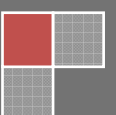


2017

# Intervenção em grupo com jovens consumidores de canábis

Cannabis Youth Treatment – Series 1 & 2

CDT Porto | DICAD – ARS Norte, IP



## **Ficha Técnica:**

**Título:** Intervenção em grupo com jovens consumidores de canábis

**Autores:**

Carla Magalhães Lopes, Cristina Reis (Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência do Porto)

Inês Abraão, Lúcia Leça Oliveira, Paula Carvalho (Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – ARS Norte, IP)

**Editor:**

**Morada:**

**Edição:**

**ISBN:**

Estes materiais foram adaptados a partir de *Cannabis Youth Treatment Series Volume 1: Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions*. SMA05-4010, 2001 e *Cannabis Youth Treatment Series Volume 2: The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users*. SMA02-3659, 2002, originalmente publicados pela Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), U.S. Department of Health and Human Services (HHS), 2001 e 2002. Esta adaptação dos materiais SAMHSA não constitui nem implica aval ou recomendação dos mesmos pela SAMHSA, HHS ou pelo Governo dos EUA.

NOTA PRÉVIA.....	1
ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTAÇÃO.....	4
Consumo de canábis.....	4
Dependência de canábis.....	5
Efeitos do consumo de canábis – evidência científica .....	7
ESTUDO ORIGINAL - CONDIÇÕES DE IMPLEMENTAÇÃO.....	12
Metas e objetivos .....	12
Visão geral do estudo .....	12
População-alvo e equipa de intervenção .....	14
Critérios de inclusão e de exclusão .....	14
Nível de cuidados e contextos de intervenção.....	15
Equipa técnica .....	15
Procedimentos de certificação e de formação da equipa.....	16
Procedimentos de supervisão e de monitorização .....	17
BASES TEÓRICAS DA INTERVENÇÃO MOTIVACIONAL E DA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL.....	17
Racional para a intervenção breve .....	18
Bases da intervenção motivacional .....	18
Racional para a terapia cognitivo-comportamental.....	20
Racional para a terapia de grupo .....	21
TERAPIA MOTIVACIONAL .....	23
Conceitos chave.....	23
Ambivalência .....	23
Escuta reflexiva.....	24
Questões abertas.....	25
As cinco estratégias da entrevista motivacional .....	25
Estratégia 1: Expressar empatia e aceitação .....	26
Estratégia 2: Desenvolver a discrepância .....	26
Estratégia 3: Evitar a argumentação .....	28
Estratégia 4: Lidar com a resistência .....	28
Estratégia 5: Promover a autoeficácia.....	29
Abstinência e recaída .....	30

O objetivo da abstinência .....	30
Aprender com um lapso ou recaída .....	32
Rede de suporte .....	32
Preparação para as sessões individuais.....	33
Visão global das duas sessões iniciais.....	33
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL .....	34
Aplicações anteriores da terapia cognitivo-comportamental a outras populações .....	34
Visão geral do modelo de intervenção.....	36
Objetivos da intervenção.....	36
Pressupostos teóricos.....	37
Modelo de tratamento .....	39
Conceitos chave da terapia cognitivo-comportamental .....	41
Resolução de problemas .....	41
Gestão dos afetos .....	41
Competências de comunicação.....	42
Prevenção da recaída .....	42
Transição das sessões individuais para as sessões de grupo .....	43
ASPETOS COMUNS AO TRATAMENTO.....	45
Ajustar o tratamento ao cliente .....	45
Perturbações de externalização versus internalização .....	45
Severidade do consumo e sintomas de abstinência .....	46
Funcionamento cognitivo .....	47
Fatores culturais .....	48
Adesão ao tratamento.....	48
Lapsos e recaídas.....	48
Jovens que chegam sob influência substâncias .....	49
Faltas às sessões .....	50
Atrasos.....	51
Questões clínicas .....	51
Ameaças à sua integridade ou de outros .....	51
Agravamento da situação clínica.....	52
Gestão da participação no grupo .....	53
Relação preexistente entre dois participantes.....	53

Crises externas.....	53
Comportamentos disruptivos nas sessões de grupo.....	53
Quebra da confidencialidade pelos elementos do grupo .....	54
Pedidos de atenção individualizada fora das sessões de grupo.....	55
Participantes monopolizadores/inativos.....	55
Questões administrativas .....	60
Longos períodos de espera.....	60
Prevenir dificuldades .....	60
Questões éticas e legais relevantes.....	61
Admissão ao tratamento: aspetos legais .....	61
Dever de informar .....	61
Relatos de abuso .....	61
VISÃO GLOBAL DA INTERVENÇÃO .....	62
Protocolo de intervenção .....	62
Sequência da intervenção .....	63
Descrição de um caso .....	66
Componentes das sessões de grupo .....	69
Adesão ao manual .....	70
Breve revisão do progresso .....	70
Revisão do exercício de prática de vida real .....	71
Racional para as competências de <i>coping</i> .....	72
Exercícios de grupo.....	74
Folhetos e exercícios de prática de vida real.....	77
SESSÃO 1: Construção da motivação.....	78
SESSÃO 2: Definição de objetivos.....	86
SESSÃO 3: Competências de recusa de canábis .....	96
SESSÃO 4: Reforço da rede suporte social e promoção de atividades alternativas.....	107
SESSÃO 5: Resolução de problemas .....	115
SESSÃO 6: Preparação para situações de emergência e lidar com as recaídas.....	123
SESSÃO 7: Consciencialização da raiva .....	128
SESSÃO 8: Controlo da raiva .....	141
SESSÃO 9: Comunicação eficaz.....	148
SESSÃO 10: Lidar com OS IMPULSOS E o <i>craving</i> .....	157

SESSÃO 11: Controlar a depressão .....	166
SESSÃO 12: Lidar com os pensamentos sobre canábis .....	178
BIBLIOGRAFIA .....	188

## NOTA PRÉVIA

Este manual foi concebido para apoiar os profissionais na condução de intervenções breves, junto de adolescentes com perturbações causadas pelo uso de canábis e que apresentem condições para realizar tratamento ambulatorio. A intervenção consiste em doze sessões, combinando duas sessões individuais iniciais de Intervenção Motivacional (IM) e as restantes dez, realizadas em grupo, tendo como base a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Fornece, assim, uma abordagem cognitivo-comportamental estruturada que pode ser fielmente reproduzida e monitorizada.

O presente instrumento resulta da tradução e adaptação dos volumes 1<sup>1</sup> e 2<sup>2</sup> do “Cannabis Youth Treatment Series” (CYT), editados pelo U.S. Department of Health and Human Services – Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. Foram compilados os dois volumes destinados à intervenção com adolescentes consumidores de canábis num só documento, optando-se assim pela versão mais alargada com 12 sessões.

O desenho da intervenção original da SAMHSA (Dennis et al., 1998) consiste em 5 sessões (IM/TCC5) – Volume 1, um suplemento de 7 sessões (TCC7) – Volume 2 e intervenção familiar que consiste em 10 sessões (Family Support Network – FSN), das quais 6 de educação parental e 4 visitas domiciliárias. No estudo CYT estes três módulos estão ligados entre si em várias combinações de forma a construir intervenções diferentes quer na duração quer no âmbito de atuação. Inicialmente, o IM/TCC5 foi utilizado isoladamente como intervenção breve. Posteriormente, o TCC7 foi combinado com o anterior. Finalmente, o programa familiar foi adicionado aos dois módulos anteriores, produzindo uma intervenção combinada que inclui sessões individuais, sessões de grupo com adolescentes, grupos de educação parental e visitas domiciliárias terapêuticas. Foram também estudadas duas intervenções terapêuticas adicionais: abordagem de reforço comunitário para adolescentes (ACRA) e a terapia familiar multidimensional (MDFT).

Os capítulos sobre o consumo e os efeitos da canábis foram reformulados com base em estudos mais recentes e relativos a dados europeus e, mais especificamente, aos portugueses por considerarmos que se adequa melhor à realidade na qual será aplicado este instrumento.

---

<sup>1</sup> Sampl, S., & Kadden, R. (2001) *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 1*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD384

<sup>2</sup> Webb, C.; Scudder, M.; Kaminer, Y., and Kadden, R. (2002) *The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 2*. DHHS Pub. No. (SMA) 02-3659. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

A investigação tem fornecido evidência sobre a eficácia da intervenção combinada da intervenção motivacional e da terapia cognitivo-comportamental. As intervenções breves, baseadas nas técnicas da entrevista motivacional, têm mostrado aumentar as taxas de cessação do uso de canábis aos 3 meses e aos 8-12 meses (NCCMH, 2008, *cit in* WHO, 2016). Uma revisão recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) encontrou evidência a partir de amostras clínicas que suporta o uso de várias abordagens para o tratamento da dependência de canábis, incluindo combinações de estratégias de aumento de motivação (com terapia motivacional, terapia cognitivo-comportamental e gestão da contingência), em conjunto com intervenções familiares em adolescentes (WHO, 2015, *cit in* WHO, 2016).

Este trabalho surge da articulação entre a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e a Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) do Porto, que com a implementação da lei 30/2000 de 29/11<sup>3</sup> identifica e referencia junto dos serviços de saúde jovens consumidores de canábis com características e necessidades específicas. Trata-se de jovens com baixa perceção do risco e conseqüente baixa motivação para o tratamento, que de outra forma não recorreriam aos serviços e que com este programa poderão beneficiar de uma intervenção estruturada e limitada no tempo, num contexto de grupo, permitindo a identificação com os pares.

De acordo com os dados registados no Sistema de Informação Multidisciplinar (SIM) referentes às consultas realizadas pelas equipas da DICAD no Norte de Portugal, entre os anos 2010 a 2015, registou-se um aumento dos pedidos de primeira consulta relacionados com o consumo de canábis na ordem dos 117%. Assim, em 2015 registaram-se 981 utentes, correspondendo a 5,68% do total de ativos, enquanto em 2010, os utentes em consulta em que a canábis surgia como substância principal totalizavam 452, ou seja, 3,13% do total de ativos. De salientar que a maioria destes utentes têm entre 15 e 24 anos de idade (489), situando-se 26,5% entre os 15 e os 19 anos e 23,3% entre os 20 e os 24 anos.

No trabalho realizado pela Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT) do Porto, no ano de 2015, há a salientar que 72% dos indiciados que se apresentaram nesta CDT têm entre 16 e 29 anos de idade, sendo que destes, 420 têm idades compreendidas entre os 16 e os 18, 698 entre os 20 e os 24 e 400 entre os 25 e 29 anos de idade. Da totalidade destes jovens, 176 (11,6%) foram

---

<sup>3</sup> A lei 30/2000 de 29/11 define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica.



referenciados às consultas de Prevenção Indicada. Foram igualmente atendidos 22 menores de 16 anos de idade e respectivas famílias, dos quais 6 foram referenciados às consultas de Prevenção Indicada, tendo os restantes sido referenciados a outros serviços.

## ENQUADRAMENTO E FUNDAMENTAÇÃO

### Consumo de canábis

De acordo com o Relatório Europeu sobre Drogas – 2016 (OEDT, 2016), o consumo global de canábis mostra tendência de subida junto de algumas populações, sendo a substância ilícita mais consumida. A prevalência deste consumo é cinco vezes superior à das outras substâncias, atingindo sobretudo a população mais jovem (15-34 anos). Dentro da população europeia, 83,2 milhões de indivíduos entre os 15 e os 64 anos já consumiram canábis alguma vez ao longo da vida e, destes, 22,1 milhões fizeram um consumo recente (no último ano). Na faixa etária entre os 15 e os 34 anos, 16,6 milhões (13,3%) consumiram canábis no último ano, encontrando-se 9,6 milhões (16,4%) entre os 15 e os 24. Estima-se que 1% dos adultos europeus consomem diariamente ou quase diariamente canábis (consumiram em 20 dias ou mais no último mês). Destes, a faixa etária entre os 15 e os 34 anos representa cerca de 60% do conjunto dos consumidores diários/quase diários. A média de idade de início do consumo é de 16 anos e a de início de tratamento é de 26 anos. Atualmente, a maioria dos cidadãos europeus que iniciam tratamento fá-lo pelo consumo de canábis. Comparativamente ao ano de 2006, o número de utentes que iniciou tratamento pela primeira vez devido ao consumo desta substância aumentou de 45.000 para 69.000 em 2014.

Relativamente ao consumo de canábis em meio escolar, os dados de 2015 do European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD Group, 2016) revelam que a canábis é a droga ilícita mais consumida pela maioria dos jovens estudantes entre os 15 e os 16 anos. Os países europeus revelam diferenças entre si no que diz respeito ao consumo de canábis ao longo da vida, com valores que vão desde os 4% na Moldávia aos 37% na República Checa, situando-se a média nos 16%. Em Portugal, os dados deste estudo apontam que 15% dos estudantes já experimentaram esta substância e 8% consumiram-na nos últimos 30 dias. Em média, em Portugal, a frequência de uso nos últimos 12 meses é de 9 vezes, sendo que na Europa se situa entre as 8 e as 9 vezes/ano. Refira-se ainda que a nível global entre 1995 e 2015 se assiste a uma tendência de aumento da prevalência do consumo de canábis ao longo da vida de 11% para 17%, tendência que se verifica igualmente no consumo atual, passando de 4 para 7%.

O estudo “Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional” (Carapinha, L. & Calado, V., 2016) confirma igualmente a canábis como a

substância ilícita mais consumida pelos jovens. Os dados deste estudo referem que 29,3% dos jovens de 18 anos já experimentou canábis, 22,6% apresenta consumos recentes (últimos 12 meses) e 14,6% mantém consumo atual (últimos 30 dias).

Também os dados do III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012 (Balsa, C. et. col., 2014) indicam a canábis como a substância ilícita com maior prevalência de consumo, com uma taxa de 9,4% para o consumo ao longo da vida na população geral entre os 15 e os 74 anos; 2,7% no último ano; e, de 1,7% no último mês. A idade de início dos consumos varia entre os 9 e os 46 anos, sendo que a maior parte dos consumidores (79%) teve o primeiro contacto com a substância entre os 15 e os 20 anos. Relativamente aos estudos anteriores, verifica-se que a idade de início dos consumos aumentou dos 16 para os 18 anos de 2001 para 2007, mantendo-se os mesmos resultados em 2012. No que diz respeito à frequência, dos inquiridos que referem consumo de canábis no último ano, 21,3% consome diariamente, percentagem que sobe para os 30,7% entre o grupo que refere consumos nos últimos 30 dias.

