desencadeiam levam ao comportamento de busca e uso da substância. Knapp (2004) denomina esta situação de “crença permissiva” onde, na intensificação do *craving* (fissura), são ativadas crenças de que existem razões fortes o suficiente para justificar o uso da droga, apesar das consequências que disto decorrem.

Para Zanelatto e Laranjeira (2013), há um grupo de crenças subjacentes ao uso de substâncias, que são do tipo: “eu não sou aceito”; “eu estou desamparado”, “o mundo é nocivo e perigoso”. Essas crenças acabam por reforçar a “necessidade” do uso da droga para aliviar sentimentos ruins e o desconforto social. De acordo com Knapp (2004), as crenças permissivas ou facilitadoras são aquelas que consideram o uso da droga aceitável, apesar das consequências. Dentre elas estão: “a droga é necessária para manter o equilíbrio emocional”, “a droga trará prazer”, “a droga terá efeito calmante”, dentre outros



pensamentos que reforçam o uso da substância. Estas ideias puderam ser bem representadas pelo discurso de um dos participantes. Rafael trouxe esquemas relacionados à defectividade e desvalor. Germano não acredita que o paciente dependente do álcool tenha esquemas característicos. Porém, Zanelatto e Laranjeira (2013) citam alguns dos esquemas mais comuns em dependentes de álcool, tais como os esquemas de incapacidade (crença: “sou incapaz”), Inadequação (crença: “faço tudo errado”), Baixa autoestima (crença: “não posso ser amado”) e Vulnerabilidade (crença: “o mundo é perigoso e não posso lidar com isso”).

Sobre a tríade cognitiva, Rafael enfatiza aspectos importantes e que condizem com a literatura da área (Araújo, 2013). Já Germano parece não responder de acordo com o conceito de tríade cognitiva, uma vez que exemplifica esta tríade através da relação entre pensamentos, emoção e comportamento. Beck et al. (1982) apud Araújo (2013) denominam a tríade cognitiva como a visão que o sujeito possui de si mesmo, do mundo e do futuro. Zanelatto e Laranjeira (2013) trazem alguns exemplos da tríade cognitiva de um sujeito dependente de álcool: “Sou incapaz, faço tudo errado”; “Sou rejeitado pelos outros, não sou capaz de ser amado”; “O mundo é ameaçador, não tenho recursos para lidar com ele”.

A estrutura cognitiva distorcida do dependente de álcool faz com que o sujeito planeje e execute os passos e providências necessários para o uso da substância, como adquirir a droga, conseguir dinheiro e ultrapassar os obstáculos, por exemplo. O reinício do uso da substância, além de reativar os mecanismos bioquímicos da dependência, costuma desencadear sentimentos de culpa, fracasso e auto-recriminação potencializando o círculo vicioso cognitivo disfuncional (pensamento, emoção, comportamento). São reativadas várias crenças adictivas que levam ao surgimento de pensamentos automáticos e à perpetuação do processo de adicção (Knapp, 2004).

A TCC no tratamento de dependentes de álcool

Rafael

Quanto à utilização da TCC no tratamento de sujeitos dependentes de álcool, Rafael considera esta abordagem apropriada *“pelos estudos empíricos e pela validação de protocolos específicos, o que na realidade vale para o tratamento da maioria dos quadros patológicos”*. A avaliação que Rafael faz sobre a eficácia das tarefas de caso no manejo clínico com dependentes de álcool é a seguinte: *“as tarefas não tem se apresentado de*



forma satisfatória, pois na maioria dos casos existe uma grande resistência à mudança por parte dos pacientes, o que implica em boicote das tarefas e planos de ação”. Sua percepção sobre a aderência do paciente ao tratamento e desafios é que “a adesão ao tratamento é sempre bastante difícil e é sempre marcada por constantes negociações com o paciente”. No enfrentamento destes desafios, Rafael diz que “a relação terapêutica tem grande importância neste aspecto, e não apenas questões técnicas”. Rafael relata que “nos casos tratados, o aspecto familiar não foi problemático para os pacientes, no que diz respeito à perpetuação dos sintomas da doença e no processo terapêutico.”

