

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina

Miriam Lessa Borchio

**PROCESSO MOTIVACIONAL NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:
o que motiva o dependente químico às mudanças?**

Belo Horizonte
2012

Miriam Lessa Borchio

**PROCESSO MOTIVACIONAL NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:
o que motiva o dependente químico às mudanças?**

Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Psicoterapias Cognitivas.

Orientadoras: Profa. Dra. Rute Velasquez

Belo Horizonte
2012

Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam na motivação do dependente químico como um movimento fundamental para a aquisição da “independência” química.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me suprir de motivos, mostrando que sempre é possível estar bem...

Quando o ser humano se desperta para
um grande sonho e, sobre ele lança todas
as forças da sua alma, todo universo
conspira a seu favor...

Johann Goethe

RESUMO

Este trabalho procura compreender e aprimorar o campo de conhecimento sobre a motivação no dependente químico, identificando estratégias da psicoterapia cognitiva com enfoque na motivação, como uma força capaz de restabelecer os estágios específicos da mudança durante o processo de abstinência das drogas. No mundo atual convivemos com um crescimento significativo do consumo de substâncias psicoativas e a dependência química é uma doença mental crônica, que afeta pessoas de qualquer idade, nível sócio-econômico ou intelectual. O que motiva um dependente químico às mudanças? Responder este questionamento é o objetivo deste trabalho, e para isto são apresentados os conceitos de dependência química e da motivação, bem como identificar as estratégias da psicoterapia cognitiva como uma intervenção possível nos processos de mudança de comportamentos disfuncionais dos dependentes químicos em busca da abstinência das drogas. São apresentadas as técnicas cognitivas utilizadas, baseadas na abordagem da Entrevista Motivacional, teoria que muito tem contribuído neste contexto da dependência química, e do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento. São técnicas que se mostraram eficazes nos conflitos de ambivalência para a tomada de decisão e busca da mudança, no estudo de caso com um dependente químico, relatado neste trabalho.

Palavras-chave: Dependência química. Motivação. Adicção. Cognição.

ABSTRACT

This work seeks to understand and improve the knowledge field about chemically dependent people's motivation, identifying cognitive psychotherapy strategies focusing on motivation as a power able to reestablish specific stages of the change during the process of abstinence from drugs. In the modern world we deal with a significant growth of psychoactive substance consumption and the chemical dependency is a chronic mental disease which affects people regardless of their age, social-economic or intellectual level. What motivates a chemically dependent person to change? To answer this question is the objective of this work and for such task chemical dependency and motivation concepts are presented as well as identification of cognitive psychotherapy strategies as a possible intervention in the chemical dependent people's dysfunctional behavior changing process in search for abstinence from drugs. The cognitive techniques used are presented based on the Motivational Interview approach, a theory which has contributed somewhat regarding chemical dependency and the Transtheoretical Model of Behavior Change. These are techniques which are efficient in ambivalence conflicts towards decision making and the search for a change in the chemically dependent person case study reported in this work.

Key words: Chemical Dependency. Motivation. Addiction. Cognition.

LISTA DE SIGLAS

ONG	Organização Não Governamental
RET	<i>rational-emotive therapy</i> [terapia racional-emotiva]
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	O PROCESSO MOTIVACIONAL NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	12
2.1	<i>Definição de dependência química</i>	13
2.1.1	Aspectos neurobiológicos da drogadicção, o equilíbrio e a motivação no Sistema Nervoso Central	15
2.2	<i>Definição de motivação.....</i>	17
2.3	<i>Motivação para a mudança.....</i>	19
3	A PSICOTERAPIA COGNITIVA APLICADA A UM CASO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	23
3.1	<i>Definições de psicoterapia cognitiva</i>	23
3.2	<i>Estudo de caso clínico</i>	25
3.2.1	Identificação do paciente.....	25
3.2.2	Queixa principal.....	25
3.2.3	Outras informações relevantes.....	25
3.2.4	Histórico familiar.....	26
3.2.5	Histórico profissional	26
3.2.6	Histórico da infância	26
3.2.7	Histórico sócio afetivo	27
3.2.8	Histórico da dependência química	27
3.2.9	Lista de problemas	28
3.2.10	Diagnóstico.....	28
3.2.11	Conceitualização cognitiva.....	28
3.2.12	Potencialidade e recursos	29
3.2.13	Hipótese de trabalho	30
3.2.14	Plano de tratamento	30
4	METODOLOGIA.....	31
4.1	<i>Características da participante e contextualização social</i>	32
4.1.1	Instrumentos utilizados na avaliação e acompanhamento psicológico.....	32
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
	REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

O estudo aqui proposto visa compreender o tratamento da dependência química por meio da psicoterapia cognitiva, com o enfoque na motivação do paciente como uma força capaz de restabelecer os estágios específicos da mudança durante o processo de abstinência das drogas.

A pergunta que move este estudo é: O que motiva a mudança do comportamento adicto no dependente químico? A partir deste questionamento o objetivo será de ampliar o campo de conhecimento a respeito da motivação para mudança de comportamentos adictos, bem como, identificar estratégias da psicoterapia cognitiva com dependência química nos conflitos da ambivalência, ajudando-os a tomar uma decisão e buscar a mudança.

O interesse pelo tema surgiu a partir de um trabalho desenvolvido em uma comunidade terapêutica para dependentes químicos aonde sempre foi questionado o que seria a motivação para o dependente se manter em abstinência fora do ambiente protegido da comunidade. A ausência da estrutura familiar, social e profissional, destruída pelo tempo de uso da droga pode remetê-los a uma realidade desmotivadora.

A motivação é um tema amplamente pesquisado na psicologia. Os primeiros estudos realizados neste campo tinham caráter experimental ou clínico, cujos objetivos eram analisar variáveis referentes ao comportamento que pudessem explicar como e porque um organismo se motiva para determinada ação. Freud (1996), por exemplo, foi o elaborador da primeira grande teoria sobre a motivação. A teoria apresentada na obra *Projeto de uma Psicologia Científica* (FREUD, 1996), baseada em procedimentos clínicos e não experimentais, excluía instrumentos de medida e quantificação valorizando contatos interpessoais imediatos, e o conhecimento que deles decorria. Freud (1996) propõe que toda ação ou comportamento é determinado por um instinto biológico interno.

Nesta monografia, toda a informação referente ao tema motivação e dependência química foi organizada em cinco seções. Na seção 2 será definida a dependência química, a motivação e a motivação para a mudança. O objetivo da seção 3 é definir a psicoterapia cognitiva e apresentar um caso clínico de dependência química. A

seção 4 descreve a metodologia aplicada neste estudo. Finalmente na seção 5 serão apresentadas as discussões e resultados feitos pelos entrelaçamentos entre a teoria da psicoterapia cognitiva e o caso clínico.

O uso das drogas depende de uma rede de tráfico criminosa, que enseja o aumento da violência social e favorece a falta de atendimento ao dependente. Assim, os dados apresentados no relatório são também um alerta para o Governo e a sociedade, uma vez que aponta claramente que o consumo indevido e o tráfico de drogas provocam graves danos ao país. Milhares de pessoas são direta e indiretamente afetadas, gerando custos sociais e econômicos que demandam a implementação de políticas abrangentes, descentralizadas e integrais que visem a sua redução.

Dessa forma, auxiliar o dependente químico a identificar cognitivamente os estágios motivacionais para a mudança no seu comportamento adicto, pode favorecer e aumentar suas chances de reabilitação. Além disso, pretendeu-se com este estudo acrescentar conhecimento capaz de aprimorar tecnicamente, a partir da psicoterapia cognitiva, o tratamento a dependentes químicos com base na compreensão dos processos motivacionais.