Os consumidores de alto risco de canábis<sup>4</sup> são predominantemente do sexo masculino, sendo que cerca de 1/3 (34%) tem entre 15 e 24 anos. Quanto ao trajeto nos consumos, a experimentação da canábis ocorreu entre os 11 e os 25 anos, sendo que para 52% essa experiência ocorreu entre os 15 e os 17 anos. Também o consumo regular desta substância se iniciou entre os 15 e os 34 anos, com maior incidência (89%) entre os 15 e os 24 anos de idade. Embora 48% dos consumidores de alto risco de canábis se enquadrem na categoria de dependência, de acordo com o instrumento SDS (Severity of Dependence Scale), somente 8% procuraram algum tipo de ajuda ao longo da vida para a resolução do seu problema e nenhum destes pedidos ocorreu no último ano.

## Dependência de canábis

A dependência de canábis é um *cluster* que envolve fenómenos comportamentais, cognitivos e psicossociais que se desenvolvem após o consumo repetido. O diagnóstico de dependência requer 3 ou mais dos seguintes critérios, que tenham ocorrido no último ano:

- a) Um forte desejo ou compulsão para consumir a substância;

---

<sup>4</sup> “Consumo diário ou quase diário de canábis em pelo menos 1 dos últimos 12 meses (no caso dos inquéritos à população geral e escolar, aproximadamente o consumo em 20 dias ou mais nos 30 dias que precedem a entrevista); ou, diagnóstico médico de acordo com os critérios do DSM ou CID, como por exemplo abuso de canábis ou uso nocivo ou dependência de canábis nos últimos 12 meses”. (Carapinha, L. et al., 2015, pg.1)

- b) Dificuldades em controlar o comportamento de consumo da substância em relação ao ato de consumir, interrupção e padrão de consumo;
- c) Síndrome de abstinência perante a redução ou cessação do consumo da substância, designadamente: síndrome de abstinência característica da substância; uso da substância (ou outra relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar a síndrome de abstinência;
- d) Evidência de tolerância, com a necessidade de doses crescentes da substância para atingir os efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas;
- e) Uma negligência progressiva de interesses e atividades alternativas devido ao consumo da substância psicoativa, despendendo grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção e utilização da substância e recuperação dos seus efeitos;
- f) A utilização da substância é continuada apesar da existência de consequências danosas, tais como, danos no fígado devido ao excesso de consumo de álcool, estados depressivos devido a períodos de consumos pesados ou desajuste cognitivo relacionado com o consumo da substância; devem ser realizados esforços para determinar que o consumidor está, ou pode vir a estar, consciente da natureza e extensão do dano devido ao consumo (OMS, 1992).

O consumo abusivo de canábis é as perturbações mais comuns relacionadas com o consumo de drogas referidas num estudo epidemiológico na Austrália, Canadá e EUA (WHO, 2016).

Os seres humanos desenvolvem tolerância ao THC (Lichtman & Martin, 2005) e os consumidores que procuram ajuda para os problemas associados ao consumo de canábis, maioritariamente referem sintomas de abstinência, tais como, ansiedade, perturbações no apetite e depressão (Budney & Hughes, 2006). Estes sintomas apresentam severidade suficiente para provocar desajustes no funcionamento diário dos indivíduos (Allsop et al., 2012) e são marcadamente atenuados por doses de extrato de canábis via oral (Sativex) que contem THC (Allsop et al., 2014)

A dependência de canábis só por si não é um problema que se circunscreve aos consumidores “pesados”. Ao aumentar a duração de tempo de uso regular, a dependência pode igualmente aumentar o risco de problemas de saúde que poderão ocorrer décadas após o uso, tais como, doenças cardiovasculares e respiratórias e possíveis problemas oncológicos.

A mortalidade dos consumidores com dependência de canábis é igualmente alvo de preocupação. Num estudo, realizado na Califórnia, foram seguidos, durante um período de 16 anos, 46.548 indivíduos hospitalizados entre 1990 e 2005, com diagnóstico de dependência de canábis e

abuso de canábis (CID 9). Do total da amostra de indivíduos com diagnóstico de perturbação pela utilização de canábis, foram identificadas 1809 mortes ao longo dos anos (Callaghan et al., 2012). Este é um risco quatro vezes superior quando comparado com o da população geral. As razões subjacentes para estes níveis elevados de mortalidade na amostra de consumidores são ainda desconhecidas.

### **Efeitos do consumo de canábis – evidência científica**

O risco de dependência tem sido estimado em 16% quando o uso de canábis se inicia na adolescência (Anthony, 2006 cit. in WHO, 2016) e sobe para 33 a 50% em consumidores diários de canábis (van der Pol et al., 2013 cit. in WHO, 2016). Os efeitos do uso precoce de canábis no circuito dopaminérgico poderia, para além dos fatores de risco ambientais, explicar o papel da canábis como uma “droga de entrada”, isto é, uma droga cujo início precoce aumenta o risco de uso posterior de outras drogas ilícitas (WHO, 2016).

Os estudos longitudinais realizados desde os anos 90 verificaram que o uso de canábis antes dos 15 anos prediz o abandono escolar precoce (e.g. Ellickson et al., 1998). Uma meta-análise de 3 estudos Australianos e Neozelandeses (Horwood et al., 2010) confirma este facto. Os estudos longitudinais têm igualmente demonstrado que a iniciação precoce dos consumidores “pesados” está associada a rendimentos mais baixos, baixa escolaridade, maior necessidade de apoios económicos, desemprego, e o uso de outras drogas (Fergusson et al., 2016; Fergusson & Boden, 2008; Brook et al., 2013).

É provável que os resultados escolares nos consumidores regulares de canábis se encontrem comprometidos por uma combinação de razões: um maior risco pré-existente de problemas educacionais naqueles que se tornam consumidores regulares de canábis, os efeitos adversos do consumo regular de canábis na aprendizagem escolar, maior afiliação dos consumidores de canábis com outros pares consumidores desta substância que rejeitam a escola, e o desejo forte dos consumidores mais jovens em efetivar a sua transição para a idade adulta abandonando a escola (Lynskey & Hall, 2000).

De acordo com o Relatório Europeu sobre Drogas de 2016, a concentração de tetra-hidrocanabinol (THC) nos derivados de canábis é atualmente das mais elevadas da última década, o que traz implicações ao nível de problemas de saúde agudos e crónicos para os seus consumidores. No último relatório da WHO (2016) é referido que este incremento de THC passou dos 3% para os 12-16% ou para valores mais elevados, com variações entre os diversos países. O THC, principal

componente psicoativo da *cannabis sativa*, atua em recetores específicos no cérebro, que respondem também aos canabinóides endógenos ou endocanabinoides, os quais regulam as ações dos neurotransmissores com um papel importante ao nível da cognição, emoção e memória (Cascio & Pertwee, 2012 cit. in WHO, 2016).

A evidência científica indica que o consumo abusivo e regular de canábis durante a adolescência está associado a consequências negativas mais severas e persistentes do que o seu uso na idade adulta. O cérebro adolescente parece estar mais vulnerável à canábis do que o cérebro adulto e o início precoce do abuso parece provocar uma disrupção na trajetória do desenvolvimento cerebral normal. Os consumidores regulares ou abusivos de canábis manifestam uma série de défices cognitivos, incluindo défices de atenção, aprendizagem e memória e uma incapacidade para encadear ideias e respostas. Estes défices são semelhantes nos adultos, mas nos adolescentes há uma maior probabilidade de persistirem, podendo apenas recuperar após longos períodos de abstinência (Fried, Watkinson & Gray, 2005 cit. in WHO, 2016). Alguns estudos referem mesmo que a manutenção da abstinência pode não permitir a recuperação da função cognitiva, se o uso foi iniciado durante a adolescência (Meier et al., 2012 cit. in WHO, 2016). O decréscimo na função cognitiva está, assim, relacionado com a precocidade do início dos consumos, envolvendo um maior comprometimento na área cognitiva, incluindo aprendizagem e memória, atenção e outras funções executivas (Pope et al., 2003; Gruber et al., 2012 cit. in WHO, 2016).

O efeito a curto prazo mais óbvio do consumo de canábis é a intoxicação, caracterizada por distúrbios no nível de consciência, cognição, perceção, emoção ou comportamento e outras funções e respostas psicofisiológicas. Alguns estudos referem também um aumento de comportamentos de risco e impulsividade (Crean, Crane e Mason, 2011 cit in WHO, 2016). O consumo de canábis está igualmente associado a desajustes graves na coordenação motora, o que traz implicações ao nível das competências de condução de veículos, aumentando o risco de acidentes quer de viação quer de trabalho. Uma minoria dos que consomem canábis pela primeira vez refere ansiedade, ataques de pânico, experiências alucinatórias e vômitos. Estes sintomas podem ser suficientemente angustiantes de modo a conduzir à procura de ajuda médica.

Alguns estudos apontam uma relação consistente dose-resposta entre o uso de canábis na adolescência e o risco de desenvolver sintomas psicóticos ou esquizofrenia. As alucinações podem ocorrer após o uso de doses muito elevadas de THC, e podem ocorrer com baixas doses no caso de indivíduos que evidenciem uma vulnerabilidade pré-existente para a psicose.

A associação entre o uso de canábis e a psicose ou a esquizofrenia tem sido reconhecida há mais de duas décadas, de diferentes formas:

- A canábis pode produzir um quadro transitório de sintomas semelhantes à esquizofrenia em indivíduos saudáveis;
- Nos indivíduos que já apresentam perturbação psicótica, a canábis pode exacerbar os sintomas, desencadeando uma recaída com consequências negativas sobre o curso da doença;
- Em indivíduos suscetíveis, o uso pesado de canábis, pode despoletar uma doença psicótica, que está associada com a idade de início do consumo, a concentração de THC e a frequência e duração de utilização;
- O uso de canábis pode antecipar a idade de início da esquizofrenia e é provável que seja uma "causa componente" que interage com outros fatores para precipitar a esquizofrenia ou uma perturbação psicótica, mas não é necessária nem suficiente para fazê-lo sozinho. Os sintomas da esquizofrenia aumentam com o uso e a concentração de THC na canábis. A magnitude dos sintomas está associada com a quantidade consumida e a frequência de uso (WHO, 2016).

O consumo de canábis tem sido referido como sendo mais comum em indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia (Myles, Myles & Large, 2015 *cit. in* WHO, 2016). O consumo regular de canábis com elevado teor de THC e baixa concentração de canabidiol (CBD) pode aumentar o risco de desenvolver esquizofrenia e reduzir a idade de início da doença (Di Forti et al., 2014, 2015 *cit. in* WHO, 2016).

Estudos realizados na Suécia (Zammit et al., 2002 *cit. in* WHO, 2016), na Holanda (van Os et al., 2002 *cit. in* WHO, 2016), Alemanha (Henquet et al., 2004 *cit. in* WHO, 2016) e Nova Zelândia (Arseneault et al., 2002; Fergusson, Horwood & Swain-Campbell, 2003; Stefanis et al., 2014 *cit. in* WHO, 2016) verificaram existir relação entre o consumo de canábis e perturbações psicóticas, ou sintomas psicóticos, e estas relações persistem após ajustamento estatístico das variáveis. Uma meta-análise destes estudos longitudinais (Moore et al., 2007 *cit. in* WHO, 2016) refere que os sintomas ou perturbações psicóticas são mais frequentes nos consumidores regulares do que nos que não consomem a substância (OR 2,09 [IC: 95%: 1,54, 2,84]).

Uma causalidade invertida nos resultados é uma explicação possível se os indivíduos com esquizofrenia utilizarem a canábis para aliviar os sintomas da doença. Esta possibilidade tem sido abordada nestes estudos longitudinais excluindo os indivíduos que referem sintomas psicóticos de base, ou através de ajuste estatístico, nos casos de sintomas psicóticos pré-existentes. Não obstante,

vários estudos demonstram que o consumo de canábis precede o desenvolvimento de psicoses (Andréasson et al., 1987; DiForti et al., 2009; Fergusson et al., 2003 *cit. in* WHO, 2016).

Uma segunda possibilidade é a hipótese de causa comum, isto é, a associação é explicada por outros fatores (e.g. risco genético, história de abuso na infância) que aumentam o risco dos jovens consumirem canábis e de desenvolverem esquizofrenia. Esta possibilidade tem sido referida nalguns estudos ao compararem a percentagem de esquizofrenia em pessoas que abusam de diferentes substâncias.

A evidência disponível aponta para um contributo modesto do papel consumo de canábis para o aparecimento da esquizofrenia. Existe uma relação consistente dose-resposta em vários estudos prospetivos entre consumo de canábis na adolescência e o risco de desenvolver sintomas psicóticos e esquizofrenia. A automedicação é pouco provável e a relação causal é biologicamente plausível (ver Evins, in Haney & Evins, 2016 *cit. in* WHO, 2016).

Vários estudos e inquéritos no âmbito da saúde mental têm constatado a elevada prevalência de comorbilidade entre consumos de canábis e depressão. Indivíduos com perturbação de consumo de canábis exibem percentagens mais elevadas de perturbações depressivas (Swift, Hall & Teesson, 2001 *cit. in* WHO, 2016). Em estudos longitudinais, a relação entre consumos regulares de canábis e depressão é mais fraca do que a existente entre canábis e psicoses (Degenhardt & Hall, 2012; Manrique-Garcia et al., 2012; Fergusson & Horwood, 1997 *cit. in* WHO, 2016).

Indivíduos com perturbação de consumo de canábis evidenciam igualmente níveis mais elevados de ansiedade e de perturbações de comportamento, do comportamento alimentar e da personalidade (Goodman & George, 2015 *cit. in* WHO, 2016). Permanece ainda por apurar em que medida estas psicopatologias aumentam o risco de consumo de canábis (como é plausível para as perturbações de comportamento e de personalidade), ou se eventualmente são agravadas pelo consumo, e em que medida estas desordens partilham fatores de risco comuns à perturbação de consumo de canábis (Hall, Degenhardt & Teeson, 2009 *cit. in* WHO, 2016).