Rafael acredita que *“a relação terapêutica se constitui pelo acolhimento, pelo não julgamento moral do paciente e em não culpar este pela questão patológica, e sim construir de forma conjunta o entendimento do contexto que propiciou o desenvolvimento do quadro clínico”*. Ao longo do tratamento, Rafael utiliza como instrumentos de *follow up* *“constante avaliação de consumo (quantidade) e gatilhos e a caracterização dos prejuízos funcionais do paciente”*. Rafael comenta que até o presente momento, *“ainda não ocorreram processos de alta”* com seus respectivos pacientes. Com relação ao trabalho de prevenção de recaída, Rafael diz que *“a recaída sempre ocorre e é esperada tanto pelo terapeuta quanto pelo paciente. Quando ocorre, é importante observar os prejuízos decorrentes dela”*. Rafael pensa que as limitações da TCC no tratamento de dependentes de álcool são *“as perspectivas de abstinência e não de manejo do uso”*.

Germano

Quanto a utilização da TCC no tratamento de sujeitos dependentes de álcool, Germano a considera apropriada porque *“apresenta estudos que comprovam eficácia”*. Germano avalia a eficácia das tarefas de casa no manejo clínico com dependentes de álcool da seguinte forma *“as tarefas de casa devem ser definidas conforme o caso, dependendo da necessidade e demanda apresentada pelo paciente. A eficácia da técnica é testada através da observação sintomatológica na clínica, ou seja, se está sendo útil ao caso e ao paciente ou não”*. A percepção de Germano sobre a aderência do paciente ao tratamento e desafios neste aspecto é que *“pacientes dependentes químicos geralmente possuem grande dificuldade em encarar um tratamento, seja ele qual for, é difícil de aderirem ao*



tratamento”. Para enfrentar estes desafios, Germano diz que “*são enfrentados engajando a família no caso ou grupo de apoio*”. Germano se refere ao papel familiar da seguinte maneira “*a família possui papel fundamental, deve ser feito trabalho psicoeducativo em relação ao quadro e ao prognóstico. O principal desafio é fazer a família entender que alcoolismo é doença*”.

Ele acredita que a relação terapêutica “*geralmente é conturbada e de difícil assimilação por parte do paciente. O principal desafio é fazer o paciente aderir ao tratamento, conscientizando ele que possui um problema e que precisa de ajuda*”. Germano utiliza como instrumentos de *follow up* ao longo do tratamento “*contato com familiares, contato direto com o paciente*”. As variáveis consideradas por Germano para o processo de alta é “*quando o paciente consegue cessar o uso por no mínimo de 6 meses e fazer manutenção dos ganhos terapêuticos*”.

Com relação ao trabalho de prevenção de recaída, Germano relata que trabalha “*através dos estágios motivacionais, quando ela ocorre, procuro rever todas técnicas empregadas no caso e verificar os possíveis "erros" que o paciente cometeu, para não manter os ganhos*”. Germano diz que em sua opinião a TCC “*não possui limitações no tratamento de dependentes de álcool*”.

Ambos os participantes indicaram eficácia da TCC no tratamento de sujeitos dependentes de álcool. De acordo com Alves, Burel e Possidente, (2008), no campo da Psicologia, a Síndrome da Dependência (CID-10) ou o Transtorno por uso abusivo do álcool (DSM-V) recebe diferentes intervenções e interpretações, variando conforme a linha teórica. No entanto, a TCC vem ganhando destaque na eficácia e efetividade das intervenções terapêuticas nos casos de dependência (Silva & Serra, 2004).

De acordo com Zanelatto e Laranjeira (2013), coerente com as demandas de tratamento baseado em evidências, a prática clínica das TCCs está em constante processo de reformulação e refinamento em seus princípios teóricos, assim como de suas práticas de intervenção. Por esse motivo, as TCCs são consideradas o tratamento padrão nos sistemas de saúde em todo o mundo. Desta forma, a busca de tratamento baseado nas TCCs por parte das instituições clínicas e dos usuários de psicoterapia tem aumentado consideravelmente.