2 O PROCESSO MOTIVACIONAL NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A dependência química é um dos transtornos mentais mais comuns, acometendo as mais diversas faixas etárias, porém, mais comumente iniciado na adolescência e juventude. Consumir drogas é uma prática milenar e universal e não há sociedade que não conheça algum tipo de droga com as mais diversas finalidades. O adicto pode até expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância, mas reluta sempre em decidir deixar de vez a substância. E, com frequência, ocorrem tentativas frustradas de diminuir ou interromper o uso. As estratégias de modificação do estilo de vida reforçam habilidades globais dos dependentes químicos, ajudando a construir uma nova visão de si, auxiliando na diminuição da frequência e intensidade do desejo, a partir da construção de outras coisas importantes para a pessoa (MARLATT; GORDON, 1993).

Segundo o Relatório Brasileiro Sobre Drogas (2001 a 2007) (BRASIL, 2009), publicação elaborada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), o impacto do uso de drogas na população brasileira afeta de maneira profunda, amplos aspectos da vida das pessoas que as utilizam e dos grupos nos quais elas estão inseridas. Além do uso recreativo ou ritual, inserido na cultura e na economia dos países, em muitos casos, o consumo de drogas se associa a problemas graves como a ocorrência de acidentes, violência, produção ou agravamento de doenças variadas, queda no desempenho escolar ou no trabalho, transtornos mentais e conflitos familiares, entre outros. É o caso, por exemplo, das informações referentes ao consumo do crack e suas conseqüências no Brasil citados naquele relatório: os dados reunidos mostram um consumo discreto e estável na população brasileira entre os anos de 2001 e 2005, mas há fortes evidências de que a partir deste ano o consumo do crack, bem como sua associação a diversos agravos à saúde, à criminalidade e à violência tem se tornado mais frequente. A complexidade do fenômeno e a diversidade de aspectos da vida do cidadão afetado dificultam a elaboração de explicações sobre as razões de certos dados.

Tabela 1: Opinião sobre o risco grave de usar substâncias ocasional ou diariamente - Brasil (em %).

Prevalência de respostas considerando risco grave	Gênero					
	2001			2005		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Beber um a dois drinks por semana	22,4	30,8	26,7	15,9	24,2	20,8
Beber diariamente	92,9	96,1	94,5	90,4	95,8	93,5
Usar maconha uma ou duas vezes na vida	38,5	47,6	43,2	41,7	52,5	48,1
Usar maconha diariamente	94,6	96,9	95,8	92,3	96,1	94,6
Usar cocaína/crack uma ou duas vezes na vida	59,6	64,9	62,3	74,9	79,3	77,1
Usar cocaína/crack diariamente	98,7	98,9	98,8	98,8	98,8	98,8

Fonte: BRASIL (2005).

2.1 Definição de dependência química

Drogadição significa adição a drogas, conforme o Dicionário Aurélio Século XXI (FERREIRA, 1986), sua etimologia tem a seguinte explicação: "Adicto, do latim *addictu*, é um adjetivo, que significa:

1. Afeiçoado, dedicado, apegado.
2. Adjunto, adstrito, dependente.
3. Em medicina é quem não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos.

Segundo o DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002, p. 208)

A característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. Um diagnóstico de Dependência de Substância pode ser aplicado a qualquer classe de substâncias, exceto cafeína. Os sintomas de Dependência são similares entre as várias categorias de substâncias, mas, para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em uns poucos casos, nem todos os sintomas se manifestam (por ex., sintomas de abstinência não são especificados para Dependência de Alucinógenos). Embora não seja especificamente relacionada como um critério, a "fissura" (um forte impulso subjetivo para usar a substância) tende a ser experimentada

pela maioria dos indivíduos com Dependência de Substância (se não por todos). A Dependência é definida como um agrupamento de três ou mais dos sintomas relacionados adiante, ocorrendo a qualquer momento, no mesmo período de 12 meses.

A Síndrome de Dependência Química, segundo a Classificação Internacional de Doenças, Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1992), é descrita por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de substância – ou uma classe de substâncias – alcança uma prioridade maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham valor.

Segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2010), o que é a dependência química ainda não está claro, apesar de inúmeros estudos realizados sobre este tema. Este autor afirma que existem quatro modelos básicos explicativos da dependência química:

- a) o modelo de doença: entende a dependência como um transtorno primário independente de outras condições: uma herdada suscetibilidade biológica aos efeitos do álcool ou das drogas;
- b) o modelo do comportamento aprendido: Como diz o próprio nome, os teóricos do *modelo do comportamento aprendido* acreditam que os comportamentos são aprendidos ou condicionados. Logo, os problemas comportamentais, incluindo pensamentos, sentimentos e mudanças fisiológicas, poderiam ser modificados pelos mesmos processos de aprendizagem que os criaram;
- c) o modelo psicanalítico: As escolas do *modelo psicanalítico* mais antigo entendiam o comportamento de uso de álcool e drogas como uma tentativa de se retornar a estados prazerosos da infância;
- d) o modelo familiar: Há três teorias de *modelos familiares* utilizados no campo de estudos do uso de álcool e drogas: o modelo de doença familiar, o modelo familiar sistêmico e o modelo comportamental.

Aparentemente esses modelos contribuíram para o entendimento da dependência na medida em que não compreendem a dependência química como um bloco e acrescentam o conceito de equilíbrio e a importância das regras e metas que governam os relacionamentos familiares em seu papel na manutenção do uso de substâncias.

2.1.1 Aspectos neurobiológicos da drogadicção, o equilíbrio e a motivação no Sistema Nervoso Central

A perspectiva neurobiológica estabelece que, diante da exposição a uma substância psicoativa, o equilíbrio do sistema cerebral é abalado produzindo alterações que vão, gradativamente, determinar além do surgimento da dependência, a gravidade da síndrome quando estabelecida. O consumo repetido de uma substância promove uma instabilidade da função de recompensa cerebral por meio de mudanças nos mecanismos relacionados, alterando os circuitos antes estabelecidos para o mecanismo de recompensa natural (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

Segundo Kolb e Whishaw (2002, p. 192),

[...] a droga é um composto químico administrado para causar uma alteração desejada no organismo. As drogas psicoativas são aquelas substâncias que atuam sobre o humor, o pensamento ou o comportamento e que são utilizadas para tratar doenças neuropsicológicas. Para ser eficaz, a droga psicoativa precisa alcançar seu alvo no sistema nervoso. Essas drogas encontram várias barreiras entre sua entrada no organismo e a ação sobre um alvo no sistema nervoso central. Um dos obstáculos mais importantes é a barreira hematoencefálica, que em geral, permite a passagem (dos capilares para o sistema nervoso central) apenas das substâncias necessárias a nutrição do cérebro. A maioria das drogas com efeitos psicoativos atua dessa forma, atravessando a barreira hematoencefálica e influenciando as reações químicas nas sinapses cerebrais.

Segundo os mesmos autores a droga não possui uma ação uniforme em todas as pessoas, muitas diferenças físicas, sexo, idade e a genética influenciam o efeito de uma determinada droga. A dependência química se desenvolve em vários estágios, como resultado do consumo repetido da droga. No início, o consumo de drogas produz o desejo ou o gostar. Entretanto, com o uso repetido da droga, o consumo da mesma se torna condicionado a objetos, eventos ou lugares a ela associados. Com o tempo, esses estímulos adquirem *saliência do incentivo* (KOLB; WHISHAW, 2002, p. 217), fazendo com que o dependente procure por ela, o que leva ao consumo de mais droga. O desejo pela droga consiste na experiência subjetiva associada aos estímulos proeminentes e à procura pela substância. À medida que a dependência química progride, a experiência subjetiva do gosto pela droga diminui e o desejo da substância aumenta.