De uma forma geral, embora existam associações entre o consumo regular de canábis e a maioria das perturbações mentais, a causalidade não foi ainda clarificada.

Bagge & Borges em 2015 (*cit. in* WHO, 2016) realizaram um estudo com 363 sujeitos que efetuaram tentativas de suicídio e que foram tratados nas 24 horas posteriores, num hospital especializado, no estado do Mississippi, EUA. Os investigadores compararam as percentagens de consumo de canábis nas 24 horas prévias à tentativa de suicídio com as 24 horas do dia anterior à tentativa de suicídio. Verificaram que 10,2% dos indivíduos que efetuaram tentativa de suicídio consumiu canábis nas 24 horas prévias enquanto 13,2% consumiram na segunda condição.



O Drug Abuse Warning Network (DAWN – EUA) calculou as percentagens de consumidores de canábis entre os indivíduos que são conduzidos à urgência hospitalar – departamento de suicídio – em 2011 (SAMHSA, 2013 *cit. in* WHO, 2016). A canábis foi codificada como positiva se a equipa avaliasse como tendo sido a causa ou contributo para recorrerem ao serviço de urgência. Os resultados apontam para o facto de em 6,5% dos casos a canábis estar relacionada com a tentativa de suicídio, e em 46% das tentativas os sujeitos também tinham consumido álcool. Em 23% dos sujeitos com tentativas de suicídio relacionadas com drogas, 16,8% das avaliações toxicológicas apresentaram resultados positivos para a canábis, embora o consumo de canábis possa já ter ocorrido alguns dias antes. Em geral, 9,5% de todas as avaliações toxicológicas de morte por suicídio (Borges, Bagge & Orozco, 2016 *cit. in* WHO, 2016) demonstram estar presente a canábis. Existe uma evidência preliminar de elevada deteção de canábis entre mortes por suicídio que não envolvem *overdose* (CDC, 2006 *cit. in* WHO, 2016) e a presença mais elevada entre mortes por suicídio em homens sem *overdose* do que entre mulheres (Darke, Duflou & Torok, 2009 *cit. in* WHO, 2016; Shields et al., 2006 *cit. in* WHO, 2016). Outro estudo refere ainda que as vítimas de homicídio apresentam percentagens mais elevadas de canábis na altura da morte do que as vítimas de suicídio (Darke, Duflou & Torok, 2009; Sheehan et al., 2013 *cit. in* WHO, 2016).

Estudos longitudinais realizados nos EUA e noutros países verificaram existir uma associação entre o consumo de canábis e o suicídio em estudos de *follow up*. Nalguns estudos as associações variam em função da idade e da quantidade de canábis consumida (e.g. Newcomb, Vargas-Carmona & Galaif, 1999; Newcomb, Scheier & Bentler, 1993 *cit. in* WHO, 2016). Outros verificaram existir relação com ideação suicida mas não com tentativas de suicídio (Juon & Ersminger, 1997 *cit. in* WHO, 2016). Nalguns estudos sobressai que a associação persiste após controlo de variáveis parasitas (e.g. Bovasso, 2001; Borowsky, Ireland & Resnick, 2001; Clarke et al., 2014; Pedersen, 2008 *cit. in* WHO, 2016), enquanto noutros não permanecia a associação ou persistia somente nalguns subgrupos (e.g. Wilcox & Anthony, 2004; Zhang & Wu, 2014; Wichstrom, 2000 *cit. in* WHO, 2016).

## ESTUDO ORIGINAL - CONDIÇÕES DE IMPLEMENTAÇÃO

Os manuais originais foram desenvolvidos como uma intervenção breve, a ser testada em quatro locais de tratamento, dentro do estudo Cannabis Youth Treatment (CYT). A descrição que se segue ilustra o contexto em que foi desenvolvido.

### Metas e objetivos

O protocolo entre a Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), o Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) e o Cannabis Youth Treatment Cooperative Agreement, serviu para (1) testar a eficácia relativa e o custo-eficácia das diferentes intervenções orientadas para a redução ou eliminação do consumo de canábis e problemas associados em adolescentes e, (2) fornecer modelos validados dessas intervenções para o campo do tratamento. A população-alvo foram adolescentes com perturbações por consumos abusivos de canábis ou dependência, tal como definido pela Associação Americana de Psiquiatria (1994), que foi avaliada como reunindo critérios para o tratamento em regime ambulatorio.

### Visão geral do estudo

O estudo foi conduzido em colaboração com a equipa de Chestnut Health System (CHS-MC) em Bloomington e Madison County, Illinois, o Centro de Saúde da Universidade de Connecticut (UCHC) em Farmington, Connecticut, Operation Parental Awareness and Responsibility (PAR) em St. Petersburg, Florida e o Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), Pennsylvania. Envolveu cinco condições de tratamento com base em manuais, apoiadas por especialistas:

- IM/TCC5 – este é o tratamento de cinco sessões descrito no manual inicial. Compreende duas sessões individuais de intervenção motivacional (IM) e as restantes três sessões de terapia cognitivo-comportamental (TCC). As sessões de IM focam-se em fatores que motivam o jovem para a mudança. Nas sessões de TCC, os adolescentes aprendem as competências para lidarem com os problemas e satisfazerem as suas necessidades de formas que não envolvam o retorno ao consumo de canábis ou álcool.

- IM/TCC5 + TCC7 – esta intervenção é composta pelo tratamento IM/TCC5, combinado com 7 sessões de terapia cognitivo-comportamental suplementares, que abrangem os tópicos das competências adicionais de *coping*.
- FSN – A intervenção Family Support Network (FSN) consiste na intervenção combinada de IM5+TCC7 com um apoio adicional para famílias (visitas domiciliárias, reuniões de educação de pais, grupos de suporte de pais), *aftercare* e gestão de casos. Este tratamento utiliza uma abordagem intensiva focada na família com o objetivo de promover as competências parentais e aumentar a coesão familiar, a proximidade e o suporte parental. Todos os elementos do agregado familiar são convidados a participarem nas visitas domiciliárias.
- ACRA – o Adolescent Community Reinforcement Approach (ACRA) é composto por 12 sessões individuais com o adolescente e/ou os pais, cuidador ou outros significativos. O foco é na aprendizagem de competências alternativas para lidar com os problemas e atender às necessidades, com ênfase no meio envolvente do jovem. São realizados esforços concertados com vista à mudança de contingências ambientais – tanto positivas como negativas - relacionadas com o consumo da substância.
- MDFT – a Multidimensional Family Therapy (MDFT) é uma intervenção focada na família, a qual incluiu 12 sessões com frequência semanal para trabalhar individualmente com o adolescente e a família. AMDFT foca-se nos papéis familiares e outras áreas-problema e as suas interações.

Em cada local, aproximadamente 150 adolescentes, foram sistematicamente sujeitos a uma das condições. Todas as cinco condições foram replicadas num ou mais locais, com as condições de implementação da IM/TCC5 em todos os quatro locais. Todos os clientes foram avaliados no momento da admissão e aos 3, 6 e 9 meses. Para validar as respostas dos clientes, foram utilizados testes de urina e avaliações colaterais aquando da admissão e aos 3 e 6 meses.

O documento de conceção de investigação geral, redigido por Dennis e colaboradores, descreve a visão geral do plano de pesquisa em grande detalhe. Pode-se aceder ao *website* ([www.chestnut.org/CYT](http://www.chestnut.org/CYT)) para informação mais detalhada acerca do projeto do CYT.

## População-alvo e equipa de intervenção

### Critérios de inclusão e de exclusão

Esta intervenção foi concebida para o tratamento de adolescentes entre os 12 e os 18 anos de idade com problemas relacionados com o consumo de canábis, que:

- Preencham os critérios de abuso ou dependência;
- Apresentem problemas associados com o consumo de canábis (incluindo emocionais, físicos, legais, sociais ou académicos);
- Consumam canábis frequentemente (semanalmente ou mais), há pelo menos 3 meses.

Embora esta intervenção incluía sugestões para a resolução de problemas relacionados com o consumo de drogas, bem como de álcool, não é direcionada para a intervenção com adolescentes com dependência de policonsumos ou que apresentem consumos pesados de outras substâncias. No estudo do CYT, foram excluídos os adolescentes que beberam 45 ou mais vezes álcool nos 90 dias anteriores ou consumiram outras drogas em 13 ou mais dias no último trimestre.

Este modelo não deverá ser utilizado para o tratamento de adolescentes:

- Que exijam um nível de cuidado mais elevado do que é possível no tratamento ambulatorio;
- Com perturbação de ansiedade social severa o suficiente para evitar a participação nas sessões de grupo;
- Com uma perturbação de comportamento grave;
- Com uma perturbação psicológica aguda grave o suficiente para impedir uma plena participação no tratamento.

No estudo do CYT, esta abordagem foi implementado com sucesso junto de adolescentes com características demográficas mistas, tais como, raça, idade, grupo socioeconómico e género, bem como, de diferentes zonas geográficas. Na intervenção com adolescentes, os terapeutas devem ser sensíveis e estar conscientes das nuances culturais do grupo, de forma a fornecerem exemplos relevantes e a usarem uma linguagem acessível a todos.

Os adolescentes foram refenciados para a intervenção pelos pais, pelo sistema judicial, pela escola e pelos cuidados de saúde. A autorreferenciação foi pouco frequente.

## Nível de cuidados e contextos de intervenção

Esta intervenção adequou-se a diferentes contextos que fornecem tratamento ambulatorio, tais como, unidades de tratamento direcionados para o abuso de substâncias, clínicas de saúde mental, serviços de apoio a jovens e contextos de tratamento de abuso de substâncias e de intervenção em saúde mental privados. Também foram considerados adequados para a implementação do programa, centros comunitários ou outros contextos de saúde, desde que tivessem uma equipa treinada. Estes últimos contextos podem ser particularmente adequados para a intervenção precoce.

## Equipa técnica

Os terapeutas responsáveis pela implementação tiveram como requisitos:

- Formação específica para a prestação de serviços clínicos de saúde mental. Seria desejável que os profissionais tivessem um treino mais intensivo e supervisão para aquisição de competências;
- Terem pelo menos um ano de experiência de trabalho clínico com adolescentes;
- Terem também experiência nas seguintes áreas:
  - Intervenção em problemas relacionados com o abuso de substâncias;
  - Intervenções comportamentais e/ou cognitivas;
  - Intervenção com terapias manualizadas.

Nas duas primeiras semanas de tratamento, o terapeuta realizou duas sessões de terapia individual com cada participante. Nas semanas seguintes, o terapeuta conduziu uma sessão de grupo por semana. Para a intervenção em grupo recomendou-se um terapeuta para cada seis adolescentes, já que poderia ser necessário um tempo adicional de trabalho para atender a incidentes que pudessem ocorrer, para abordar questões pragmáticas, tais como, agendamentos e comunicações ou para fazer referências. É provável que cada grupo de adolescentes (com 6 elementos) ocupe aproximadamente 10 horas por semana do tempo de trabalho de um terapeuta. Recomendou-se, assim, que um profissional a tempo integral acompanhasse no máximo três grupos completos (ou 18 participantes), devido às exigências que envolvem a manutenção sob controlo e a gestão do processo de 18 adolescentes. Os grupos deveriam ter início numa base escalonada, e não em simultâneo. Desta forma, a grande exigência inicial do terapeuta em realizar duas sessões individuais com cada participante seria distribuída.

De referir que o estudo original contemplou a necessidade de outros profissionais para conduzir a avaliação inicial e para a elaboração dos relatórios de *feedback* personalizados. Durante a sessão de terapia de grupo, outros elementos da equipa deveriam estar disponíveis num espaço razoavelmente próximo da sala de grupo. Estes profissionais (que podem estar a realizar outros trabalhos) ajudariam a lidar com as emergências ou a supervisionar um adolescente a quem tenha sido pedido para abandonar a sessão de grupo por estar sob o efeito de drogas ou por exibir um comportamento disruptivo.

### **Procedimentos de certificação e de formação da equipa**

Os terapeutas deveriam receber entre 12 a 16 horas de formação de treino inicial em IM/TCC, dependendo das características do terapeuta e do projeto/instituição. Um treino mais longo foi indicado para formandos menos experientes e/ou terapeutas que necessitassem de orientação acerca do contexto em que a terapia seria implementada. Também foi indicado para terapeutas que o solicitassem ao nível das competências culturais.

A formação deveria ser ministrada por um clínico (ou grupo de clínicos) experiente em formação e supervisão e com treino em terapia motivacional e terapia cognitivo-comportamental direcionado para consumidores abusivos de substâncias. O formador deveria ainda ter pelo menos dois anos de experiência clínica com adolescentes e um conhecimento extenso acerca dos conteúdos do manual de tratamento. A formação incluiu uma variedade de formatos, tais como:

- Instruções do racional e procedimentos;
- Observação dos exemplos ao vivo e /ou em vídeo;
- Prática ativa com *feedback*.

Variando os formatos e incluindo suportes visuais atrativos, o formador teria maior probabilidade de manter os participantes envolvidos de uma forma ativa. De forma a aumentar o envolvimento e a clareza, o formador deveria encorajar os participantes a colocarem questões e a tecerem comentários.

Caso a terapia IM/TCC fosse utilizada num projeto de pesquisa clínica ou numa instituição com diferentes locais de intervenção, e tendo como objetivo manter a consistência e o reforço da coesão, foi recomendado que o treino inicial se centralizasse num local e sessão comuns. Desta forma, os terapeutas de cada local teriam um tronco comum de trabalho. Durante o treino centralizado, existe a oportunidade de ouvir comentários e questões dos terapeutas de outros locais e abordar uma ampla variedade de problemas que poderão ser colocados durante a implementação da intervenção. Outro benefício provável da formação centralizada é a possibilidade de gerar coesão

e entusiasmo, pelo que os terapeutas participantes podem experimentar o sentimento de fazerem parte de uma equipa mais alargada. O formador pode reforçar o sentimento de inclusão com comentários motivadores acerca da inclusão, bem como, incentivando os participantes a interagirem uns com os outros durante os exercícios práticos e os intervalos.