A TCC teve um grande avanço clínico nas últimas décadas no tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos, como por exemplo: transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade, transtornos alimentares, e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Este avanço está relacionado à eficácia terapêutica comprovada por diversas pesquisas metodologicamente criteriosas (pesquisas controladas e aleatórias) realizadas com grupos de pacientes. Ela pode ser aplicada em vários locais, tais como: ambientes hospitalares, ambulatoriais e domiciliares, e em várias modalidades, tais como individual, grupal e familiar (Silva & Serra, 2004; Salkovski, 2012).

Para Luz e Baldisserotto (2001) apud Almeida e Araújo (2005), a TCC é uma intervenção terapêutica comumente utilizada no tratamento da dependência química, comumente em parceria com intervenções farmacológicas. Isto devido, principalmente, aos sintomas da fissura (*craving*) que caracteriza o quadro do *craving*. Os participantes do estudo parece conhecerem estas evidências.

Sobre o uso das tarefas de casa no manejo clínico de dependentes de álcool, Zanelatto e Laranjeira (2013) indicam que as tarefas de casa solicitadas ao paciente devem estar de acordo ao momento em que ele se encontra por isso o terapeuta deve se certificar de que ele conseguirá realizá-la.

O terapeuta pode adaptar a tarefa ao perfil do paciente, ou até mesmo substituí-la por outra caso for necessário. Ela deve ser realizada entre as sessões, deve ter instruções bem claras e ser específica em relação ao tema central da sessão ou a demanda do paciente, atendo-se ao que realmente importa para o tratamento e para o sujeito. Não é adequado pedir uma série de tarefas com muitos detalhes, atividades para as quais o paciente não foi treinado ou tarefas que não tenham relação com o momento terapêutico. Isto aumenta a possibilidade de o paciente não se envolver com a tarefa e gera resistência para as próximas solicitações que venha a ser feitas no decorrer do processo (Salkovskis, 2012).

Ambos os participantes reconheceram a complexidade de aplicação de tarefas de casa ao longo do tratamento com dependentes do álcool. Rafael destaca a comum resistência dos pacientes às mesmas. Isso pode representar fragilidade no manejo do terapeuta no momento em que utiliza esta estratégia clínica. Já Germano destaca os cuidados no uso e escolha de tarefas de casa e a avaliação de o quanto ela pode auxiliar no



tratamento, conforme perfil do paciente, da demanda e da fase do tratamento em que se está.

De fato, não só as tarefas de casa constituem-se como um desafio no tratamento de dependentes do álcool. O tratamento e a aderência ao mesmo são desafios constantes nesta prática clínica. Nestes casos, a relação terapêutica (Meyer & Vermes, 2008 apud Araújo, 2013), a família e grupos de apoio (Zanelatto & Laranjeira, 2013) são importantes aliados.

De acordo com Meyer e Vermes (2008) apud Araújo (2013), é de suma importância o profissional estar atento à construção da relação terapêutica. Esta se resume a interação entre terapeuta e paciente, onde a pessoa que busca ajuda se beneficia do trabalho de um profissional habilitado a utilizar técnicas e procedimentos específicos, ao passo que utiliza importantes habilidades sociais como a empatia. Os autores afirmam ainda que mostrar entendimento e empatia pelos sentimentos do cliente, aceitando as crenças como genuínas facilitam a formação de aliança terapêutica e conseqüentemente a adesão ao tratamento.

Para Beck (2013), uma das dificuldades que podem aparecer no que diz respeito ao fortalecimento da aliança terapêutica, está na relutância do paciente em se adequar à estrutura prescrita, devido às suas percepções e crenças disfuncionais que ele possui de si mesmo, sobre a terapia ou sobre o próprio terapeuta. Sendo assim, o profissional pode acolher o desconforto do paciente e estimulá-lo a aceitar como uma experiência. Nesta etapa inicial, o terapeuta pode intervir familiarizando o paciente com o modelo da terapia Cognitivo-Comportamental. Para Salkvoski (2012), expressar empatia é uma habilidade de ouvir reflexivamente, pois o terapeuta, ao demonstrar sua aceitação de como o paciente é, tem como função ajudá-lo a estar livre para mudar.