O desejo de consumir a droga aciona um circuito cerebral chamado circuito cerebral chamado circuito da recompensa. Esse circuito é constituído de neurônios que utilizam como principal mensageiro químico a dopamina, o neurotransmissor do prazer. Eles partem da área tegmental ventral e se conectam ao núcleo *accumbens* e ao córtex. As drogas de todos os tipos, lícitas e ilícitas ativam esse sistema, produzindo alterações no comportamento e no funcionamento mental.

As causas da motivação variam de eventos fisiológicos no cérebro e no corpo até a influência de nossa cultura e do tipo de interação social com outros indivíduos a nossa volta. Os incentivos recompensadores naturais ou artificiais ativam o sistema cerebral dopamínico no circuito mesolímbico. Este sistema parece particularmente importante para a propriedade motivacional das recompensas. Em vez de criar a sensação de prazer em si, a sua atividade parece dispor os indivíduos a querer repetir o evento que causou o aumento do consumo, procurando e obtendo incentivos conhecidos (BERRIDGE; VALENSTEIN¹, 1991 *apud* KOLB, 2002).

A adicção pode ser considerada uma poderosa motivação para algumas pessoas. O desejo por certas drogas pode tornar-se irresistível (LESHNER², 1997 *apud* KOLB, 2002). Os dependentes químicos podem desejar a droga com tanta intensidade que sacrificam o emprego, os relacionamentos e a vida familiar.

Uma possível explicação sobre os aspectos neuropsicológicos da adicção é que o comportamento de uso de drogas aditivas aparentemente super ativam os sistemas de recompensa no cérebro e assim, o indivíduo se sente bem e fica fortemente motivado a repetir o uso a fim de experimentar a sensação fortemente reforçadora. Como as drogas atuam diretamente nos neurônios cerebrais, elas podem produzir níveis de atividade no sistema dopamínico mesolímbico que ultrapassam em muito aqueles produzidos por incentivos naturais. A euforia causada pelas drogas pode ser uma super recompensa para alguns sistemas cerebrais. *Uma vez que o sistema cerebral dopamínico mesolímbico parece mediar às propriedades motivacionais de recompensa (querer) mais do que as propriedades de prazer (gostar), sua hiper*

¹ BERRIDGE, K. C.; VALENSTEIN, E. S. What psychological process mediates feeding evoked by electrical stimulation of the lateral hypothalamus? **Behav Neurosci.**, v. 105, p. 3-14, 1991.

² LESHNER, A. I. Addiction is a brain disease, and it matters. **Science**, v. 278, n. 5335, p. 45-47, 1997.

ativação em dependentes pode causar desejo exagerado pela droga (ROBINSON; BERRIDGE, 1993; KOLB; WHISHAW, 2002). O processo de sensibilização neural é variável, dependendo o tipo de droga utilizada e da frequência de seu uso e pode durar mais que a abstinência. Esse pode ser um dos motivos pelos quais dependentes recuperados estão sujeitos a recaídas no uso de drogas mesmo depois de completarem programas de desintoxicação. Como as drogas ativam diretamente mecanismos cerebrais de prazer a níveis incomparáveis, na sua falta elas produzem síndromes de abstinência que causam tamanho desprazer que podem levar o dependente de volta ao uso, podendo mesmo ativar permanentemente ou por longo prazo os sistemas cerebrais que fazem com que as recompensas da droga sejam desejadas (ATKINSON *et al.*, 2002). Desta forma a dependência instalada é tanto química quanto psicológica, pois afeta concomitantemente ao cérebro e à mente do ser humano. Há que se considerar também os aspectos sociais envolvidos, tanto enquanto eliciadores como também como reforçadores ou não do uso de drogas e da abstinência, essa quando o hábito já está instalado.

As drogas ativam diretamente mecanismos cerebrais de prazer a níveis incomparáveis, produzem síndromes de abstinência que levam o dependente de volta a droga, e talvez hiperativem permanentemente os sistemas cerebrais que fazem com que as recompensas da droga sejam desejadas (ATKINSON *et al.*, 2002, p. 375).

2.2 Definição de motivação

A consciência da gravidade a que a situação da drogadição chegou ao país é um conhecimento de todos. Tamanha é a gravidade deste problema que, a cada dia, se torna mais urgente encontrar medidas efetivas para solucioná-lo. Dificilmente a internação resulta, além de desintoxicação, em abstenção definitiva da droga. Uma vez fora do ambiente protegido da comunidade terapêutica, o dependente retorna ao vício. Por quê? Uma possível explicação pode advir de conhecimento sobre o processo motivacional humano.

A palavra motivação vem da raiz latina que significa “mover-(se)” e é uma tentativa de compreender o que nos movimenta ou por que fazemos o que fazemos. É uma

série inferida de processos que fazem com que uma pessoa se mova em direção a um objetivo específico (EDWARDS; DARE, 1997).

A motivação é um processo complexo que mobiliza o organismo para a ação, a partir de uma relação estabelecida entre o ambiente, a necessidade e o objeto de satisfação. Na base da motivação sempre existe uma necessidade, um desejo, uma intenção, um interesse, uma vontade ou uma predisposição para agir. Na motivação, está também incluído o ambiente que estimula o organismo e que oferece o objeto de satisfação. E, por fim, na motivação está incluído o objeto que aparece com a possibilidade de satisfação da necessidade. Atribuímos às condições motivadoras o sucesso ou o fracasso das intenções de abstinência dos dependentes químicos.

Segundo Kolb e Whishaw (2002) a motivação é um termo comumente usado para descrever o que parece ser o propósito subjacente a um comportamento, principalmente em humanos. Assim como o impulso a motivação não é algo que podemos apontar no cérebro. Pelo contrário, trata-se de inferências que fazemos sobre por que alguém demonstra determinado comportamento.

Na área das dependências químicas, até alguns anos atrás, a motivação era vista como um traço da personalidade do indivíduo dependente, que negava grande parte dos problemas que enfrentava. Esse traço seria o resultado de uma falha no seu desenvolvimento emocional e, portanto, a melhor abordagem terapêutica seria quebrar suas resistências para que pudesse enxergar a realidade (LARANJEIRA; NICASTRI, 1996).

Uma motivação é uma condição que energiza o comportamento e o orienta. Ela é a experiência na forma de desejo consciente – neste caso, o desejo por drogas. A maioria de nós é capaz de escolher se irá agir de acordo com os desejos ou não. Podemos nos forçar a abrir mão do que desejamos, e podemos nos obrigar a fazer o que preferiríamos não fazer. Talvez possamos até deliberadamente optar por não pensar sobre desejos que nos recusamos a atender (ATKINSON *et al.*, 2002). Mas é consideravelmente mais difícil controlar nossas motivações diretamente, principalmente quando existem fatores neuropsicológicos importantes envolvidos.

2.3 Motivação para a mudança

O sujeito drogadicto precisa realizar importantes mudanças em sua vida para se libertar das drogas. Em um processo de abandono do uso de drogas o indivíduo pode falhar e recair no consumo. Aparentemente a motivação pode se relacionar ao processo de recaída de duas maneiras distintas: a motivação para a mudança de comportamento positiva e a motivação ao envolvimento em comportamento problema. Usando o exemplo do uso do álcool poderíamos definir o primeiro tipo de motivação (motivação para a mudança) como o estímulo à ação rumo à abstinência ou ao uso reduzido de álcool e o segundo tipo de motivação (motivação ao uso) como o estímulo ao envolvimento no comportamento de uso do álcool.

Um exemplo da importância da Entrevista Motivacional é visto no estudo de Andretta e Oliveira (2008), os dados do artigo evidenciaram que após a Entrevista Motivacional, houve diminuição do consumo de drogas pelos adolescentes infratores, e diminuição do estágio motivacional da pré-contemplação, que é o estágio em que a pessoa só percebe ou nega as perdas conseqüentes do uso das drogas, indicando um maior reconhecimento acerca das conseqüências negativas, e um número menor de crenças distorcidas associada ao uso de drogas nesta população.