### **Procedimentos de supervisão e de monitorização**

No estudo original, o terapeuta deveria receber uma hora de supervisão por semana. Antes da certificação, esta supervisão deveria ser realizada num registo individual. Todas as sessões da terapia deveriam ser gravadas ou filmadas (com o consentimento do adolescente ou pais/representante legal) e todos os terapeutas necessitariam de demonstrar as suas competências no desenvolvimento da IM/TCC. Antes da certificação, o supervisor reveria todas as sessões conduzidas pelo terapeuta em formação e avaliaria cada uma delas, utilizando o relatório da sessão. A avaliação do supervisor seria elaborada com base na atuação do terapeuta, nas competências avaliadas em cada sessão, com reforço dos pontos fortes e identificando as competências que pudessem ser melhoradas. Para as competências que necessitassem de ser melhoradas, o supervisor deveria dar exemplos específicos, apresentando o racional para a mudança técnica e apoiando o terapeuta na criação de respostas alternativas. Considerou-se que a certificação do terapeuta em IM/TCC5 ocorreria quando demonstrasse um nível de competência “adequado” ou “bom” em cada uma das competências. Foi também considerado útil que o supervisor e o terapeuta revissem partes das sessões gravadas, permitindo-lhes discutir as competências do terapeuta em conjunto. O terapeuta poderia ainda completar o relatório de avaliação da sessão no final de cada sessão. Posteriormente, o formador examinaria os relatórios e assinalaria as diferenças significativas entre ambas as avaliações da sessão. Quaisquer diferenças deveriam ser discutidas de forma a ajudar o terapeuta a compreender as competências da IM e da TCC e a aumentar a auto-monitorização.

## **BASES TEÓRICAS DA INTERVENÇÃO MOTIVACIONAL E DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Esta abordagem foi concebida para ser uma intervenção breve direcionada para adolescentes consumidores de canábis. A intervenção consiste em duas sessões individuais de intervenção motivacional (IM), seguidas da participação em dez sessões de terapia cognitivo-

comportamental (TCC). As razões para a escolha de uma intervenção breve, bem como, a fundamentação teórica dos modelos IM e TCC são descritas nesta secção.

### **Racional para a intervenção breve**

Stephens e Roffman (1996) compararam uma abordagem de prevenção da recaída para o tratamento dos problemas relacionados com a canábis, realizada em grupo e com 18 sessões, com uma abordagem de duas sessões individuais de avaliação e intervenção. Esta última incluía um relatório de *feedback* baseado nos elementos recolhidos na avaliação pré-tratamento, discussão acerca do uso de canábis e dos problemas associados, utilizando os princípios da entrevista motivacional e o desenvolvimento de um plano de mudança. Os resultados do estudo indicaram uma redução substancial do consumo de canábis em ambas as intervenções e nenhuma evidência de diferenças pós-tratamento entre as duas abordagens no diz respeito às taxas de abstinência, dias de consumo de canábis, severidade dos problemas ou número de sintomas de dependência. Embora as conclusões relativas à ausência diferenças devam ser vistas com reserva, o tamanho significativo da amostra e as diferenças substanciais das intervenções apoiam uma eficácia equivalente das duas condições. Os resultados sugerem que uma abordagem com uma intervenção mínima poderá ter uma melhor relação custo-eficácia na população com consumos abusivos de canábis do que uma abordagem de aconselhamento de grupo mais extensa. Este estudo, tal como outros, indica que a eficácia geral das intervenções breves em algumas desordens psiquiátricas e abuso de substâncias, constitui um fator importante na decisão de testar intervenções breves em amostras maiores de populações adultas e adolescentes, em diferentes zonas geográficas.

### **Bases da intervenção motivacional**

No campo das adições, identificam-se seis condições necessárias e suficientes para a indução da mudança (Miller & Rollnick, 1991):

- *Feedback* sobre o risco ou prejuízo pessoal;
- Ênfase na responsabilidade pessoal pela mudança;
- Conselhos claros acerca da mudança;
- Lista de opções alternativas de mudança;
- Empatia terapêutica;
- Facilitação da autoeficácia do adolescente ou otimismo.



As intervenções terapêuticas contendo alguns ou todos estes elementos têm sido eficazes no início de uma mudança e na redução do consumo de álcool (Bien, Miller & Tonigan, 1993).

A abordagem IM é ainda fundamentada na pesquisa sobre processos de mudança. Prochaska e DiClemente (1984) descreveram 5 estádios de mudança pelos quais os indivíduos progridem através da alteração de comportamentos problemáticos (estádios de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção). A abordagem IM ajuda os jovens a moverem-se através dos estádios.

As sessões de IM, incluindo IM/TCC, foram planeadas como sessões de terapia individuais por um vasto número de razões. Primeiro, a terapia motivacional é projetada para ser uma abordagem individual, na qual o terapeuta trabalha com cada jovem as suas razões específicas para a mudança. A maioria das anteriores demonstrações de eficácia da terapia motivacional utilizou um formato de terapia individual (Miller et al., 1995; Steinberg et al., 1997; Stephens & Roffman, 1996). Esta abordagem individual na IM/TCC centra-se em fornecer um *feedback* personalizado, o qual estimula a discussão das preocupações pessoais dos jovens e as motivações em relação ao seu uso de substâncias. A sessão individual é mais passível de conduzir a uma discussão centrada nas questões do sujeito e, para além disto, permite aos jovens, inicialmente, sentirem-se mais confortáveis na discussão destes problemas individualmente. Por fim, os jovens por vezes sentem-se apreensivos com o verbalizar da sua motivação para o abandono do consumo de canábis na presença dos seus pares, por medo de não serem aceites. Poderão ter uma maior possibilidade de analisarem a sua ambivalência e reforçar a motivação para abandonar o uso de canábis ao trabalharem de início com o terapeuta num registo individual.

Esta terapia de IM/TCC é uma adaptação do tratamento com adultos para adolescentes. As tarefas de desenvolvimento, exclusivas da adolescência, desempenham um papel nas perturbações por uso de substâncias e no seu tratamento. O livro de Nowinski, 1990, *Substance Abuse in Adolescents and Youth Adults: A Guide to Treatment*, fornece uma discussão útil acerca do abuso de substâncias relacionado com o desenvolvimento do adolescente, podendo ser um instrumento útil para os terapeutas aquando da utilização da IM/TCC. Nowinski discute a tarefa primária de individuação do adolescente, em que este desenvolve uma identidade separada dos seus pais ou cuidadores. Como parte do processo de individuação, os adolescentes estão particularmente propensos a questionar o que os adultos lhes dizem. A utilização do estilo IM minimiza a probabilidade de provocar resistência, que poderia ocorrer numa abordagem terapêutica altamente diretiva ou confrontativa. Como resultado, a abordagem IM parece particularmente promissora para adolescentes com consumos abusivos de canábis. Com a IM o terapeuta trabalha com os próprios

objetivos do jovem, ajudando-o a avaliar os benefícios e as desvantagens da abstinência versus o uso continuado. Este processo apoia o desenvolvimento do autocontrolo, outra tarefa chave de desenvolvimento da adolescência (Nowinski, 1990).

Os terapeutas na IM/TCC encorajam os adolescentes a aumentarem os períodos de abstinência da canábis para avaliarem os potenciais impactos nas suas vidas. Porém, em sintonia com o estilo da IM, há uma tolerância para a ambivalência dos adolescentes acerca das mudanças. O terapeuta não vai tentar forçar a abstinência, mas sim, ajudar o adolescente a compreender os riscos associados ao seu consumo continuado. É possível que este aspeto da IM possa ser problemático para os restantes indivíduos presentes na vida do adolescente, os quais podem ter problemas com o facto de o terapeuta não insistir na abstinência total. Na realidade, muitos dos adolescentes referenciados para tratamento podem já ter ouvido de outras figuras de autoridade que necessitam de se abster do uso de canábis, com pouco ou nenhum impacto no seu comportamento. Pode acontecer, que se o terapeuta tentar passar esta mensagem unilateralmente, possa ter pouco impacto terapêutico. Pode ser útil educar aqueles que têm um papel de suporte na vida do adolescente por forma a diminuir a probabilidade de reagirem negativamente e minarem a credibilidade do terapeuta.

### **Racional para a terapia cognitivo-comportamental**

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) foi concebida para reparar défices nas competências dos adolescentes para lidarem com os antecedentes de uso de canábis. Os indivíduos que habitualmente utilizam a canábis (ou outras substâncias), como forma de lidarem com os seus problemas, acabam por desenvolver de forma deficitária outras estratégias de resolução de problemas. O objetivo desta intervenção é fornecer algumas competências básicas alternativas para lidarem com as situações que poderiam levar ao consumo de substâncias. Os défices de competências são percebidos como centrais no processo de recaída, pelo que, o foco principal nos grupos de TCC é o desenvolvimento e treino das competências.

A abordagem cognitivo-comportamental utilizada nesta intervenção baseia-se no descrito no *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide* (Monti, Abrams, Kadden & Cooney, 1989), um manual de tratamento que se foca no treino de competências interpessoais e de autocontrolo. Esta intervenção integra elementos de tratamento, que demonstraram eficácia clínica

com doentes alcoólicos, num manual dirigido a adolescentes que pode ser aplicado de forma segura, monitorizado e avaliado.

O foco do tratamento da TCC é ensinar e praticar comportamentos. A repetição é essencial para a aprendizagem do processo, de forma a desenvolver a proficiência e assegurar que os comportamentos recém-adquiridos estarão disponíveis quando necessários. Portanto, o treino comportamental será enfatizado, utilizado de forma variada, com exemplos de casos reais para aumentar a generalização a espaços da vida quotidiana. Durante os períodos de treino, os jovens são chamados a identificar situações de alto risco, reconhecendo as situações em que terão que utilizar as competências de enfrentamento, recentemente adquiridas.

### **Racional para a terapia de grupo**

Muitos dos problemas ou défices de competências associados ao abuso de substâncias são, por natureza, interpessoais e o contexto de grupo fornece um cenário realista, mas “seguro”, para a aquisição ou aperfeiçoamento de novas competências. As abordagens de grupo podem facilitar as mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais, já que incluem a perceção de que os outros partilham problemas semelhantes, permite o desenvolvimento de competências sociais, dão a oportunidade de experimentarem novos comportamentos num ambiente seguro. A terapia de grupo quebra o isolamento do jovem, encoraja o desenvolvimento da interdependência e a identificação com outros consumidores de canábis, enquanto ao mesmo tempo, evita a dependência excessiva do terapeuta. Fornece ainda ao terapeuta a oportunidade de observar o comportamento interpessoal de cada membro do grupo.

No que diz respeito ao treino das competências sociais, aspetos importantes do tratamento, particularmente a modelagem, o ensaio (treino) e o *feedback*, provavelmente ocorrem com mais intensidade no espaço de grupo. Um adolescente modelo cujo nível de competência é mais elevado do que o do par observador terá provavelmente mais impacto do que a modelagem feita através de um terapeuta qualificado.

Um formato de terapia de grupo fornece oportunidades de treino de comportamento e de assunção de risco. Os jovens beneficiam do *feedback* dos seus pares, de discussões de antecipação de obstáculos aquando da implementação das novas competências e dos exemplos fornecidos pelos seus pares. Num ambiente de grupo, há ainda a possibilidade para uma maior habituação à ansiedade social.

A terapia de grupo é uma forma amplamente utilizada no tratamento do abuso de substâncias. Tem uma elevada relevância clínica e pode ser utilizada numa variedade de espaços

terapêuticos (isto é, internamento, ambulatório, centros de dia). Logo, é provável que os resultados de qualquer estudo que utilize a terapia de grupo tenham impacto na prática corrente. Provavelmente a terapia de grupo terá atualmente maior procura tendo em conta a relação mais favorável de custo/benefício, dado o rácio cliente/terapeuta.

A terapia de grupo pode ainda ser uma modalidade eficaz para jovens tendo em conta a influência do grupo de pares na adolescência (Nowinski, 1990). O *feedback* dos pares terá um maior impacto nos adolescentes do que o mesmo fornecido pelo terapeuta. Nas sessões de grupo de TCC, os terapeutas encorajam os adolescentes participantes a darem *feedbacks* positivos e construtivos. Ao mesmo tempo, os adolescentes são igualmente suscetíveis à influência negativa dos pares. Como resultado, é muito importante que o terapeuta monitorize quaisquer comentários ou comportamentos antissociais que possam ocorrer durante as sessões de grupo.

## TERAPIA MOTIVACIONAL

A terapia motivacional é uma abordagem terapêutica baseada na premissa de que os clientes estão mais capazes de procederem à mudança quando a motivação é interna, em vez de esta ser imposta pelo terapeuta. A entrevista motivacional, enquanto primeiro elemento da IM, foi desenvolvida por William R. Miller e Stephen Rollnick (1991). É um modelo transteórico que deriva de várias fontes, incluindo a teoria dos estádios de mudança<sup>5</sup> (Prochaska & DiClemente, 1984), com uma abordagem centrada no cliente e com investigação que aponta para melhores resultados clínicos no trabalho com indivíduos em regime ambulatorio.

### Conceitos chave

A compreensão dos seguintes conceitos ajudará o terapeuta na aprendizagem e utilização da terapia motivacional.

#### Ambivalência

A ambivalência refere-se à mescla de sentimentos do cliente face à mudança. Por exemplo, o jovem pensa que o abandono do consumo de canábis poderá em parte ser positivo, mas por outro lado não quer fazê-lo. A IM assume como normal e expectável esta ambivalência quanto à mudança. Modificar um comportamento problemático pode ser difícil e provocar ansiedade e, por vezes, implica a desistência de determinadas atividades e/ou relações interpessoais agradáveis. Assim, mesmo quando conseguem perceber possíveis benefícios na paragem de um comportamento negativo, tal como o abuso de substâncias, em geral experimentam simultaneamente o sentimento de desejarem a mudança e de não a quererem. No trabalho com a ambivalência, a tarefa do

---

<sup>5</sup> Os estádios de mudança propostos por este modelo são: pré-contemplação (não se reconhece o problema), contemplação (reconhece-se o problema e considera-se como agir), preparação (realizam-se planos concretos para agir com brevidade), ação (faz-se algo para mudar), manutenção (trabalha-se para manter a mudança). As tarefas motivacionais são distintas para cada um destes estádios. Assim, o terapeuta na pré-contemplação questiona o comportamento, aumentando a auto-perceção para os riscos e consequências; na contemplação, evoca razões para mudar (riscos de não mudar, reforçar a autoeficácia para mudar); na preparação ajuda a determinar o melhor curso de ação no sentido de conseguir a mudança; na ação apoia o adolescente a dar os passos necessários para a mudança; na manutenção ajuda a prevenir recaídas e, no caso de recaída, ajuda a elaborá-la e a adotar uma estratégia para um novo começo.

terapeuta é ajudar os jovens a reconhecerem e discutirem essa mistura de sentimentos, por forma a fazer pender a balança no sentido da mudança.