No que se refere ao papel da família no tratamento, Zanelatto e Laranjeira (2013) dizem que as famílias têm poder quando são inseridas no tratamento. Elas podem promover a mudança e gerar novos comportamentos, assim como podem sabotar completamente a meta atingida, por isso é importante que os terapeutas tenham as famílias como aliados. O segredo é fazê-las comprometerem-se com o usuário, com sua recuperação.

Os autores dizem ainda que o fator motivacional, quando atribuído ao familiar, revela-se como um forte componente para a mudança. Logo, a ambivalência deve ser estendida à compreensão do funcionamento familiar como um elemento-chave de engajamento, não só para o paciente, mas para toda sua família. A falta de informação



sobre a dependência de álcool e seu tratamento também devem ser observadas para a realização de uma inserção social segura e satisfatória. Um fator importantíssimo a ser considerado no processo de mudança é a reestruturação dos vínculos familiares.

No se refere aos grupos de apoio Araújo (2013), diz que esta é uma modalidade onde o consultor em dependência química faz intervenções cognitivas e comportamentais, mantendo uma postura motivacional. Geralmente esses grupos são formados por dependentes químicos de evolução graves, na maioria das vezes reincidentes, desmotivados para a abstinência e para a mudança do estilo de vida, com rede social frágil ou inexistente, com famílias adoecidas e com alterações clínicas agrupadas e crônicas. Rafael enfatiza a relação terapêutica e Germano traz a família e grupos de apoio como aspectos importantes de serem pensados ao longo do tratamento, demonstrando ideias de acordo com o que a literatura pensa sobre o assunto.

Para compreender a eficácia do tratamento, a TCC utiliza técnicas de *follow up*. Estas técnicas são aplicadas a fim de avaliar a evolução terapêutica do paciente. No tratamento de dependentes do álcool, as escalas de follow up comumente utilizadas são: BAI (mede a intensidade dos sintomas de ansiedade); BDI (intensidade dos sintomas de depressão) e SOCRATES (nível de motivação para a mudança) (Caminha et al., 2003). Os participantes trouxeram a compreensão de prejuízos funcionais na vida social e familiar do paciente como importantes estratégias para avaliar a evolução clínica. Germano ainda ressalta o discurso do próprio paciente sobre si. Ambos não citaram os instrumentos descritos pela literatura. No entanto, diferentes estratégias podem funcionar como diretrizes para se pensar a evolução clínica do paciente. Estas não precisam estar necessariamente descritas na literatura.

Percebido a evolução clínica satisfatória do paciente, inicia-se o processo de alta terapêutica. A alta na TCC se dá a partir da avaliação que é feita dos focos/metap terapêuticas. Comumente, o terapeuta chega nesta etapa quando a demanda inicial (e as que apareceram de maneira secundária ao tratamento), foram sanadas. Nos casos de tratamento de dependentes de álcool, ela ocorre quando o paciente desenvolveu habilidades suficientes para retomar sua rotina de vida. Dentre estas habilidades estão: automotivação para a manutenção da mudança do comportamento de usar álcool; identificar situações de alto risco para a recaída e desenvolver estratégias para evitar tais situações; treinar habilidades



para o manejo da fissura, assim como pensamentos e emoções dela decorrentes; construir relações saudáveis, adotar um estilo de vida equilibrado entre atividades que fazem parte da vida como obrigações pessoais e sociais e atividades prazerosas. É importante que neste processo de alta o terapeuta reforce os pontos positivos do paciente e mantenha-se a disposição para o que for necessário durante o *follow up* e também futuramente. Ainda, o terapeuta deve oferecer evidência aos ganhos do paciente durante o processo e à capacidade de autogerenciar sua vida e sua dependência de substâncias (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

Rafael ainda não deu alta a nenhum de seus pacientes e Germano enfatiza a ausência de sintomas por um período de tempo após o término do tratamento e aprendizagem de aspectos trabalhados ao longo da terapia por parte do paciente. Uma variável no processo de alta é a recaída. Aliás, não somente no processo de alta, mas como em todo o tratamento. Nos casos da dependência do álcool, a recaída é esperada tanto pelo paciente quanto para o terapeuta. A questão é o que fazer quando ela aparecer. A recaída é considerada uma situação que marca o final do estágio de ação ou manutenção e por isso deve ser encarada como um processo de transição. A recaída faz parte do processo de mudança e que muitas vezes é o modo com a pessoa apreende e recomeça o tratamento de uma forma mais consciente (Caminha et al. 2003, Salkovski, 2012).