Segundo Miller e Rollnicck (2001), a motivação não deve ser pensada como um problema de personalidade, nem como um traço que a pessoa carrega consigo quando procura o psicoterapeuta. Pelo contrário, a motivação é um estado de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação para a outra. O modelo explicativo, que será abordado neste estudo sobre como ocorre a mudança, foi desenvolvido pelos psicólogos Prochaska e Di Clemente (1983). Os pesquisadores buscaram compreender como e porque as pessoas mudam, tanto por si mesmas quanto com o auxílio de um terapeuta. Eles estudaram este processo e descreveram uma série de estágios pelos quais as pessoas passam no curso de modificação de um comportamento considerado um problema. Este modelo pode ser exemplificado na forma de uma “Roda da Mudança” e pode ser representada com quatro, cinco ou seis estágios, a saber:

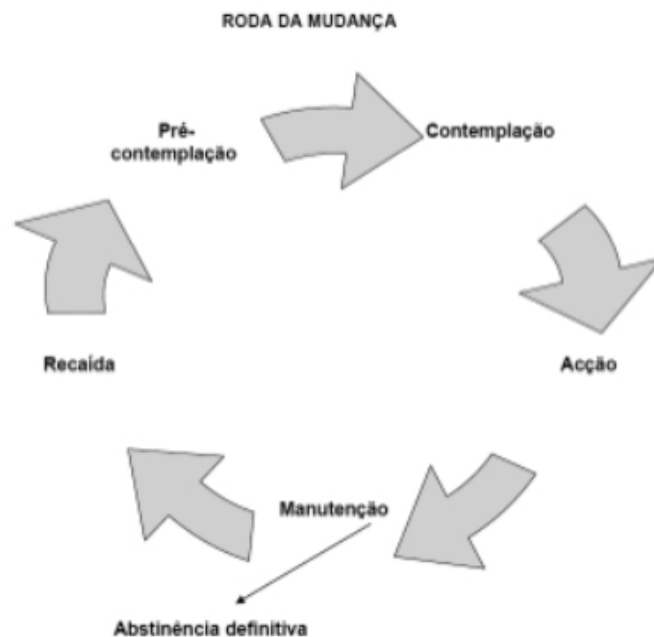


Figura 1: Roda dos estágios de mudança.

Fonte: Adaptado de Prochaska e Di Clemente (1983).

Os cinco estágios da mudança são:

1. Pré-Contemplação: o ponto de partida para o processo de mudança, neste ponto a pessoa ainda não está considerando a possibilidade de mudança, Neste estágio, se a pessoa é abordada e diz-se a ela que tem um problema, ela pode ficar mais surpresa que na defensiva. Os pré-ponderadores raramente se apresentam para o tratamento, eles chegam, em sua grande maioria, por coerção ou por meio de exames clínicos de rotina. Uma pessoa no estágio de pré-ponderação necessita de informação e de realimentação para tomar consciência do seu problema e aumentar a sua percepção sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
2. Contemplação: é quando a pessoa toma consciência do problema, estágio que é um período caracterizado pela ambivalência. A ambivalência ocorre com relação à posição variável do indivíduo com relação à mudança e com freqüência se relaciona tanto com sentir-se capaz de mudar (sentimento de auto-eficácia) quanto com as expectativas formadas em relação ao resultado possível de ser obtido. Nesta fase pensamos que a psicoterapia cognitiva é capaz de identificar crenças errôneas e pensamentos disfuncionais, e propor

ações para motivar e ajudar a pessoa a encontrar uma estratégia de mudança que seja acessível, aceitável adequada e eficaz, inclinando a balança em favor da mudança. O ponderador tanto considera o problema, como o rejeita, ele experimenta razões para preocupação e despreocupação, motivação para mudança e para continuar inalterado. No caso da dependência química, é quando a pessoa começa a perceber algumas conseqüências ruins do uso da substância, mas ainda não fez nenhuma alteração quanto ao fato.

3. Ação: as pessoas engajam em ações específicas para chegar a mudança. É quando a pessoa realmente coloca em prática a mudança. No caso da dependência química é quando para de usar a substância.
4. Manutenção: o desafio é manter a mudança obtida pela ação anterior e evitar a recaída. A partir de seis meses de mudança, ou seja, seis meses após ter cessado o uso de substâncias, período necessário para que a mudança seja considerada consistente.
5. Recaída: a pessoa estando em ação ou manutenção pode ter recaídas, o que não significa fracasso, e quando acontece, a tarefa do paciente é recomeçar a circular a roda em vez de ficar imobilizado neste estágio. Se a pessoa continuar a investir na mudança para a recuperação, pode aprender a lidar, com mais auto-eficácia, com situações de risco que podem facilitar uma recaída.

Cada estágio caracteriza um nível diferente de prontidão motivacional, e a pré-contemplação representa o nível mais baixo de prontidão (DICLEMANTE; HUGHES³, 1990 *apud* MILLER; ROLLNICCK, 2001).

Conforme Marlatt e Witkiewitz (2009, p. 24),

Durante a pré-contemplação, há pouca motivação a mudança, mas, quando o indivíduo se move rumo à contemplação, há um aumento na ambivalência. As intervenções que se concentrem em resolver a ambivalência (por exemplo, avaliar os prós e contras da mudança versus a não mudança) podem aumentar a motivação intrínseca, permitindo aos pacientes explorar seus valores e como eles podem diferir das escolhas comportamentais reais (por exemplo, “eu quero ser um funcionário eficiente, mas com frequência passo meus dias de ressaca e minhas noites me embebedando”).

³ DICLEMANTE C. C.; HUGHES, S. O. Stages of Change Profile in outpatient alcoholism treatment. **Journal of Substance Abuse**, v. 2, n. 2, p. 217-235, 1990.

A questão essencial da recaída, de fato, está no fracasso do dependente se abster de usar a substância, apesar das evidências do mal que ela vem causando. Esta ambivalência na decisão do paciente é um fenômeno complexo com custos e benefícios associados a cada alternativa, sendo que estes nem sempre são do conhecimento racional do dependente. Trabalhar com a ambivalência é trabalhar com a essência do problema. Neste momento do processo de construção da abstinência pelo dependente pode surgir um conflito, resultante de um momento de negação e resistência à mudança que tem uma relevância crucial para todo o processo a seguir. Por meio da psicoterapia cognitiva esta ambivalência do adicto é conduzida de modo a ponderar de forma racional os aspectos positivos e negativos do uso de drogas, abordando as crenças e reforçadores e fortalecendo os aspectos motivacionais desejáveis, favorecendo uma visão mais ampla do problema e tornando visíveis e compreensíveis ao sujeito os conflitos cognitivos subjacentes a uma recaída.

O conflito da ambivalência envolve a metáfora de uma gangorra ou de uma balança conforme Janis e Mann (1977). Para estes autores a pessoa experimenta motivações rivalizantes porque existem tanto os benefícios como os custos associados a ambos os lados do conflito.

3 A PSICOTERAPIA COGNITIVA APLICADA A UM CASO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A psicoterapia cognitiva se caracteriza por sua proposta direta e objetiva. Os problemas dos dependentes químicos são reconhecidos como decorrentes de uma conjunção de fatores biológicos, genéticos, ambientais e psicossociais. O consumo de drogas acarreta problemas de ordem pessoal, familiar e legal e as intervenções psicoeducativas facilitam a aceitação e a cooperação no enfrentamento das dificuldades, para uma mudança no estilo de vida, sustentada por hábitos saudáveis. Técnicas específicas de reestruturação cognitiva e mudança de comportamento, são essenciais para que o dependente químico tenha sua capacidade de juízo crítico restabelecido para uma tomada de decisão.