### Escuta reflexiva

A escuta reflexiva refere-se às afirmações feitas pelo terapeuta que expressam que este está a entender aquilo que é dito pelo jovem. As reflexões podem ser simples reformulações acerca do que o jovem disse ou podem refletir sobre o significado ou sentimentos implícitos nas palavras do adolescente. Os seguintes exemplos demonstram como o terapeuta pode responder ao jovem, de três formas diferentes, utilizando estes tipos de reflexão.

Adolescente: <i>“Os meus pais estão sempre em cima de mim dizendo que estou drogado. Vasculham-me o meu quarto à procura de droga, o meu telemóvel e, por vezes, seguem-me para verem para onde vou.”</i>		
<p><b>Reflexão simples</b></p> <p>(repetindo o que foi dito pelo jovem mas utilizando palavras diferentes):</p> <p><i>“Eles chateiam-te por causa do consumo de canábis e vigiam-te por causa disso.”</i></p>	<p><b>Reflexão sobre o significado</b></p> <p>(reafirmar o significado que pode estar implícito nas palavras):</p> <p><i>“Como se eles estivessem sempre a tentar perceber se e quando estás drogado.”</i></p>	<p><b>Reflexão sobre os sentimentos</b></p> <p>(reafirmar o que percebeu ser o sentimento por detrás da afirmação):</p> <p><i>“Parece que te está a incomodar que eles atuem dessa forma contigo.”</i></p>

O terapeuta pode utilizar qualquer um dos tipos de reflexão acima descritos, para transmitir a sua compreensão do problema, não descurando que quando está tentar refletir o significado ou o sentimento contido no seu discurso, existe sempre um elemento de suposição, tentando que este seja o mais próximo possível do que foi partilhado pelo jovem. Caso o jovem discorde da reflexão, o terapeuta não deverá ter uma atitude defensiva ou tentar dar uma explicação. Em vez disso, deve solicitar mais informação, tal como “diz algo mais para que possa compreender melhor”.

As reflexões precisas são cruciais para facilitar a mudança. Se o jovem sentir que está a ser entendido e verdadeiramente aceite pelo terapeuta, irá considerar mais facilmente a mudança. É preciso tentar refletir acerca da mistura de sentimentos vivenciados pelo jovem acerca da paragem dos consumos. O terapeuta deverá utilizar reflexões de duplo sentido (reflexões acerca do conhecimento de ambos os lados da ambivalência do jovem) mostrando-se empático com um misto de sentimentos. Por exemplo:

“Tu estás a dizer que realmente gostas das sensações provocadas pelos consumos mas que te preocupas por provavelmente estares a provocar danos na tua saúde.”

OU

“Não tens a certeza de queres parar com os consumos, mas ao mesmo tempo não queres ter mais problemas legais.”

## Questões abertas

As questões abertas convidam a uma resposta elaborada, enquanto as questões fechadas são aquelas que podem ser respondidas com uma única palavra ou com uma resposta muito breve. As questões abertas, ao contrário das fechadas, facilitam o desenvolvimento da motivação. Seguem-se alguns exemplos:

QUESTÕES ABERTAS	QUESTÕES FECHADAS
Fala-me acerca das tuas experiências recentes com canábis	Que idade tinhas quando fumaste pela primeira vez canábis?
Como é que os teus amigos reagiram à tua entrada em tratamento?	Tens amigos não consumidores? Quantos?
O que é que te levou a vires para tratamento?	Foste obrigado a vir para tratamento?

Quando o terapeuta usa questões abertas, facilita pensamentos e sentimentos acerca do consumo de canábis, suscetíveis de serem úteis no aumento da motivação para a mudança.

## As cinco estratégias da entrevista motivacional

Miller e Rollnick (1991), no seu livro acerca dos princípios da entrevista motivacional, descrevem cinco princípios básicos na aplicação desta abordagem:

1. Expressar empatia
2. Desenvolver a discrepância
3. Evitar a argumentação
4. Lidar com a resistência
5. Promover a autoeficácia

A abordagem geral da entrevista motivacional e estas cinco estratégias, foram utilizadas em dois ensaios clínicos: o Projeto MATCH, um estudo sobre três intervenções terapêuticas para o alcoolismo, implementado em nove locais; e o Marijuana Treatment Project, um estudo implementado em três locais, de duas intervenções para a dependência de canábis. As seguintes descrições das estratégias de entrevista motivacional são ambas desenhadas a partir, respetivamente, do livro de Miller e Rollnick e dos manuais de tratamento de ambos os estudos: o *Motivational Enhancement Therapy Manual* (Miller et al., 1995) e o *Marijuana Treatment Project Therapist Manual* (Steinberg et al., 1997), que foram adaptados para adolescentes.

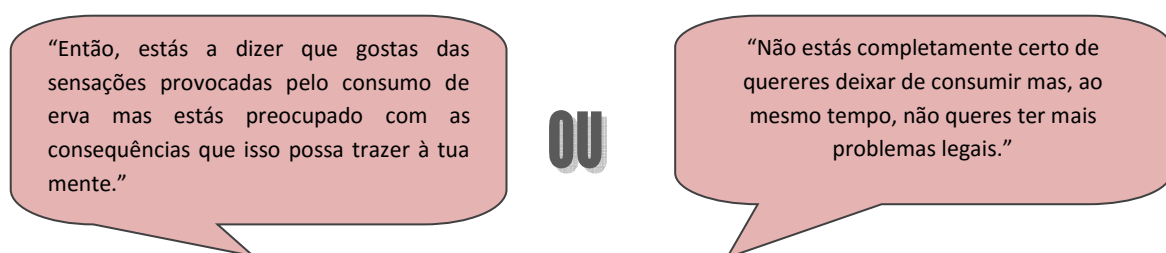
Ao aplicar todas as estratégias da entrevista motivacional abaixo descritas, deve-se ter em mente que a base para o sucesso é as competências de entrevista terapêutica. É crucial que o terapeuta demonstre interesse e aceitação sobre o que é dito pelo adolescente, utilizando as competências de escuta. Há comportamentos por parte do terapeuta que demonstram a incapacidade de ouvir e que devem ser evitados ou minimizados: palestras (sermões), crítica, rotulagem, ordens, discurso moralizante ou perturbador (Gordon, 1970). Caso o terapeuta perceba que está a resvalar para os comportamentos citados, deve dar maior ênfase à escuta ativa e à reflexão.

### **Estratégia 1: Expressar empatia e aceitação**

O terapeuta deve mostrar respeito pelos jovens. Deve ser evitada uma comunicação que demonstre uma relação de superioridade/inferioridade. Esta abordagem não se baseia na confrontação. É importante que o terapeuta não passe a ideia de que está a tentar convencer o jovem acerca do erro que tem vindo a cometer. Em vez disso, o papel do terapeuta é uma mistura entre o ouvinte e aquele que detém conhecimento técnico. A máxima será ouvir em vez de dizer.

A escuta empática e a utilização de reflexões precisas são cruciais na facilitação da mudança.

O terapeuta deverá expressar a sua empatia face à ambivalência experienciada pelo outro acerca da possibilidade de abandono do consumo de canábis. Deve ainda utilizar reflexões de duplo sentido por forma a empatizar com o misto de sentimentos do jovem. Por exemplo:



### **Estratégia 2: Desenvolver a discrepância**

A motivação para a mudança ocorre quando as pessoas percebem que existe uma discrepância entre onde estão e onde gostariam de estar. Ao empregar esta estratégia, o terapeuta ajuda os jovens a reconhecerem a discrepância entre a sua vida atual sob os efeitos do consumo de



canábis e a vida que desejariam. A consciência desta discrepância pode facilitar o desejo de mudança.

Ao desenvolver a discrepância, o terapeuta não transmite a ideia de que “és um falhado porque consumes canábis”, pelo contrário, reflete as preocupações do jovem acerca de como o seu consumo de canábis interfere com a realização dos seus objetivos. Por exemplo:

“Gostavas de jogar futebol mas o facto de consumires vai dar um resultado positivo no teste de despiste de consumo.”

Os terapeutas podem ainda estar perante adolescentes consumidores que não apresentam muitos objetivos, principalmente a curto prazo. No entanto, pode-se ouvir o que é importante para os adolescentes no futuro imediato. Por exemplo:

“Por um lado queres continuar a sentir os efeitos do consumo mas, por outro lado, não queres a tua mãe a controlar-te.”

Mesmo que não consigam verbalizar nenhum tipo de objetivos, alguns adolescentes têm uma vaga crença de que as suas vidas podiam ser melhores caso parassem com os consumos. É importante que o terapeuta reflita acerca destas expectativas positivas do jovem, como no exemplo a seguir:

“Desejas algo melhor para a tua vida do que o que tens agora. Consideras que se parares de consumir a tua vida poderia ser melhor? É isso?”

No exemplo anterior, o terapeuta pergunta se entendeu bem a resposta do jovem. Isto permite ao jovem a possibilidade de corrigir uma reflexão inadequada e, por fim, permite-lhe sentir-se melhor compreendido.

Outro tipo de discrepância, que pode ser útil para o trabalho com jovens, é a discrepância entre como é que eles se veem atualmente e como gostariam de se ver.

“Então, estás a dizer que te sentes um falhado por consumires tantas vezes e não te queres sentir dessa forma. Gostarias de te sentir bem contigo próprio. É isso?”

### Estratégia 3: Evitar a argumentação

O estilo da entrevista motivacional evita a argumentação direta, a qual tende a desenvolver a resistência. O terapeuta não tem que provar ou convencer o jovem pela força do argumento. Quando a entrevista motivacional é corretamente utilizada, o adolescente e não o terapeuta, aborda os argumentos para a mudança (Miller & Rollnick, 1991).

Se o jovem ficar muito defensivo ou hostil, o terapeuta deve considerar a possibilidade de algum dos seus comentários anteriores terem provocado essa reação. Poderá ter passado de uma abordagem motivacional para uma mais confrontativa. Neste caso, o terapeuta deverá retomar o estilo da entrevista motivacional.

Outra forma de evitar a argumentação é tratar a ambivalência como algo normal e explorá-la abertamente, utilizando reflexões de duplo sentido. Seguem-se alguns exemplos:

“Gostas de consumir nas festas mas achas que isso está a atrapalhar a tua vida.”

OU

“Uma parte de ti deseja parar de consumir, mas estás preocupado de poderes vir a sentir muito a falta.”

Estas reflexões de duplo sentido ajudam o cliente a perceber que é compreendido, diminuindo as suas atitudes defensivas e a probabilidade de argumentações futuras.

### Estratégia 4: Lidar com a resistência

A estratégia da entrevista motivacional não incentiva a resistência, mas sim, o lidar com ela. Quando o jovem verbaliza a resistência à mudança, o terapeuta pode-se sentir tentado a contra-argumentar. Se o fizer, o adolescente tenderá a defender-se e a reforçar a posição original. O terapeuta pode lidar com a resistência refletindo, de forma empática, a hesitação do jovem em mudar e fazendo-o compreender que a decisão de mudar é da sua responsabilidade, bem como, quando e se o deseja fazer. Segue-se um exemplo:

<b>JOVEM</b>	“Só estou aqui por causa do Tribunal. Não acho que consumir de vez em quando seja um problema.”
<b>TERAPEUTA</b>	“Estás cá devido ao tribunal. Não queres que mais ninguém te diga que isto é um problema para ti. Por vezes, as pessoas acham que estar num programa destes ajuda-as a ter mais informação para decidirem se o seu consumo de canábis é ou não, um problema para eles.”

No exemplo acima, se o terapeuta responder da seguinte forma: *“se o consumo de canábis já te trouxe problemas com a lei, certamente que é um problema para ti...”*, o jovem provavelmente tornar-se-á mais resistente. Quando os jovens têm a certeza clara de que as decisões acerca da mudança dependem de si, em geral estão mais disponíveis a olharem para o problema de mente aberta.

O terapeuta ao assegurar aos adolescentes que a decisão de mudança é da sua responsabilidade, não pode ignorar as contingências do ambiente (isto é, implicações legais ou limites parentais) que fazem com que uma decisão seja menos opcional. Ainda assim, o terapeuta transmite a mensagem ao jovem que é ele quem decide como estas potenciais consequências vão, ou não, ter impacto sobre o seu uso de canábis.

Alguns terapeutas pensam que a resistência é uma forma de não cooperação no tratamento. No entanto, na abordagem motivacional, a resistência do jovem é vista como um sinal de que pode existir um problema com o comportamento do terapeuta e assim o seu dever é de mudar as estratégias. Se o terapeuta se posicionar na discussão com os jovens, tentando obrigá-los a reconhecerem e a mudarem, algo de errado se passou na sessão. Está na altura de parar e ouvir o adolescente.

### **Estratégia 5: Promover a autoeficácia**

Esta estratégia motivacional centra-se no desenvolvimento da crença dos jovens na possibilidade de mudança. Isto é importante pois mesmo aqueles que acreditam que têm um grave problema, só estarão disponíveis para a mudança caso tenham esperança de sucesso. Mesmo que o adolescente reconheça que o consumo é um problema, pode estar relutante quanto a parar ou reduzir se não tiver a expectativa de que pode ser bem-sucedido nessa mudança. O papel do terapeuta é ajudar os jovens a desenvolver e/ou reforçar o sentimento de autoeficácia, transmitindo a ideia de que ele consegue, de facto, parar ou reduzir os consumos de canábis.

De forma a apoiar a autoeficácia, o terapeuta pode perguntar aos jovens sobre experiências anteriores bem-sucedidas nas seguintes áreas:

- Períodos prévios de abstinência ou redução do consumo de canábis;
- Sucessos anteriores na paragem ou redução de outras drogas ou álcool;
- Sucesso na obtenção de controlo sobre outro hábito problemático;
- Concretização de outros objetivos anteriores, pelo facto do adolescente se ter decidido a alcançá-los.