Uma das estratégias frente esta possibilidade e também para motivar o paciente à voltar se engajar no tratamento é a entrevista motivacional. Segundo Araújo (2013), a entrevista motivacional é focada a objetivos, que são: ajudar o paciente a aliviar e resolver a ambivalência, aumentar a motivação intrínseca e eliciar a mudança de comportamentos autodestrutivos e autodepreciativos. O terapeuta busca alcançar esses objetivos e vale-se de técnicas e estratégias persuasivas e encorajadoras para atingi-los.

Ainda, de acordo com Maciel et. al (2013), o transtorno por uso de álcool é de difícil tratamento e, ainda que a terapia cognitivo-comportamental apresente resultados positivos em relação ao tratamento dos usuários de álcool, elevados índices de recaída ainda são encontrados entre esses indivíduos. A TCC é uma abordagem semiestruturada, diretiva e com prazo limitado. Fundamenta-se na racionalidade de que o afeto e o comportamento de um sujeito são determinados em grande parte pelo modo como ele estrutura seu mundo. A TCC visa reestruturar as cognições disfuncionais do sujeito. Busca a resolução de problemas focais, objetivando dotar o paciente de estratégias cognitivas para



responder a realidade de maneira funcional. O terapeuta cognitivo-comportamental detecta as crenças ou ideias disfuncionais que o paciente possui sobre si mesmo, suas experiências e expectativas, e posteriormente formula hipóteses e as testa de maneira objetiva (reflexiva) e prática (empiricamente). Sabe-se o quanto é difícil a adesão para o tratamento nos casos de dependentes químicos. Dificuldade esta que se dá até mesmo no contrato do paciente se manter sóbrio durante o trabalho psicoterápico. Como já foi dito antes, é importante que se tenha uma aliança terapêutica fortalecida, para que os contratos entre terapeuta e paciente sejam efetivos, facilitando assim a evolução positiva do tratamento e a motivação para mudança (Alves, Burel, & Possidente, 2008; Beck, 2013, Salkovski, 2012).

Aliás, trabalhar com a motivação ao longo do tratamento é algo que caracteriza o manejo clínico nestes casos. Knapp (2004) diz que o que a TCC busca no tratamento do dependente do álcool é modificar as situações e as interpretações do sujeito de situações e estímulos ou atenuar as crenças disfuncionais mais importantes sobre o uso de drogas. Isto para treinar o paciente a desafiar seus pensamentos e crenças alternativas no manejo das fissuras e no desafio de crenças permissivas e para habilitá-lo a desenvolver um estilo de vida sem as drogas e tomar decisões que modifiquem o funcionamento do processo adictivo.

A responsabilidade de aumentar a motivação do paciente para o tratamento do uso abusivo do álcool é do terapeuta. Ele deve enfatizar a responsabilidade do paciente sobre suas próprias ações e aumentar sua motivação em relação à abstinência por intermédio de técnicas cognitivas e comportamentais e, se for o caso, solicitar o auxílio de ação medicamentosa prescrita por profissional capacitado. Estes aspectos foram mencionados pelos participantes, enfatizando o reconhecimento desta importante variável para a evolução clínica do paciente (Zanelatto & Laranjeira, 2013, Maciel et al., 2013).

Embora a TCC tenha a eficácia terapêutica comprovada para o tratamento de diferentes transtornos, inclusive os dependentes, destaca-se que podem existir lacunas neste processo. Algumas delas são: o trabalho colaborativo, o que faz com que o sujeito precise estar disposto a trabalhar juntamente com o terapeuta para que se obtenham resultados positivos; também a utilização das tarefas de casa, que é uma ferramenta utilizada para que o sujeito estenda seu processo de mudança para sua rotina diária, fazendo com que ele



pense sobre sua condição e seu processo de mudança para além da hora da terapia propriamente dita (Zanelatto & Laranjeira, 2013, Maciel et al., 2013).