Os conceitos que governam nosso pensamento não são meras questões do intelecto. Eles governam também a nossa atividade cotidiana até nos detalhes mais triviais. Eles estruturam o que percebemos, a maneira como nos comportamos no mundo e o modo como nos relacionamos com outras pessoas. Tal sistema conceptual desempenha, portanto, um papel central na definição da nossa realidade cotidiana. Se estivermos certos, ao sugerir que esse sistema conceptual é em grande parte metafórico, então o modo como pensamos, o que experienciamos e o que fazemos todos os dias são uma questão de metáfora (LAKOFF; JOHNSON, 1979).

3.1 Definições de psicoterapia cognitiva

A psicoterapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck, reconhecido psicanalista e professor de psiquiatria da Universidade da Pensilvânia, na Filadélfia, no início da década de 60. Este importante autor propôs um modelo cognitivo da depressão, que evoluindo, resultou em um novo modelo de psicoterapia chamada de Psicoterapia Cognitiva.

Segundo Beck *et al.* (1997), a psicoterapia cognitiva é um modelo estruturado, objetivo, limitado no tempo, aplicável individualmente e em grupo. Este modelo de tratamento enfatiza um relacionamento terapêutico ativo e colaborador, no qual terapeuta e paciente trabalham juntos para identificar os processos cognitivos e comportamentais associados aos problemas, a fim de melhorar ou desenvolver suas habilidades.

O desenvolvimento da Terapia Cognitiva Contemporânea se deu a partir do trabalho de vários escritores anteriores como, por exemplo:

- George Kelly⁴ (1991 *apud* BECK, 1997): desenvolveu um modelo de elaborações e crenças pessoais na mudança comportamental;
- Albert Ellis (1962): desenvolveu seu trabalho pautado na terapia racional-emotiva (RET) e também proporcionou apoio aos princípios da terapia cognitiva, dando ímpeto ao desenvolvimento da Terapia Cognitivo-Comportamental.

Segundo Sabino e Cazenave (2005), o trabalho do terapeuta cognitivo é obter o conteúdo específico das cognições e/ou crenças dos pacientes. E eles são ensinados a obter e relatar em detalhes suas cognições disfuncionais, inclusive o momento em que elas ocorrem e seu impacto sobre os seus sentimentos.

A personalidade na Terapia Cognitiva é formada por valores centrais ou crenças muito íntimas que se desenvolvem bem cedo na vida do indivíduo, como resultado de fatores presentes no seu ambiente. Os problemas psicológicos na Terapia Cognitiva são percebidos como tendo sua origem em processos corriqueiros (por exemplo: aprendizagem defeituosa). Esquemas ou padrões de pensamento são excessivamente rígidos e absolutos baseados em suposições erradas; determinam como as experiências serão percebidas e conceituadas; são empregados mesmo na ausência de dados ambientais; e podem servir como um tipo de mecanismo de transformação que conforma os dados que chegam para adaptar e reforçar idéias preconcebidas se for citação literal acrescentar aspas e o número da página.

A intervenção da Terapia Cognitiva é baseada na realidade e aceita a situação de vida dos indivíduos centralizando na alteração apenas das visões tendenciosas de si próprios, de sua situação e dos recursos empobrecidos que limitam seus repertórios de resposta e os impedem de gerar soluções.

A Prática da Terapia Cognitiva é de desenvolver uma aproximação com o cliente, promover uma estrutura racional e efetiva, empregar o processo de colaboração (ajuda o terapeuta e o cliente a desenvolver uma lista de problemas específicos que devem ser tratados), reduzir o foco na terapia e, em colaboração com o cliente,

⁴ KELLY, George A. **The psychology of personal constructs**. New York: Norton, 1991.

desenvolver uma agenda para as sessões posteriores, bem como discutir acontecimentos e atribuições anteriores, juntamente com qualquer dificuldade encontrada pelo cliente. Cabe também fornecer ao cliente informações sobre a sua avaliação do que aprendeu nessa sessão.

Existem mitos sobre a Psicoterapia Cognitiva, por exemplo, que ela é simplista, funciona apenas pelo poder do pensamento positivo, promove uma abordagem de um modelo paliativo ou superficial à psicoterapia. O objetivo da Psicoterapia Cognitiva, não é tanto o que existia, mas sim o que existe e o que mantém o comportamento disfuncional. Seus benefícios são a utilidade do modelo na conceituação dos problemas do paciente na estrutura cognitivo-comportamental e as estratégias auxiliares utilizadas quando necessário para a geração dessa estrutura.

3.2 Estudo de caso clínico

3.2.1 Identificação do paciente

Nome: K.C.A.

Idade: 25 anos

Gênero: Feminino

Profissão: Geógrafa

Estado civil: Solteira

Grau de escolaridade: 3º grau

3.2.2 Queixa principal

Dependência química de crack.

3.2.3 Outras informações relevantes

Paciente advinda de um tratamento com duração de seis meses em uma comunidade terapêutica para dependência química. Este tratamento tem a duração de nove meses, mas a paciente foi expulsa por transgredir as normas da comunidade.

3.2.4 Histórico familiar

O seu pai era alcoólatra e saiu de casa quando ela tinha três anos. Atualmente tem pouco contato com ele. Culpa a mãe por não ter se imposto quando o pai saiu de casa e por não tê-lo acompanhado.

Acredita que, se a família tivesse sido mantida unida, então ela teria uma boa relação com o pai até hoje.

Avô materno assumiu a guarda dela e da irmã mais nova, sempre teve uma ligação muito forte com este avô, que afirma a ter criado com todo esmero.

Teve pouca relação afetiva com a avó materna.

Refere-se à mãe como uma pessoa sempre submissa, ausente, depressiva e alcoólatra. Não conseguem estabelecer uma boa relação, pois a mãe está sempre ansiosa com todos os seus comportamentos, acreditando que sempre a levarão às drogas novamente.

Tem boa relação com a irmã que, atualmente, está grávida.

Apresenta vários conflitos familiares, pois não aceita a insegurança da mãe.

3.2.5 Histórico profissional

Sempre se destacou na escola e na faculdade, era monitora de laboratório de geologia. É formada em geografia, tem muita facilidade de atuar como educadora. Atualmente faz acompanhamento pedagógico, dá aulas particulares, participa de uma Organização Não Governamental (ONG) e está envolvida na mobilização e construção de projetos sociais. Retornou a elaboração de seu mestrado que estava suspenso pela internação na comunidade terapêutica citada.

3.2.6 Histórico da infância

Segundo relato da paciente, a infância ocorreu sem maiores problemas, tanto na família como na escola, pouco relacionamento com o pai. Sempre se destacou em relação ao restante da turma. Gostava de andar com meninos, pois os achava mais interessantes e inteligentes. Sempre queria ser a primeira em tudo, não sabia

perder, a mãe a levou a um psicólogo por orientação da coordenadora da escola. Aos 10 anos teve problemas de socialização com vários alunos, sofreu azaques homossexuais.

3.2.7 Histórico sócio afetivo

Teve um envolvimento com um menino aos 11 anos e não foi feliz. Aos 13 anos teve seu primeiro relacionamento homossexual com uma menina de 18 anos. Aos 14 ingressou em um time de futebol e todo o universo homossexual se abriu para ela, ficou deslumbrada e começou a ter casos paralelos. Aos 15 seduziu uma mulher de 36 anos, amiga da mãe e ficou seis meses envolvida neste relacionamento, que terminou na polícia, pois a mãe não aceitava este relacionamento. Teve sua primeira relação sexual com um homem aos 17 anos, sendo que este até hoje é um amigo.

Aos 17 anos conheceu e se apaixonou pelo atual namorado, mas continua sempre tendo casos em paralelo com homens e mulheres. Este namorado é quem a iniciou ao uso pesado de drogas.

Aos 20 anos conheceu e teve um relacionamento com uma mulher que a encanta até hoje. Tem desejo de restabelecer este relacionamento.