Alguns jovens não fazem a ligação entre os seus sucessos anteriores e a probabilidade de serem bem-sucedidos nos seus objetivos face ao consumo de canábis. Poderá ser útil o terapeuta facilitar esta relação. Por exemplo:

“Estás a dizer que foste capaz de parar com um comportamento compulsivo. Isso é ótimo! A partir do momento em que és capaz de parar com um problema, que muitos consideram ser um hábito difícil de quebrar, podes ser também bem-sucedido na paragem do hábito de consumires canábis.”

## **Abstinência e recaída**

### **O objetivo da abstinência**

Ao mesmo tempo que os terapeutas mantêm uma abordagem de não julgamento, relativamente ao uso de canábis e do estágio motivacional, devem também estar preparados para encorajar os jovens a trabalharem em direção à abstinência, sendo este o objetivo principal do tratamento.

Geralmente, os adolescentes variam quanto à sua motivação ou prontidão para a paragem dos consumos por completo e os terapeutas devem estar preparados para trabalharem os diferentes estádios de compromisso e a forma como estes se podem ir alterando durante o processo de mudança. Com os jovens menos motivados, a primeira tarefa é ajudá-los a reconhecerem as possíveis consequências do consumo de drogas e trabalhar a ambivalência. Com os jovens mais motivados, o terapeuta deverá ajudá-los a verbalizarem e a fortalecerem a sua própria motivação para a mudança. Aqui, o terapeuta deve abordar os sentimentos de ambivalência que podem boicotar o sucesso do tratamento.

O terapeuta deve encorajar o adolescente a parar com o consumo de outras substâncias para alcançar a abstinência quanto à canábis. A cessação do consumo de outras drogas e de álcool é

fundamental para que o jovem maximize as capacidades de aprendizagem sobre si próprio e para prevenir a substituição de uma substância por outra. Com jovens, esta posição de desencorajamento do uso de álcool e outras drogas, faz mais sentido de um ponto de vista ético. Relativamente às questões de todas as drogas e do álcool, não somente canábis, os terapeutas devem intervir tendo em conta o fenómeno da porta de entrada já descrita.

Quando os adolescentes estão pouco motivados para a abstinência de canábis e álcool, os terapeutas devem apresentar-lhes um conjunto de aspetos que demonstrem quais os benefícios desta opção. Também se deve considerar que a decisão é da escolha dos jovens. Seguem-se alguns exemplos de formas sob as quais esta decisão pode ser apresentada:

“Dá a ti próprio a oportunidade de experimentares parar com todas as drogas e álcool, nem que seja por um tempo, e então decidires o que queres fazer a longo prazo. Isso dá-te mais uma oportunidade de aprenderes mais acerca de ti – como por exemplo que tipo de coisas podem influenciar a manutenção dos teus consumos de canábis. O que pensas disto?”

“Se pensas que podes deixar de consumir erva a qualquer momento, esta é uma boa oportunidade para o fazeres, pois contas com o meu apoio e dos restantes elementos do grupo. O que é que pensas disto?”

OU

“Eu sei que não tens a certeza de queres parar de consumir completamente. Vamos dedicar aqui algum tempo a falar um pouco mais sobre o que queres decidir. Há algumas boas razões para pensar que pode ser proveitoso abandonar completamente os consumos. Mencionaste uma série de problemas que foram causados pelo consumo, como os problemas com os teus pais. Parando completamente os consumos, poderias sentir melhorias na relação com os teus pais. O que achas disto?”

A chave para o sucesso das intervenções está em despender tempo suficiente para ouvir os jovens acerca da decisão, responder com empatia e evitar a argumentação.

### **Aprender com um lapso ou recaída**

Um lapso ou uma recaída devem ser vistos como uma possibilidade de aprendizagem. Importa examinar os acontecimentos anteriores ao lapso, identificar o(s) gatilho(s) e as reações dos jovens aos mesmos. Que situações podem ocorrer após um lapso que possam ter impacto na possibilidade de um consumo futuro?

É importante ajudar os jovens a delinarem um plano para lidarem melhor quer com acontecimentos que possam levar ao consumo, quer com desejos de consumir. Podem ser feitas alterações com o objetivo de diminuir a probabilidade de consequências positivas num consumo futuro ou para tornar as consequências negativas mais prováveis.

### **Rede de suporte**

Sendo esta uma intervenção breve individual, que envolve o jovem, sem uma participação familiar contínua, são incorporados procedimentos para monitorizar o seu progresso. A rede de suporte é projetada para aqueles para quem a abordagem individual se mostra insuficiente. No início da intervenção é dada aos pais ou representantes legais uma lista de sinais da deterioração clínica (diminuição problemática de vários aspetos do funcionamento pessoal) e, caso os adolescentes apresentem alguns desses sinais, são alertados para contactarem o terapeuta. Concomitantemente, os terapeutas devem monitorizar cada jovem de forma a detetarem sinais de deterioração clínica, incluindo distúrbio psicológico agudo, aumento acentuado do consumo de canábis ou de outras substâncias. Caso os pais/representante legal ou o terapeuta percebam sinais de deterioração, este último deve rever a informação com o supervisor clínico a fim de redefinir o plano de ação.

Muitas vezes os adolescentes beneficiam de estarem a frequentar o programa e complementarmente estarem noutra tipo de intervenção. Existem algumas linhas de orientação a fim de este processo ser implementado. O terapeuta e o supervisor devem ter em conta o quadro clínico global quando tomam uma decisão acerca de um cliente em particular. Se apenas forem observadas dificuldades moderadas, pode ser apropriado simplesmente trabalhar esta informação ao longo da terapia e monitorizar o progresso do jovem. Algumas destas dificuldades podem diminuir à medida que o jovem progride na terapia. Quando o adolescente evidencia sintomas de uma possível comorbilidade psiquiátrica de gravidade ligeira a moderada, pode ser mais adequado a referência para avaliação e eventual intervenção psiquiátrica. Finalmente, no caso de perturbações psiquiátricas com gravidade ou num aumento do consumo de substâncias, é desejável

o pedido de transferência para outro tipo de resposta (isto é, cuidados ambulatoriais especializados, centro de dia, internamento).

### **Preparação para as sessões individuais**

Antes do primeiro contacto com o terapeuta cada jovem é visto para uma avaliação inicial. O jovem fornece informação acerca do seu trajeto de consumos, situação de vida e problemas associados. São utilizados os dados fornecidos nesta primeira avaliação para a elaboração do relatório individual, utilizado na sessão 1. Após a condução da entrevista de avaliação e a assinatura do terapeuta, a primeira sessão deve ser programada. Antes da sessão, o terapeuta deve proceder à revisão do relatório individual, bem como telefonar ao jovem para confirmar a marcação, aumentando a probabilidade de comparência.

### **Visão global das duas sessões iniciais**

Como anteriormente descrito, as duas primeiras sessões são individuais focando-se, em primeiro lugar, no aumento motivacional. A primeira sessão é desenhada para permitir ao terapeuta o conhecimento do jovem numa situação única, tal como permitir ao jovem começar a compreender o que pode esperar da intervenção. Outra tarefa da primeira sessão é fornecer ao adolescente um *feedback* individual acerca do seu problema com canábis, acompanhado por intervenções com o objetivo de aumentar a motivação para a mudança.

A segunda sessão deve ser programada para aproximadamente uma semana após a primeira, num processo de desenvolvimento contínuo da motivação para a mudança. Especificamente, o progresso desde a primeira sessão deve ser revisto e é desenvolvido um objetivo geral para a intervenção, num processo colaborativo entre o terapeuta e o jovem. A parte final da sessão prepara o adolescente para o restante tratamento: (1) a introdução do conceito-chave de análise funcional; (2) orientação para as sessões de grupo.

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

As sessões que se baseiam na terapia cognitivo-comportamental focam-se na compreensão do comportamento do indivíduo tendo em conta o contexto envolvente, os pensamentos e os sentimentos. Outro aspeto chave da TCC é que os indivíduos que manifestam comportamentos desajustados apresentam capacidade de aprender competências de *coping*, que lhes irão permitir diminuir ou alterar os comportamentos negativos. Assim, cada uma das sessões de grupo foca-se no ensino de competências particulares que ajudem os jovens a atingirem a abstinência do consumo de canábis. De seguida, apresentam-se algumas recomendações a ter em conta na condução das sessões de grupo de TCC, que são fortemente inspiradas no livro *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide* (Monti et al., 1989).

### Aplicações anteriores da terapia cognitivo-comportamental a outras populações

As abordagens cognitivo-comportamentais têm demonstrado eficácia com outros problemas de comportamento e perturbações de humor em crianças e adolescentes, verificando-se melhorias na capacidade de resolução de problemas, no autocontrolo, nos comportamentos pró-sociais e na comunicação positiva, efeitos que se mantêm até pelo menos um ano após a intervenção (Kendall et al., 1990; Kazdin et al., 1989; Sarason & Sarason, 1981; Camp, 1977; Sarason & Ganzer, 1973).

Investigações com crianças e adolescentes diagnosticadas com perturbação de défice de atenção/hiperatividade têm demonstrado menos sucesso. Embora evidenciem temporariamente melhorias nos comportamentos dirigidos à tarefa e no autocontrolo, os efeitos, frequentemente, duram menos de um ano e não se generalizam a situações sociais nem potenciam o efeito da medicação (Abikoff & Gittleman, 1985; Brown, Wynne & Medemis, 1985; Hinshaw, Henker & Whalen, 1984; Kendall & Wilcox, 1980; Douglas et al., 1976; Meichenbaum & Goodman, 1971).

Relativamente às perturbações de internalização, as intervenções cognitivo-comportamentais parecem ser eficazes noemadamente com adolescentes que preenchem os critérios de perturbação depressiva. Habitualmente, a redução dos sintomas de depressão e recaída mantém-se pelo menos durante dois anos (Hops & Lewinsohn, 1995).

Outro tipo de pacientes que parecem beneficiar das intervenções cognitivo-comportamentais são os adultos que estão em seguimento no âmbito da recuperação de



perturbações de consumo de substâncias. Para este tipo de população, o paradigma cognitivo-comportamental parece ser um método educativo útil para apoiar na organização e antecipar estádios de recaída. De particular interesse para este manual é o Modelo de Prevenção da Recaída cognitivo-comportamental de Marlatt & Gordon (1985). Estes autores propõem que a recaída é uma sequência de estádios que pode ser evitada quando são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais apropriadas para impedir a progressão de um estágio para o próximo. De acordo com este modelo de estágio, os gatilhos que originam o desejo de consumir uma substância, interagem sinergicamente com pensamentos positivos sobre os efeitos satisfatórios da substância para enfraquecer a resistência. Os pacientes adultos em follow-up podem de forma eficaz prevenir a recaída e dilatar os períodos de abstinência, através da utilização de autoinstruções e de suporte social para identificar situações de *craving*, assim como desafiar mentalmente os benefícios percebidos do consumo.

A TCC foi selecionada como sendo uma componente de tratamento adequada com participantes do estudo CYT, baseado nas taxas de sucesso de crianças e adolescentes com problemas de comportamento e de humor, assim como, com adultos consumidores de substâncias.

De salientar que no manual IM/TCC (Sampl & Kadden, 2001), a intervenção descrita é uma adaptação do tratamento para adultos. As tarefas desenvolvimentais da adolescência desempenham um papel único na perturbação do consumo de substâncias e no seu tratamento.

O livro *Substance Abuse in Adolescents and Young Adults: A Guide to Treatment*, de Nowinski (1990) proporciona um contributo útil na relação entre o abuso de substâncias e o desenvolvimento do adolescente. O autor aborda a individuação enquanto tarefa desenvolvimental primária da adolescência na qual os indivíduos desenvolvem identidades separadas dos seus pais ou cuidadores. Durante este processo, os adolescentes estão especialmente propensos a questionar as orientações dos adultos. Usando a abordagem da IM, minimiza-se a probabilidade de desenvolver resistência, a qual poderia ocorrer num modelo terapêutico altamente diretivo ou confrontativo. Como resultado, a abordagem da IM parece particularmente promissora no trabalho desenvolvido com adolescentes consumidores de canábis. O terapeuta trabalha com os objetivos do adolescente, ajudando-o a avaliar as vantagens e desvantagens da abstinência *versus* consumo continuado. Este processo apoia o desenvolvimento do autocontrolo, outra tarefa desenvolvimental chave da adolescência (Nowinski, 1990).

## Visão geral do modelo de intervenção

### Objetivos da intervenção

O objetivo final da TCC é a abstinência. Para este fim, a intervenção é implementada tendo em mente dois objetivos:

1. Ensinar os adolescentes a utilizarem um largo espectro de competências de *coping* para lidar com problemas, conflitos interpessoais e estados de humor negativos;
2. Ensinar os adolescentes a anteciparem e a desafiarem os pensamentos e a vontade de consumir, como forma de se manterem abstinentes.

A abordagem que os terapeutas utilizam para promover estes objetivos é sobretudo o trabalho com os jovens na identificação de um leque alargado de dificuldades inter e intra pessoais, gatilhos, desejos ou *cravings* que desencadeiam comportamentos impulsivos/autodestrutivos ou que os levam a consumir. O terapeuta deverá ensinar igualmente competências de *coping* que os adolescentes podem usar em circunstâncias stressantes, mantendo assim a abstinência.

Os objetivos mencionados nos pontos acima são mutuamente apoiantes e sinérgicos. O consumo de canábis pode ser visto como uma forma desadaptativa de *coping*. Os esforços para desenvolver competências de *coping* adaptativas terão como efeito subsidiário reduzir a necessidade de consumir. Da mesma forma, reduzindo ou eliminando o consumo de canábis, os adolescentes aprendem abordagens alternativas para a gestão do *stress* que terão um potencial benefício a longo prazo.

No entanto, o objetivo geral de abstinência merece uma maior clarificação. Nas sessões 10 e 12, são ensinadas aos adolescentes estratégias cognitivo-comportamentais, primeiro dirigidas à abstinência e, depois da manutenção da mesma, após a conclusão do tratamento. Afirmer que a abstinência é o objetivo principal do tratamento, não implica que se torne um critério de inclusão/exclusão no tratamento. Os adolescentes não devem ser excluídos do programa devido a um consumo ocasional de canábis ou de outras substâncias (exceto quando exista uma escalada de consumo que conduza a uma deterioração clínica evidente). Ao mesmo tempo, não deve ser permitido aos jovens a participação no grupo caso estejam sob o efeito de drogas, especialmente se o terapeuta verificar que não vão beneficiar da sessão ou podem colocar os restantes elementos em risco.