Esses são fatores que chamam o sujeito à incumbência de se disponibilizar e se responsabilizar pelo seu tratamento, e isso muitas vezes fazem com que o sujeito não se adapte ao modelo Cognitivo- Comportamental. Percebe-se que muitas vezes, os próprios terapeutas têm dificuldade de perceber essas limitações, como pudemos ver no relato de um dos participantes. Percebe-se que isso pode até esmo ser uma limitação do próprio profissional que implica diretamente na evolução clínica do paciente. É importante o profissional reconhecer estas limitações (e outras que não cabem discutir aqui em função do recorte deste estudo) para poder encaminhar o paciente à outro profissional, atuando assim conforme sugere o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução nº 010-05,2005).

Técnicas utilizadas no tratamento da dependência do álcool

Rafael

Quanto às técnicas mais utilizadas no manejo clínico no tratamento da dependência do álcool, Rafael cita “*RPD: Definição de valores; BAI; BDI*”. Ele diz que a escolha desses instrumentos “*depende de cada caso, pois estamos falando sempre de singularidades*”. Em relação aos benefícios e limitações do uso de técnicas cognitivas e comportamentais, ele relata que “*os benefícios são ligados a objetividade do tratamento e pela clareza com que o caso é construído com os pacientes, minimizado os pontos cegos para interpretações distorcidas destes sobre sua condição. As limitações muitas vezes aparecem pelo excesso de objetividade e falta de sensibilidade de alguns terapeutas*”. Quanto aos cuidados que se toma na aplicação de técnicas no manejo clínico para que não se caia no tecnicismo, Rafael, diz que “*é muito importante que a relação terapêutica esteja bem estabelecida e que o paciente entenda a importância das técnicas, caso contrário elas não serão levadas a sério por este. A aplicação de técnicas tem de fazer sentido para o sujeito em tratamento*”.

Germano

Quanto às técnicas que mais se utiliza no manejo clínico no tratamento da dependência do álcool, Germano cita “*Balança situacional, flash card, terapia do esquema, entrevista motivacional, prevenção a recaída, diagrama de Beck, distorções cognitivas, psicoeducação do transtorno, cartão de enfrentamento, assertividade, etc.*”. Ele diz que a



escolha desses instrumentos é feita “*através das referências (protocolos) existentes e do quadro do paciente*”. Em se tratando dos benefícios e limitações do uso de técnicas cognitivas e comportamentais no tratamento do dependente do álcool, ele relata que “*se a técnica é bem aplicada só pode gerar benefício, em caso de não entendimento do paciente frente a técnica a limitação está no profissional*”. Com relação aos cuidados que se toma na aplicação de técnicas no manejo clínico para que não se caia no tecnicismo, Germano, diz que “*tecnicismo é coisa de quem não estudou pra saber aplicar técnica. Saber como e quando aplicar uma técnica não é simples*”.

As técnicas cognitivas e comportamentais são importantes ferramentas clínicas para o tratamento da dependência do álcool. De acordo com Leahy (2006), dentre as técnicas utilizadas no tratamento do uso abusivo de álcool são a identificação dos pensamentos automáticos (P.A.) através de registros diários (RPD). Conforme Araújo (2013), nas entrevistas iniciais, é importante o uso de alguns instrumentos, no sentido de auxiliar o profissional na investigação diagnóstica, entre eles exames clínicos. Para avaliar os transtornos adictivos e suas comorbidades, podem-se utilizar algumas escalas, como por exemplo: IAT, BDI, BAI, entre outros. Dentre as técnicas utilizadas no trabalho com dependentes químicos, encontra-se também a técnica de relaxamento muscular progressivo, que consiste em tencionar e logo relaxar os principais grupos musculares do corpo, um cada vez.

A resposta do relaxamento, que se caracteriza por relaxamento muscular, frequência cardíaca e pressão sanguínea reduzida e outras alterações psicofisiológicas trazem a sensação de prazer e relaxamento ao corpo. Dentre as principais formas de relaxamento, esta pode ser a mais simples, mais direta e mais fácil de ensinar. As técnicas de relaxamento são eficazes, pois ativa o Sistema Nervoso Central Autônomo do sujeito, especialmente o parassimpático (Caballo, 1996; Jacobson, 1997 apud Almeida & Araújo, 2005; Souza et al, 2007; Salkovski, 2012).