3.2.8 Histórico da dependência química

Começou a fumar aos 10 anos, a ingerir bebidas alcoólicas e fumar maconha aos 12 anos. Aos 17 anos, quando começou o relacionamento com o atual namorado, iniciou o uso de drogas pesadas: cocaína, LSD, ecstasy e aos 19 já era usuária de crack. Ficava dias sem dormir. Foi internada com uma pneumonia que quase a matou. Para sustentar o uso de tanta droga se envolveu com o tráfico.

Com o acesso constante ao crack, relata que fumava compulsivamente por dias e dias sem parar e com isso perdeu o emprego, separou do namorado e foi parar na “Pedreira Prado Lopes” (região de Belo Horizonte, conhecida por ser local frequentado pelos usuários de crack e outras drogas) onde passava de quatro a cinco dias morando dentro da favela. Estava “ficando doida” de tanta droga, daí decidiu se internar na comunidade terapêutica para um tratamento de nove meses. Aos seis meses de tratamento foi expulsa por transgredir as regras de conduta

dentro comunidade terapêutica. Quando saiu, voltou a usar esporadicamente o crack, pois o namorado continua a usar a droga, porém procurou grupos de ajuda, momento em que começamos a psicoterapia cognitiva comportamental.

Atualmente bebe e fuma maconha em ocasiões sociais com amigos, mas segundo ela, não “extrapola” para usar drogas mais pesadas.

3.2.9 Lista de problemas

1. Personalidade desafiadora, polêmica, sedutora, burla e descumpre regras;
2. tem dificuldades em seus relacionamentos afetivos, acreditando que nunca amou e nem foi amada por ninguém;
3. a remuneração do seu trabalho é um gatilho para comprar drogas;
4. acha a vida sem graça sem as drogas. Mas quer um novo sentido para a vida;
5. o seu contexto social está relacionado a drogas (lícitas e ilícitas).

3.2.10 Diagnóstico

Conforme a Classificação Internacional de Doenças, Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos da CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1992), verifica-se os diagnósticos F19 – *Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas* – com provável comorbidade a ser avaliada após um período importante de abstinência das substâncias.

3.2.11 Conceitualização cognitiva

Dados relevantes da história:

- - Pai alcoolista
- - Vínculos afetivos primários inseguros
- - Mãe apresenta transtornos psiquiátricos (depressão e ansiedade)
- - Apresentou dificuldades emocionais desde a infância
- - Uso de substâncias psicoativas a partir da adolescência

Tabela 2: Tríade cognitiva.

Tríade cognitiva		
Visão de si	Visão de mundo	Visão de futuro
“Eu não sou amada”.	“O mundo poderia ser melhor, se as pessoas se entendessem mais” O mundo não me entende. O mundo sem as drogas não é interessante.	“Futuro é assustador”
Crença Central		
DESAMOR		
Crença Intermediária		
<p>“Se eu usar drogas, então serei aceita nos meus grupos sociais”, que são os que me aceitam. Eu sou como eles?.”</p> <p>“Se eu usar drogas, terei o prazer que desejo”</p> <p>“Se eu usar drogas, não preciso dar um sentido à minha existência”</p> <p>“Se eu for diferente (contra as regras) então me vingarei do mundo que não me aprova e não me aceita</p> <p>Se eu usar a droga, então não sentirei o desamor</p>		
Estratégias Compensatórias		
<p>Usar drogas como forma de obter o prazer que não tem na vida.</p> <p>Usar drogas como maneira de evitar as frustrações que poderia ter se tentasse conquistar as coisas que quer.</p> <p>Se relacionar com usuários de drogas como forma de obter aprovação e afeto e se rebelar contra a sociedade</p>		
Objetivos na Psicoterapia		
<p>Trabalhar a motivação para manter a abstinência do uso das drogas;</p> <p>Evitar recaídas;</p> <p>Reconhecer os ganhos da abstinência e os danos do uso de drogas;</p> <p>Desenvolver estratégias de enfrentamento dos obstáculos para a manutenção da abstinência;</p> <p>Desenvolvimento de novas habilidades sociais que facilitem a vida social.</p>		

Fonte: Andretta e Oliveira (2011, p.165).

3.2.12 Potencialidade e recursos

Grande capacidade intelectual, e uma rede paralela de amigos que favorecem a sua reinserção social e profissional. Tem as funções cognitivas aparentemente preservadas e tem se mostrado motivada para o tratamento terapêutico, uma evidência é que já consegue apontar todos os ganhos que obtém sem o uso da substância química.

3.2.13 Hipótese de trabalho

A identificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais em relação a si mesmo, ao mundo, às drogas e à dependência química pode favorecer um processo de ressignificação destes elementos que possibilite uma vida sem uso de drogas. Tal ressignificação seria evidenciada em alterações na expressão linguística da paciente.

3.2.14 Plano de tratamento

1. Apresentação de uma Proposta psicoterapêutica composta por 12 sessões semanais de psicoterapia cognitiva comportamental, uma vez que a paciente tem boa motivação e adesão ao tratamento. Neste momento, foi proposta a abstinência total de substância química à paciente durante o tratamento.
2. Foi realizada a Psicoeducação sobre o método da Psicoterapia Cognitiva, esclarecendo o que são as distorções cognitivas, os pensamentos automáticos e as crenças, entre elas a de desamor.
3. O Questionamento Socrático foi utilizado com o objetivo de favorecer a reavaliação de seus pensamentos automáticos distorcidos
4. A Entrevista Motivacional com ênfase na ambivalência, “por que mudar?”
5. Realização de tarefas que poderiam resultar em reorganização da vida financeira, acadêmica e familiar;
6. Redefinição do papel do afeto e do namoro por meio de explicitação de esquemas e ressignificação de crenças, aumentando o campo de possibilidades existenciais.
7. Avaliação da Motivação para Mudança por meio de um questionário que foi sendo discutido durante as sessões.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho, foram coletados dados por meio de um estudo de caso de uma usuária de drogas, proveniente de tratamento de uma comunidade terapêutica para dependentes químicos.

O estudo de Caso é uma forma diferenciada de investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e seu contexto de vida real. É um método de pesquisa que pode ser usado em diversas situações com o objetivo de auxiliar no entendimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros. O método de Estudo de Caso permite a compreensão dos fenômenos sociais complexos e também possibilita ao investigador reter as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, conforme Yin (2010).

O estudo de caso em questão envolveu doze sessões de psicoterapia cognitiva individual, onde foram trabalhados as crenças e pensamentos da paciente por meio de processos motivacionais com a aplicação de instrumentos provenientes da Entrevista Motivacional, focada na “Roda da Mudança”, com a intenção de promover a aprendizagem de habilidades, estratégias de enfrentamento e manejo das situações de risco para proporcionar modificações no estilo de vida da paciente. A paciente chegou a este atendimento psicoterápico, proveniente de uma comunidade terapêutica para tratamento de dependentes químicos, e se propôs a participar deste estudo de caso.

Ainda nesta pesquisa, de cunho exploratório, realizou-se um levantamento bibliográfico de trabalhos científicos relacionadas ao tema, no período de 2008 a 2012 considerando-se as palavras-chave: dependência química, motivação, adição.

Estudou-se os aspectos da Roda da Mudança (PROCHASKA; DI CLEMENTE, 1983) com ênfase na fase da Ponderação, pois neste estágio, o paciente entra em um período caracterizado pela ambivalência. O conflito da ambivalência envolve a metáfora da gangorra ou de uma balança (JANIS; MANN, 1977). A pessoa experimenta motivações rivalizantes, porque existem tanto os benefícios como os custos associados a ambos os lados do conflito. Esse estágio é normal e característico da mudança. “Inclinar a balança – evocar as razões para a mudança,

os riscos de não mudar, fortalecer a auto-suficiência do paciente para a mudança do comportamento atual” (MILLER; ROLLNICCK, 2001).