Na TCC a ambivalência dos participantes acerca da interrupção do consumo é vista como normal. O terapeuta é encorajado a refletir com os participantes acerca da miscelânea de

sentimentos inerentes à paragem do consumo. São encorajados a “normalizarem” a ambivalência e as preocupações associadas à interrupção dos consumos. Podem disponibilizar um *feedback* aos participantes, como por exemplo “aquilo que estás a sentir não é assim tão fora do normal, sobretudo nestes estádios iniciais. Muitas pessoas têm uma mistura de sentimentos sobre deixar de consumir.” De igual forma, também podem reforçar as afirmações de automotivação e os indicadores de desejo de mudança. Os participantes podem reconsiderar a sua resistência à mudança, se acreditarem que o terapeuta compreende as suas razões para estarem ambivalentes face à mudança.

### **Pressupostos teóricos**

A abordagem utilizada neste manual baseia-se no modelo da aprendizagem social, focando-se no treino de competências interpessoais e de autogestão. O primeiro objetivo deste tratamento é que os adolescentes dominem as competências necessárias a uma abstinência a longo prazo. Um elemento importante no desenvolvimento destas competências é a identificação de situações de alto risco que possam aumentar a probabilidade de recaída. Estas situações de alto risco incluem precipitadores externos para o consumo, bem como, acontecimentos internos, tais como, as cognições e as emoções.

Após identificarem as situações que podem originar alto risco para a recaída, os jovens devem desenvolver competências para lidar com as mesmas. Nas sessões de TCC os adolescentes são instruídos nas competências básicas para lidarem com as situações de alto risco mais comuns e encorajados a envolverem-se nos exercícios de *role-play* e nos de prática em situação de vida real, que lhes possibilitarão a aplicação destas competências de acordo com as suas próprias necessidades.

Os jovens devem ter a possibilidade de construírem as suas competências através de *feedbacks* construtivos centrados nos seus problemas. Uma prática ativa com *feedback* positivo e construtivo é a maneira mais útil de modificar as expectativas de autoeficácia e gerar uma mudança de comportamento a longo prazo.

A TCC para o abuso de canábis requer uma participação ativa dos jovens, bem como, a assunção da sua responsabilidade pela utilização das novas competências de autocontrolo como forma de prevenir abusos futuros. Através da participação ativa no programa de treino, no qual novas competências e estratégias cognitivas são adquiridas, os hábitos individuais desajustados

podem ser substituídos por comportamentos saudáveis regulados pelo processo cognitivo e envolvendo um planeamento consciente e responsável. Marlatt e Gordon (1985, pg.12) afirmaram:

*À medida que o indivíduo vai atravessando um processo de descondicionamento, de reestruturação cognitiva e de aquisição de competências pode começar a aceitar a maior responsabilidade pela mudança do comportamento. Esta é a essência da abordagem do autocontrolo ou da autogestão: pode-se aprender a escapar à teia do ciclo vicioso da adição, independentemente de como o padrão do hábito foi originalmente adquirido.*

Uma vez que as abordagens comportamentais podem ser aplicadas de forma inadequada – sem uma consideração cuidadosa das necessidades individuais – é importante que os terapeutas sejam experientes nas competências psicoterapêuticas e nos princípios comportamentais. Devem ter boas competências interpessoais e estarem familiarizados com os materiais por forma a transmitirem com sucesso as competências e servirem como modelos credíveis. Devem estar capacitados a desenvolverem um papel muito ativo neste tipo de terapia diretiva.

Antes de cada sessão, os terapeutas são encorajados a relerem as seções relevantes do manual. De forma a garantirem que os pontos principais de cada sessão estão cobertos, recomenda-se que os coloquem por tópicos ou que os sublinhem no texto. Na apresentação do material didático sugere-se que se faça um breve comentário dos pontos principais e que os listem no quadro.

Ao implementar a terapia baseada no manual é essencial que os terapeutas não leiam diretamente o texto. Desde que os pontos principais sejam cobertos, é preferível uma apresentação num estilo fluido e natural. É importante que os jovens percebam que as suas questões e preocupações são mais importantes do que a agenda do terapeuta numa adesão estrita ao manual. De facto, se os jovens não são rotineiramente envolvidos e encorajados a fornecerem o seu próprio material como exemplo, percebemos que o tratamento se torna aborrecido e a motivação para a aprendizagem desce. Como resultado, os terapeutas podem experienciar o *burnout*. Um reforço efetivo da participação ativa dos jovens pode prevenir o cansaço tanto por parte destes como dos terapeutas.

Os tópicos trabalhados em cada sessão têm como objetivo a aprendizagem de competências que são altamente relevantes para os problemas quotidianos dos adolescentes. Para ajudar os jovens a perceberem o tratamento como relevante para o seu quotidiano é essencial que o terapeuta se empenhe, tanto quanto possível, em fornecer exemplos a partir do material anteriormente fornecido pelos jovens. Em geral, esta tarefa não é difícil pois as sessões de treino de competências abrangem problemas comuns que é provável que já tenham sido experienciados pelos jovens.

O paradigma cognitivo-comportamental assume que pensar, sentir e agir são áreas distintas do ser humano e que se interrelacionam através da aprendizagem. O comportamento do uso da canábis, como qualquer outro, pode estar relacionado com pensamentos, sentimentos e outros comportamentos através da experiência direta ou através da observação. As associações podem ser fortalecidas através de uma experiência de aprendizagem intensiva ou através da substituição de certos pensamentos, sentimentos ou ações contingentes ao consumo. Quando estas associações são suficientemente fortes podem até constituir-se como gatilhos (ou seja, antecedentes) que despoletam ou reforçam o desejo de consumo (isto é, consequências) – mesmo quando a pessoa está a planear a abstinência. Numa abordagem cognitivo-comportamental, para que os indivíduos mudem os seus padrões de uso, devem estar atentos ao contexto, assim como, às decisões que conduzem ao consumo. Adotar uma perspetiva global sobre o contexto do consumo pode potenciar a possibilidade de antecipar e evitar uma recaída indesejada.

Um segundo pressuposto teórico no modelo cognitivo-comportamental é o de que o ensino e o aconselhamento são formas apropriadas de intervir junto de pessoas com problemas de saúde mental. Os terapeutas cognitivo-comportamentais, tal como os professores, utilizam um estilo pedagógico para ajudar os pacientes a aprender as competências de *coping*. Utilizam métodos de aprendizagem experienciais para ajudarem os clientes a internalizarem competências de *coping* que lhes poderão ser úteis. Enquanto consultor, o terapeuta desenha os conteúdos da sessão com base nos problemas identificados pelo indivíduo ou pelos membros do grupo. O terapeuta cognitivo-comportamental não é visto pelo adolescente como um especialista, mas antes como um aliado que entende as dificuldades em equilibrar as emoções pessoais e as exigências sociais ambíguas e que está preparado para partilhar ideias acerca da forma de lidar com ambas.

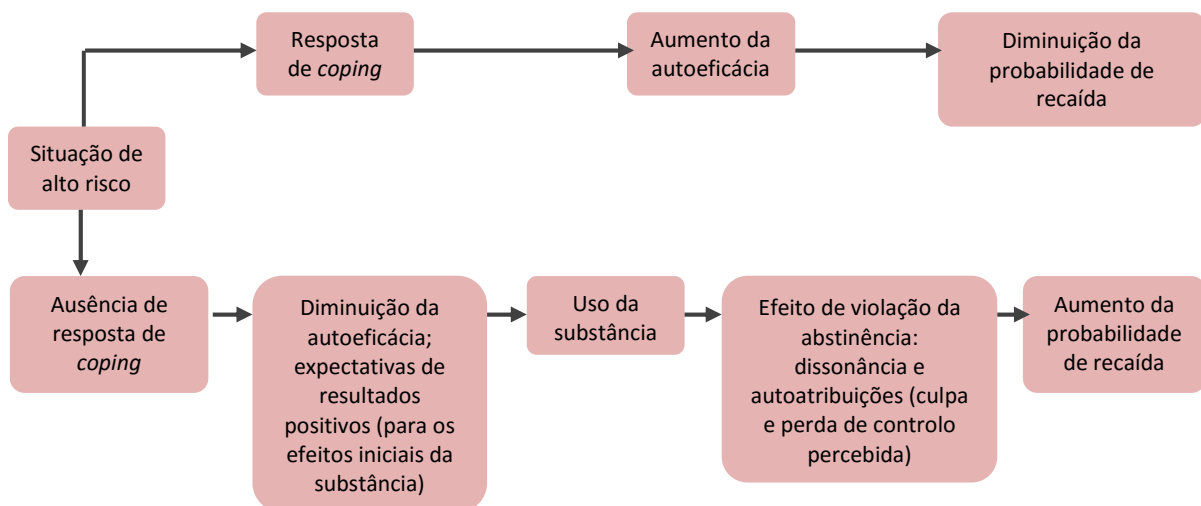
### **Modelo de tratamento**

A TCC postula que para alcançar a abstinência, os adolescentes devem aprender novas formas de responder aos sentimentos, estados de espírito ou situações que no passado os conduziram ao consumo, assim como, às dissonâncias internas que podem surgir como uma consequência do consumo, apesar do compromisso prévio para a abstinência.

O esquema I sugere que a confiança dos indivíduos na sua capacidade para a abstinência (ou seja, a sua autoeficácia) deriva de uma exposição periódica a situações de alto risco que despoletaram ou mediaram situações de consumo no passado. A utilização de competências de *coping* aprendidas através da TCC, nestas situações, aumentam a probabilidade do adolescente

atingir um resultado positivo (a recompensa, a redução da ansiedade, a abstinência, a descontinuidade do consumo) e, por outro lado, fortalece a sua percepção de que um resultado positivo é atingível. O fluxograma ilustra uma sequência padrão do que acontece se o adolescente apresentar déficit de competências de *coping* ou falhas na sua utilização na altura apropriada. Neste caso, uma resposta ineficaz ao acontecimento de risco desencadeia desilusão (ou seja, baixa autoeficácia) e o desejo emergente de solucionar a situação recorrendo ao consumo de canábis. O desejo conduz ao uso e este enfraquece a capacidade percebida para a abstinência.

Esquema I: Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaída.



Fonte: Marlatt & Gordon, 1985.

Em resumo, a TCC é uma intervenção desenhada para ensinar aos adolescentes formas alternativas de lidarem com circunstâncias que estiveram previamente associadas com o consumo. O objetivo é (1) aumentar o leque de competências de *coping* e subsequentemente a percepção da sua capacidade para a abstinência; (2) substituir o uso da canábis enquanto opção automática de *coping*.

## Conceitos chave da terapia cognitivo-comportamental

### Resolução de problemas

A resolução de problemas está contemplada na sessão 5. Esta estabelece fundamentos importantes para as sessões seguintes ao apresentar os problemas como fazendo parte do quotidiano e reassegurando aos participantes de que são capazes de resolver problemas caso se disponibilizem para tal. De acordo com D’Zurilla e Goldfried (1971) as perturbações de saúde mental e comportamentais resultam frequentemente de uma resolução de problemas precipitada. A maioria das pessoas (incluindo os consumidores de substâncias) tendem a interpretar a resolução do problema de forma limitada ao decidir de forma automática (por exemplo, “se fumar um charro, nunca mais me vou sentir aborrecido”). Embora esta abordagem possa produzir uma gratificação imediata, pode conduzir a resultados negativos. Uma resolução cuidadosa do problema poderá não produzir uma gratificação imediata mas ela ocorrerá. O benefício de uma resolução de problemas cuidadosa é o de que assistimos a uma melhoria gradual da situação, sem que as consequências positivas sejam anuladas pelas negativas.

A sessão de resolução de problemas segue a prescrição de D’Zurilla e Goldfried (1971), na qual o processo de resolução é dividido nos seguintes passos: orientação geral, identificação do problema, criação de alternativas, tomada de decisão e avaliação. Os adolescentes são encorajados a pensar em cada passo antes de prosseguirem para o seguinte. A distinção principal situa-se entre o processo linear de *obter a resposta correta* e o processo criativo de *gerar e avaliar as opções*. O estilo didático da TCC pode transmitir aos adolescentes a impressão de que estão numa sala de aula e que estão a ser chamados para dar a resposta correta. No entanto, o terapeuta deve contrariar esta percepção, solicitando ao grupo, ideias criativas e originais para gerar alternativas.

### Gestão dos afetos

A educação afetiva apresentada nas sessões 7, 8 e 11 apoia os adolescentes na regulação das emoções negativas que interferem nas suas tentativas de resolução de problemas. As componentes da educação afetiva são a identificação e a gestão emocional. Na identificação emocional, os adolescentes aprendem a reconhecer as reações físicas e os comportamentos que indicam a presença de raiva ou depressão latente ou desvalorizada. Na gestão emocional, os participantes

aprendem como identificar a escalada de raiva e depressão e a canalizar as suas energias para a resolução de problemas.

A modelagem e o *role-play* são abordagens úteis para ensinar a gestão dos afetos. Estas formas de comunicação são mais eficazes do que os contributos verbais no que diz respeito à compreensão global da experiência afetiva. Estas técnicas permitem ao terapeuta adicionar a inflexão, o tom de voz, a linguagem corporal e a expressão facial adequados ao conteúdo emocional e a demonstrar um leque alargado de pistas emocionais para expressar os seus sentimentos. O *role-play* é um complemento natural da técnica da modelagem. Através deste, os adolescentes podem aplicar o que aprenderam para lidarem com acontecimentos pessoais significativos.