Outras técnicas são a da seta descendente; solução de problemas; exame de vantagens e desvantagens; entrevista motivacional; distração; agendamento e monitorização; dessensibilização sistemática; experimentos comportamentais; cartões de enfrentamento; dramatizações; treinamento da assertividade, incentivo à prática de exercícios físicos, entre



tantas outras técnicas cognitivas e comportamentais previstas em manuais do terapeuta (Leahy, 2006).

Segundo Knapp (2004), as técnicas são cuidadosamente escolhidas de acordo com o perfil do paciente, objetivo e fase do tratamento no qual a dupla terapêutica se encontra. Sua escolha deve atender um propósito terapêutico claro que deve estar de acordo com as metas da terapia.

Todas as técnicas utilizadas na TCC servem apenas como porta de entrada para os conteúdos emocionais e cognitivos do paciente. Elas auxiliarão no sentido de permitir o acesso aos pensamentos e emoções distorcidos acerca do consumo da droga, facilitando então, a modificação dos mesmos. As técnicas utilizadas no tratamento do dependente de álcool servem como ferramentas para acessar conteúdos cognitivos e emocionais do sujeito (Leahy, 2006; Salkovski, 2012).

Alguns cuidados que o terapeuta precisa ter para que não se caia na armadilha do “tecnicismo”, termo pelo qual esta teoria é erroneamente criticada, é ter um olhar acolhedor e singular para cada paciente, sabendo que cada um é único. Sendo assim, jamais se deve planejar algo que sabemos que está além do que o paciente pode nos oferecer no momento. Cada paciente tem seu tempo particular para reagir e agir frente novas intervenções, por isso sempre que preciso deve-se adaptar e modificar a técnica para que ela responda às particularidades do paciente (Leahy, 2006). Ambos os participantes pareceram compreender a importância da escolha e aplicação de técnicas ao longo do tratamento, valorizando a subjetividade e questões empáticas que envolvem o processo de mudança em pacientes dependentes do álcool.

Considerações finais

O objetivo deste artigo foi compreender a experiência clínica de dois profissionais psicólogos de cidades do interior do RS que trabalham com a TCC no tratamento de sujeitos dependentes do álcool. Os resultados indicam que, talvez, o significado de estrutura cognitiva bem como conceitos-chaves da TCC não esteja claramente definido para os participantes, especialmente para um deles.

Ambos os participantes indicaram eficácia da TCC no tratamento de sujeitos dependentes de álcool e enfatizaram a complexidade da aplicação de técnicas cognitivas e



comportamentais no quadro clínico. Eles destacaram o papel da resistência do paciente, da aliança terapêutica, do apoio e relação familiar bem como participação em grupos de apoio como variáveis importantes para a eficácia e efetividade do tratamento.

A compreensão de prejuízos funcionais na vida social e familiar do paciente decorrente dos sintomas (diminuição) e o discurso dele próprio sobre si oferecem indicadores importantes sobre a evolução clínica e qualificam o processo de alta. Sobre as técnicas utilizadas no tratamento da dependência do álcool, ambos os participantes pareceram compreender a importância da escolha e aplicação de técnicas ao longo do tratamento, valorizando a subjetividade e questões empáticas que envolvem o processo de mudança em pacientes dependentes do álcool. Critérios como perfil do terapeuta, do paciente, da relação terapêutica, do quadro sintomático e da fase do tratamento parecem ter sido valorizados por eles no momento do manejo técnico.

Estes resultados indicam responsabilidade técnica dos psicólogos entrevistados, uma vez que buscam compreender o paciente e a psicopatologia na perspectiva teórica que se identificam, planejando a intervenção terapêutica de forma coerente com a literatura da área. Um deles parece ter fragilidade teórica e prática maior, pois pareceu confuso em algumas respostas. No entanto, isso pode estar atrelado à forma de coleta de dados deste estudo (questionário online) ou a lacunas na formação profissional deste psicólogo.

Referente a esta última suposição, ressalta-se a importância da formação e qualificação profissional de psicólogos que se utilizam dos pressupostos da TCC. A TCC é uma terapia baseada em evidências com extensas produções científicas na área, impossibilitando que o profissional intervenha de forma aleatória, sem uma conceitualização cuidadosa do caso e um planejamento detalhado da terapia.