4.1 Características da participante e contextualização social

Participou desse estudo uma jovem de 25 anos atendida no consultório. Esta jovem é usuária de drogas e no mês de abril de 2011, se internou em uma comunidade terapêutica para dependentes químicos fazendo o tratamento por cinco meses, quando o tratamento normal seria de nove meses. Ela foi expulsa da comunidade, por indisciplina. Nesta comunidade, durante os cinco meses de internação foram desenvolvidas dinâmicas de grupo, aplicadas no tratamento da dependência química. A paciente se propôs a continuar o tratamento com atendimentos semanais, e a se manter em abstinência de drogas enquanto este estudo acontecesse.

4.1.1 Instrumentos utilizados na avaliação e acompanhamento psicológico

- a) Entrevista livre para dar continuidade ao tratamento iniciado na comunidade terapêutica, e estabelecer novas propostas de um trabalho individual e para se iniciar uma aliança terapêutica com a mesma em um contexto diferente daquele onde era atendida em grupoterapia cognitiva concomitantemente.
- b) Aplicação de modelos/estratégias cognitivos para elaborar os processos motivacionais da paciente.
- c) Preenchimento da Balança Decisória para refletir sobre as vantagens e desvantagens do consumo de substâncias, procurar perceber que os “aspectos positivos” do consumo de substâncias serão o alvo principal do tratamento no sentido de evitar recaídas. Verificar a motivação para o tratamento/abstinência. O quadro permite a separação destes fatores pelos quadrantes com tópicos relevantes a serem apontados pelo usuário. Segundo Andretta e Oliveira (2011, p. 394), os recursos da balança decisória, vão além de seu preenchimento. As atualizações em diferentes momentos do tratamento são propostas ao paciente para promover uma reestruturação cognitiva.

Tabela 3: Balança decisória.

	USAR	NÃO USAR
Vantagens		
Desvantagens		

Fonte: Figlie, Melo e Payá (2004, p. 93).

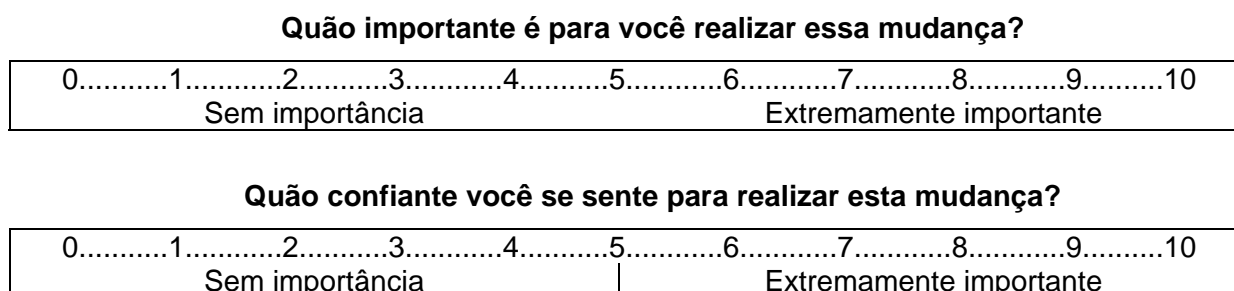
- d) Auto-Avaliação - Possibilitar maior contato com os problemas acarretados pela dependência e os motivos para a mudança e perceber a relação entre a percepção dos problemas e a motivação para a mudança.

Tabela 4: Auto-avaliação: o quão motivado você está para mudar.

TEMA	PERGUNTAS REFLEXIVAS	PACIENTE
Reconhecimento do problema	Quais os problemas que você tem em relação ao uso de drogas?	
Preocupação	O que o preocupa com o uso de drogas?	
Intenção de mudar	Quais as vantagens de mudar?	
Auto-eficácia	Caso você decida mudar, o que o faz pensar que irá conseguir? (Quais os recursos que você tem?)	

Fonte: Figlie, Melo e Payá (2004, p. 80).

- d) Escalas de disposição para mudança de comportamento aditivo: Refletir sobre a importância da modificação de um hábito aditivo, bem como o grau de confiança pessoal para sua realização. Possibilitar maior clareza e comprometimento com o tratamento, e trabalhar as motivações e os recursos pessoais para alcançar os objetivos.

Figura 2: Escalas de disposição para mudança de comportamento aditivo.

Fonte: Figlie, Melo e Payá (2004, p. 92).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente iniciou seu tratamento na comunidade terapêutica, à princípio pela coerção da família, e por se sentir sem controle da vida pelo uso da droga. Permaneceu na comunidade por cinco meses e, quando saiu, começou a ser atendida individualmente, propondo-se a fazer parte deste estudo de caso. A proposta inicial seria de 12 sessões, nas quais iria ser tratada sua motivação a manter-se em abstinência das drogas, pois ela voltou a usá-las quando saiu da comunidade.

Durante as sessões pode-se observar as fases da “Roda da Mudança” conforme a literatura apresentada na seção 2. Verificou-se que as técnicas da Psicoterapia Cognitiva utilizadas com a paciente foram de grande importância, para que a mesma atingisse os níveis de motivação necessários para a tomada de decisão da abstinência das drogas.

Desta forma, na fase inicial da pré-ponderação, sempre foi negada por parte dela a necessidade do tratamento, não enxergando o problema do uso de drogas como um problema real. Isto, apesar de ter perdido o controle total de sua vida porque, segundo ela, estava ali por demanda da família.

No estágio seguinte, da ponderação, foram questionados os problemas do uso da droga e a sua ambivalência em mudar ou não, na medida em que havia rejeição por parte dela em se afastar do mundo “mágico” das drogas, porque o mundo real era muito desmotivante. Neste momento, foram avaliados todos os seus movimentos profissionais, que estariam comprometidos com o seu prosseguimento na dependência. Isto teve uma importância grande para ela, uma vez que toda a sua vida profissional estaria comprometida, inclusive os projetos sociais que são de grande interesse para ela.

Um contrato verbal, baseado na aliança terapêutica, foi estabelecido aqui para não se consumir drogas enquanto este estudo estivesse sendo feito, ao que ela concordou e cumpriu.

No próximo estágio da determinação, ela se direcionou para uma mudança efetiva, e se engajou em novos projetos profissionais. Foram propostas estratégias de

comportamentos em eventos sociais nos quais a oferta de drogas era constante e ela começou a participar e “por na balança que seria melhor não usar a droga.

A cada movimento sem drogas, era tratado na psicoterapia os ganhos da nova posição na vida. Sua relação afetiva com a mãe foi revista e o relacionamento entre elas deixou de ser agressivo e questionador, passando a ter uma maior compreensão por parte dela. O relacionamento afetivo também começou a ser reavaliado e ela se propõe a dar um novo sentido em sua relação com o amor. Sua sedução excessiva em todos os contextos, agora é questionada por ela, pois todos os relacionamentos que se estabelecem a partir desta sedução só a satisfazem momentaneamente, e são motivo de grandes frustrações e problemas. Portanto, ter um domínio sobre sua sedução excessiva a conduz a novas propostas de relacionamentos de maior qualidade afetiva. Ela consegue se inserir profissionalmente e passa a ter ganhos financeiros com suas atuações profissionais. Sua relação com o dinheiro adquirido dos seus trabalhos, não gera mais ansiedade para comprar drogas, ou seja, não são mais gatilhos. Ela se propõe a empregar seus ganhos em aquisições materiais sempre desejadas, que não existiam antes, enquanto usuária de drogas. Existe uma grande motivação para elaboração de novos projetos sociais.

Todas estas propostas com relação a sua nova posição na vida afetiva, familiar e profissional foram reforçadores para os próximos movimentos. Novas ações, como participar de grupos de ajuda, voltar a estudar, concluir a monografia, participar de eventos sociais, e começar a se enxergar como uma dependente em tratamento, a fizeram mais segura em sua decisão.