Os resultados desta pesquisa, embora tenham sido produzidos por apenas dois participantes, poderão contribuir para a Psicologia no sentido de evidenciar como psicólogos que trabalham com a TCC percebem o sujeito dependente e realizam o manejo clínico para o tratamento da dependência do álcool. Isto poderá acrescentar conhecimento aos alunos e profissionais que ainda não conhecem a aplicação da terapia cognitiva nestes casos e a identificar os pontos fortes e fracos que perpassam o tratamento destes sujeitos.

Sugerem-se novos estudos que possam ser realizado sobre o tratamento dos sujeitos dependentes álcool na TCC, bem como questões que se referem aos impactos pessoais,



familiares e sociais que decorrem desta dependência. Pesquisa de campo, na qual o contato e exploração do discurso possam ser mais bem explorados que neste trabalho, podem oferecer informações ricas para a compreensão da temática. Ainda, estudos que possam compreender o desenvolvimento da dependência do álcool, bem como seu manejo clínico por intermédio do modelo terapêutico de Jeffrey Young: a terapia do esquema.

Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. 2014. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**, 5ª ed. Porto Alegre, Artmed.
- ALVES, F. E.; BUREL, B. E. & POSSIDENTE, F. A. 2008. Dependência química, alcoolismo ou compulsão: algumas perspectivas sobre a mesma questão. **NetSaber-Artigos**, Rio de Janeiro.
- ARAÚJO, B. R. & ALMEIDA, C. S.. 2005. A avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v.19, n.2, p. 136-142.
- ARAÚJO, B. R. 2013. **Guia de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero: tratando pacientes da vida real**. Novo Hamburgo, Sinopsys.
- BECK, J. S. 2013. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre, Artmed.
- BERTONI, LM. (2006). Reflexões sobre a história do alcoolismo. *Revista Fafibe On Line*; p. 149-50.
- CID-10. 2011. **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**- Coord. Organiz. Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano.- Porto Alegre: Artmed.
- CAMINHA, R. M. et al. 2003. **Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais** (Abordagens terapêuticas no tratamento da dependência química). Casa do Psicólogo.
- KNAPP, P. 2004. **Terapia Cognitivo - Comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre, Artmed.
- LEAHY, R. 2006. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta**. Artmed.
- MACIEL, Z. L. et. al. 2013. Esquemas iniciais desadaptativos no transtorno por uso de álcool. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. Vol. 9, nº 2, pp. 101-107.



- MANGUEIRA, S. O., GUIMARÃES, F. J., MANGUEIRA, J. O., FERNANDES, A. F. C. & LOPES, M. V. O. (2015). Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 157-168.
- MARCONI, M.D. & LAKATOS, E.M. 2010. **Fundamentos da metodologia científica**. 7. Ed. Editora Atlas.
- MINAYO, M.C.; DESLANDES, F. S. & GOMES, R. 2007. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26ª ed.- Petrópolis, R.J., Vozes.
- MINAYO, M.C. 2014. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec.
- PILLON, S. C. et al. (2014). Conseqüências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. abr/jun; v. 16, n. 2. p. 338-45.
- RESOLUÇÃO CFP nº 010-05. (2005). Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Conselho Federal de Psicologia.
- SILVA, J. C. & SERRA, M. A. 2004. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl.1, p. 1-16.
- SOUZA, V. et al. 2007. Alcoolismo nos contextos social e familiar: análise documental à Luz de Pimentel. **Revista Rene**, Fortaleza, v.8, n.3, p. 34-43.
- STRAUSS, A.L. & CORBIN, J. 2008. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed.
- SALKOVSKIS, P.M. (2012). **Fronteiras da Terapia Cognitiva**. 2ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- THASE, M. E.; WRIGHT, J.H. & BASCO, M.R. 2008. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre, Artmed.
- TURATO, E. R. 2003. **Tratado da metodologia da Pesquisa clínico-qualitativa**. Editora Vozes.
- YIN, R.K. 2015. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman.
- ZANELATTO A. N. & LARANJEIRA, R. 2013. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo- comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre, Artmed.