A motivação para mudança, neste caso, foi trabalhar a ambivalência, mostrar de maneira clara e objetiva, como os pensamentos e comportamentos disfuncionais com relação às drogas, levariam a um lado da balança ilusório. Foram aplicados os modelos da "Avaliação da Motivação para a Mudança" (KNAPP; BERTOLOTE, 1994, p. 17) onde era discutido, a cada sessão, todo o seu envolvimento com as drogas. Neste modelo é avaliado o seu comportamento perante as situações sociais, familiares e profissionais diárias na qual a droga estaria presente para, a partir deste levantamento, fazer um balanço de todo o seu envolvimento com as drogas.

A partir desta nova possibilidade de lidar com as emoções negativas, foi sendo elaborado um novo projeto de vida, com a capacidade de lidar com o tratamento como uma forma de enfrentar as situações de risco, criando estratégias sinalizadoras com os quais ela poderia se deparar. Na solução da ambivalência, a paciente concluiu que a sua vida profissional tem maior relevância do o uso das drogas. Isto foi um fator motivacional importante para sua abstinência.

No final deste estudo, a paciente apresenta um *feedback* por meio de um recurso literário no qual podemos observar sua passagem pelas fases da mudança descritas no trabalho. Optamos por apresentar o texto pela sua representatividade metafórica.

A LAGARTA E A BORBOLETA

(por K.C.A.)

Era uma vez, uma lagartinha solitária e esquelada que tortuosamente seguia seu renitente caminho sem cessar. Ela, em sua restrita capacidade de entender o mundo e seu destino, perguntava ao infinito porque entre todas as criaturas hábeis, lépidas, inteligentes, prodigiosas e graciosas da natureza ela teria que acumular tantos entraves para possuir uma existência esplendorosa.

Assim, a passos bem lentos e contumazes ela ia perseguindo o que mais lhe dava prazer em sua pobre vida rastejante: degustar apetitosas e entorpecedoras folhas de lírio. Neste hábito ela gastou grande parte de sua existência como se isto não só suprisse suas necessidades orgânicas, mas lhe preenchesse um vazio inconsolável que nem mesmo ela conseguia interpretar.

Certo dia, estava em sua cotidiana peregrinação rumo a sua satisfação oral e psicodélica, quando avistou uma pequenina borboleta, já havia visto em sua existência diversas borboletas e além dos lírios, eram aqueles seres voadores surpreendentemente os únicos capazes de encantar e iluminar seus olhos de tal forma, que quando as viam era como se aquelas criaturas quisessem lhe dizer algo muito profético, somente isto a fazia parar, numa admiração tal, como se nada mais ao redor tivesse sentido.

Esta súbita e misteriosa borboleta possuía algo que a fazia diferente de todas as outras, ela não era a mais bela, nem a esteticamente mais suntuosa, pelo contrário era bem simples em suas formas, mas detinha um brilho que ofuscava muitos olhares e egos, com uma energia tão excêntrica e poderosa que fazia com que cada ato seu, fossem parecidas ao pronunciar maestral das palavras bem ditas – aliás, quem são as palavras...

Contudo, o que a tornava realmente especial para a nossa incompreendida lagartinha, foi a prestimosa atitude de querer saber de sua rastejante vida, dizia que queria entender como era o olhar dos seres terrestres, dos que viam a vida sob um prisma linear – ardilosa borboletinha, até parece que se esquecerá de suas raízes-, mal sabia a lagartinha que neste desprezioso encontro oferecido pelo destino guardava muita intenção para responder a suas lamúrias existenciais.

Então, a borboleta e a lagarta começaram a construir uma bela história juntas, num mútuo aprendizado, onde o principal da relação das duas era entender a vida e seu sentido.. Não mais a lagarta se sentiu tão só e vazia. A borboleta provocava a lagarta incessantemente como a fazê-la encontrar as respostas a suas perguntas dentro dela mesma, assim como o preenchimento de seu vazio interior.

A lagarta começou a sentir uma mudança dentro de si e uma pulsão de vida que jamais tinha experimentado, sentia-se mais forte, mais segura e alimentada por um pressentimento de que algo muito bom estava por vir.

Cheia de força e de poder de criação começou a brotar de seu corpinho uma espécie de mel branco que secava logo que entrava em contato com o ar, a borboleta sabendo da real função daquele fluido, decidirá revelar a lagarta o que em breve lhe aconteceria... contando-a sobre sua experiência metamorfoseante.

A lagarta mal pode se conter em suas dezenas de perninhas que tão logo se transformariam em belas asas...

Emocionadas, cada uma foi tomar posse da função que a vida as designou...

Diante do exposto neste trabalho, conclui-se que a associação da Entrevista Motivacional, com o foco na Roda da Mudança e as técnicas preconizadas pela Psicoterapia Cognitiva foram eficazes no tratamento da dependência química.

Por se tratar de um estudo de caso não há evidências que se pode generalizar este estudo. Portanto sugere-se a realização de pesquisas semelhantes, com uma amostra significativa de pacientes dependentes químicos.

REFERÊNCIAS

- ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva (Orgs.). **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 2011. 680p.
- ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 45-54, jan.-mar. 2008.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV-TR**. Trad. Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ATKINSON, Rita L. *et al.* **Introdução à Psicologia de Hilgard**. 13. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F., EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); IME USP (Orgs.); DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira, STEMPLIUK, Vladimir de Andrade; BARROSO, Lúcia Pereira. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD, 2009. 364 p.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); CEBRID. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. Brasília: SENAD, 2005.
- EDWARDS, G.; DARE, C. **Psicoterapia e tratamento de adições**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.
- ELLIS, Albert. **Reação e emoção em psicoterapia**. Trad. Cália M. P. de Miranda. Rio de Janeiro: Artenova, 1962.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, S.; LARANJEIRA, Ronaldo R. **Aconselhamento em Dependência Química**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2010. 675p.
- FIGLIE, Neliana Buzi; MELO, Denise G.; PAYÁ Roberto. **Dinâmicas de grupo aplicadas no tratamento da dependência química: manual teórico e prático**. São Paulo: Roca, 2004. 293p
- FREUD, Sigmund. **Edição Standard Brasileira das obras Psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1.

FREUD, Sigmund. **Projeto para uma psicologia científica**. Trad. sob a direção de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 1).

JANIS, Irving L.; MANN, Leon. **Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment**. New York: Free Press, 1977. 488p.

KNAPP, Paulo; BERTOLOTE, J. M. *et al.* **Prevenção da recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KOLB, B.; WHISHAW, I. Q. **Neurociências do comportamento**. São Paulo: Manole, 2002.

LAKOFF, George; JOHNSON, Mark. **Metaphors we live by**. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

LARANJEIRA, Ronaldo; NICASTRI, Sérgio. Abuso e Dependência de Álcool e Drogas. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. **Manual de psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

MARLATT, A. G.; GORDON, J. R. **Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

MARLATT, G. A.; WITKIEWITZ, K. Problemas com álcool e drogas. In: MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. **Prevenção de recaída**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 15-50.

MILLER, W. R.; ROLLNICCK, S. **Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed; 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (Centro Brasileiro de Classificação de Doenças) - CBCD/Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10: Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamentos**. São Paulo: Edusp, 1992

PROCHASKA, James O.; DI CLEMENTE, Carlo C. Stages and processes of self changes in smoking: towards an integrative, e model of change. **J Consult Clin Psychol.**, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

ROBINSON, T. E.; BERRIDGE, K. C. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*. **Brain Res Brain Res Rev.**, v. 18, n. 3, p. 247-91, Sep.-Dec. 1993.

SABINO, Nathalí Di Martino; CAZENAVE, Sílvia de Oliveira Santos. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 22, n. 2, jun. 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.