### **Competências de comunicação**

As competências de comunicação eficazes são a primeira forma de defesa dos adolescentes para impedir a escalada dos conflitos emergentes direcionando-os para a resolução de problemas. Na sessão 9 os adolescentes aprendem competências de *coping* (escutar, reformular, refletir) que facilitam a comunicação e aprendem a distinguir desde um padrão menos adaptativo de relacionamento até uma postura assertiva. Embora o objetivo do treino de competências de comunicação seja a comunicação eficaz, o processo pelo qual cada adolescente atinge este objetivo depende da natureza e severidade dos seus défices interpessoais. Para os adolescentes externalizadores ou agressivos, o desenvolvimento de um estilo comunicacional mais eficaz significa melhorar a linguagem compreensiva e aumentar a consciência pessoal da reciprocidade e dos limites. Para os adolescentes internalizadores ou passivos, promover a comunicação significa desenvolver um estilo interpessoal assertivo e estar atento ao *feedback* positivo dos outros.

### **Prevenção da recaída**

A abordagem da prevenção da recaída é desenvolvida nas sessões 10 e 12 com base no modelo cognitivo-comportamental de Marlatt e Gordan (1985) para adultos consumidores de substâncias em recuperação. Este modelo divide o processo de recaída numa sequência de acontecimentos, fazendo sobressair momentos cruciais em que as competências de *coping* podem ser usadas para fortalecer a manutenção da abstinência. Os gatilhos, tais como, estados emocionais negativos ou proximidade a amigos que se encontram a consumir, indicam a necessidade de uma resposta de *coping*. Quando confrontados com um gatilho, os adolescentes podem usar competências de *coping* tais como, a autoinstrução, o suporte social ou a distração para ajudar a



combater os seus *cravings*. Os gatilhos e os *cravings* são geralmente acompanhados de crenças positivas e sentimentos agradáveis associados ao consumo e ao alívio que o consumo proporciona. Para ajudar a resistir a estas crenças os participantes podem utilizar pensamento o alternativo, a auto-distração, o suporte social ou, simplesmente, adiar a ação.

### **Transição das sessões individuais para as sessões de grupo**

Nesta intervenção os terapeutas têm que fazer uma transição do trabalho com os adolescentes numa base individual para passar a vê-los como parte de um grupo. Seguem-se algumas linhas de orientação para questões como a confidencialidade e o trabalho de alianças que podem ocorrer durante esta fase. Alguns terapeutas podem estar familiarizados com este processo, tendo acompanhado os jovens individualmente durante a avaliação inicial e posteriormente continuarem um trabalho em grupo com os mesmos jovens. Podem, no entanto, levantar-se questões relacionadas com a confidencialidade por deterem informação pessoal prévia recolhida aquando das sessões individuais. Esta preocupação é especialmente sensível no trabalho com adolescentes, os quais estão particularmente preocupados acerca de como são vistos pelos seus pares. A ideia é utilizar a informação, pouco a pouco, respeitando ao mesmo tempo a confidencialidade. Uma boa maneira de fazer isto é a utilização de um tópico geral e convidar os adolescentes a partilharem a sua experiência pessoal. Por exemplo, se um membro do grupo está a partilhar acerca de problemas legais associados ao seu uso de substâncias o terapeuta pode dizer: “existem outras pessoas no grupo que têm o mesmo problema. Alguém mais gostaria de partilhar como tem sido no seu caso?”

Neste exemplo, o terapeuta não especifica nenhum elemento do grupo como tendo problemas legais. Pode ainda alargar a discussão dizendo “Mesmo que nunca tenham tido problemas legais podem estar preocupados acerca de uma possibilidade de os virem a ter. Alguém quer falar sobre isso?”

O terapeuta pode ainda convidar um determinado adolescente a partilhar informação pessoal utilizando o tópico de forma a não revelar informação sensível. Por exemplo, “João isto lembra-me a tua situação. Sentes-te confortável em contar ao grupo acerca do que se está a passar contigo e com os teus pais?”. Se o João recusar, não deve ser pressionado. Ele deve decidir fazê-lo quando se sentir mais confortável. Claro que existe sempre o risco de o João ficar aborrecido devido ao terapeuta ter revelado que a situação era similar. Neste caso, o terapeuta é encorajado a pedir desculpa sem se tornar defensivo.

O outro lado da moeda desta questão é o adolescente poder referir algo já discutido com o terapeuta de forma a excluir o resto do grupo. Quando isto ocorre, o terapeuta deve pedir ao adolescente que integre os restantes membros do grupo na sua história. Segue-se um exemplo:

**Luísa:** [olhando para o terapeuta] Lembra-se daquele problema que eu tive com a minha amiga Júlia? Falei com ela, e ela disse...

**Terapeuta:** Espera um momento. Podes explicar ao grupo a situação?

Em geral, o terapeuta conhece e faz uso da informação adquirida durante as sessões individuais mas imputa ao adolescente a responsabilidade de partilhar, ou não, a informação com o grupo. No trabalho com adolescentes, alguns terapeutas têm conhecimento de que os jovens podem ter verbalizado, nas sessões individuais, a motivação para o abandono do consumo de canábis e parecerem menos motivados nas sessões de grupo. Nestes casos, o terapeuta pode suspeitar que esta mudança se deve à preocupação dos adolescentes face à imagem que transmitem aos outros elementos do grupo. O terapeuta pode sentir-se desapontado ou frustrado pela aparente falta de cooperação do jovem e querer confrontá-lo com esta mudança. Tomar esta atitude, só é suscetível de fazer o jovem sentir-se envergonhado e intensificar a sua posição de não optar pela abstinência. As seguintes estratégias são provavelmente as mais produtivas.

Se o terapeuta se aperceber que, em geral, o grupo está a comunicar a atitude de que *“consumir é altamente”* contrariamente ao abandono dos consumos, pode fazer uma observação sobre isso. Por vezes, os membros do grupo podem admitir esta posição, o que poderá resultar num diálogo produtivo acerca das pressões que os jovens podem enfrentar nas suas relações fora do grupo. Mesmo que o grupo rejeite a observação do terapeuta, o simples facto da tomada de posição do terapeuta pode diminuir a possibilidade de continuarem as comunicações anti-abstinência.

Outra estratégia é o reconhecimento de que alguns membros do grupo têm uma mistura de sentimentos similares acerca do abandono versus a continuidade do consumo. O terapeuta pode utilizar algumas reflexões paradoxais para comunicar com o grupo como um todo. Por exemplo, o terapeuta pode dizer: *“Apesar de cada um ter vindo para este programa devido a problemas relacionados com o consumo de canábis, alguns têm partilhado imensas memórias aprazíveis acerca dos tempos em que consumiam e não estão seguros de quererem abandonar para já o consumo.”*

Obviamente, se o grupo se quiser concentrar mais demoradamente nas memórias do consumo, o terapeuta necessita de estabelecer limites para evitar o romancear do uso da canábis ou o despoletar de vontade de consumo.

## ASPETOS COMUNS AO TRATAMENTO

De seguida são apresentadas algumas recomendações comuns ao tratamento. Em geral, a maioria destas questões são resolvidas através da triagem, da avaliação e de uma comunicação clara sobre as expectativas e regras de participação no grupo. Quando surgirem estas questões associadas à intervenção, o terapeuta é aconselhado a consultar o seu supervisor para definir a resposta mais apropriada, tendo em conta as características idiossincráticas do jovem ou da situação.

### Ajustar o tratamento ao cliente

Os adolescentes variam em termos de défices de competências de *coping* e das suas capacidades de aprendizagem. Embora o objetivo geral da TCC seja expor os participantes ao conteúdo central da intervenção, a ênfase e o estilo da apresentação deve ser desenhado para ir de encontro às necessidades e capacidades idiossincráticas de cada participante. Aquando da adaptação da intervenção ao adolescente, o terapeuta deve ter em consideração quatro características cruciais: competências de *coping* desajustadas, severidade do uso e sintomas da abstinência, funcionamento cognitivo e fatores culturais. Estas características serão discutidas em seguida.

### Perturbações de externalização versus internalização

Em princípio os adolescentes estão na TCC para aprender a lidar de forma mais eficaz com os seus problemas quotidianos e melhorarem as competências de *coping*. Alguns jovens podem apresentar competências de *coping* adequadas e somente necessitarem de melhorar as estratégias que estão a utilizar ou trabalhar somente algumas áreas de maior fragilidade. Não obstante, um número significativo de adolescentes inicia o tratamento com estilos de *coping* desadaptativos ou patológicos.

Os estilos desadaptativos podem ser caracterizados pela sua associação com duas classificações gerais sobre perturbações na infância ou na adolescência: perturbações de externalização (perturbação de oposição ou perturbação de comportamento) e perturbações de internalização (depressão, ansiedade ou perturbação de stress pós-traumático). Estas duas

classificações colocam desafios únicos ao terapeuta nos esforços para ajudar os adolescentes a desenvolver competências de *coping* eficazes.

A impulsividade e a agressividade são estratégias de *coping* características de adolescentes com perturbação de externalização. Movidos pela sua reatividade flutuante, estes adolescentes tendem a perder oportunidades de reflexão ou de considerar as opções antes de agirem. Se estiverem dispostos a aprender estas técnicas de resolução de problemas, identificação de emoções e escuta reflexiva têm primeiro que aprender a parar e pensar antes de agir. Os terapeutas devem lembrar-lhes que a ação raramente é o primeiro passo para qualquer estratégia de *coping* eficaz. Pelo contrário, geralmente é o último passo a dar após tempo suficiente para pensar nas várias opções.

Os adolescentes com perturbação de internalização enfrentam desafios diferentes, designadamente, o isolamento social e a desvalorização pessoal. Têm ainda tendência a cultivar baixas expectativas acerca da sua capacidade para lidar com os problemas e, de forma geral, são pessimistas na antecipação das consequências dos seus esforços. Nas relações sociais, as suas crenças de autodesvalorização sobrepõem-se à evidência de aceitação pelos outros. Para trabalhar eficazmente com este tipo de adolescentes, os terapeutas devem desafiar as perceções enraizadas de fatalismo e de baixa autoestima e reforçar positivamente o reconhecimento de sucesso pessoal. Quando se pede para efetuarem o *roleplay*, o terapeuta deve encorajá-los a praticar um estilo interpessoal assertivo e a equilibrar a atenção dada à crítica com a atenção ao *feedback* positivo que recebem dos outros.

### **Severidade do consumo e sintomas de abstinência**

A extensão e severidade do consumo recente de canábis influencia em que medida o participante irá ser bem-sucedido na abstinência futura. Quando se avalia a vulnerabilidade do jovem face à recaída, aconselha-se os terapeutas a avaliarem igualmente a frequência do consumo nos últimos 90 dias e a estabelecerem quais os critérios de diagnóstico de cada indivíduo para a perturbação do consumo de canábis. Os jovens que apresentam consumos frequentes e que apresentam índices de dependência estão mais sujeitos a múltiplos gatilhos, *craving* e pensamentos obsessivos acerca do consumo de canábis do que os outros.

Para além de se considerar os fatores de risco, os terapeutas devem igualmente avaliar se a perceção de vulnerabilidade do jovem é congruente com o risco atual. Se um jovem referir consumos pesados no passado, sintomas de dependência e negar sentir-se em risco perante a recaída ou perda

de controlo face ao uso, notoriamente está em risco de recaída dada a sua falta de preocupação ou vigilância. Para desenvolver a consciência acerca de uma possível recaída o terapeuta deve seguir os padrões de consumo do jovem durante 2 meses até ao momento das sessões de treino relacionadas com os consumos de canábis (sessão 11 e 13). Com base nos registos de consumo, o terapeuta pode eventualmente ser capaz de direcionar a atenção do jovem para as discrepâncias entre o seu otimismo injustificado e o seu consumo continuado.

Os participantes que apresentem um consumo mais severo devem discutir os sintomas de abstinência, tais como, o aumento da ansiedade ou a dificuldade em dormir. Os terapeutas podem assegurar aos adolescentes que estes sintomas são comuns nas 12 a 24 horas após o último consumo e que em geral têm uma duração inferior a 2 semanas. O terapeuta pode encorajar os adolescentes a utilizar estratégias, tais como, técnicas de relaxamento para aliviar a ansiedade ou diminuir a cafeína por forma a reduzir a insónia. Se os participantes anteciparem grandes dificuldades baseados em experiências anteriores ou referirem no presente sintomas de abstinência severos, o terapeuta pode pedir autorização para abordar o problema com os pais, médico de família ou psiquiatra. Não obstante, a referenciação para médico de família ou psiquiatra deve ser efetuada somente em circunstâncias extremas (Steinberg et al., 1997, pg. 23-24).

### **Funcionamento cognitivo**

Dado que é esperado que os participantes na TCC mediem verbal e conceptualmente as suas respostas de *coping* ao stresse interpessoal e intrapsíquico, aqueles que forem diagnosticados com défice cognitivo, podem ter dificuldade na compreensão e aprendizagem de algumas competências descritas neste manual. Quando se avalia a capacidade cognitiva dos jovens para o tratamento, o terapeuta não deve equiparar os défices cognitivos com imaturidade cognitiva ou efeitos prolongados do consumo pesado de canábis. Os jovens com imaturidade cognitiva ou aqueles que apresentem desajustes na memória a curto prazo pelo efeito prolongado do THC, podem inicialmente resistir ao conteúdo da terapia mas eventualmente estarem capazes de assimilar os conceitos essenciais. No entanto, aqueles que evidenciam défices cognitivos mais severos podem necessitar de atenção adicional para compreenderem conceitos, tais como, gatilhos ou resolução de problemas. Com estes participantes, os terapeutas são encorajados a centrarem-se mais na tarefa quando desenvolvem os objetivos do tratamento, utilizando exemplos visuais e concretos, para modelar a resposta mais frequentemente esperada e a utilizar recompensas para ajudar os jovens a perceberem os seus sucessos pessoais.

Quando o problema aparenta ser mais cognitivo do que sensorial são recomendadas as seguintes modificações terapêuticas tanto nas sessões individuais como nas de grupo (estas alterações não devem pretender substituir a referenciação para avaliação e tratamento especializados):

- Usar expressões simples e curtas;
- Simplificar as ideias e a linguagem e usar exemplos concretos, em vez de conceitos abstratos;
- Quando se apresenta uma nova ideia verificar se o jovem a percebe;
- Repetir ideias e informação ao longo das sessões;
- Criar várias oportunidades para a prática de novas aprendizagens.

### **Fatores culturais**

A consciência étnica e cultural é importante para uma aplicação competente do tratamento nas minorias. O contexto cultural ou étnico individual é importante aquando da avaliação da dependência ou abuso da canábis. “O clínico que não está familiarizado com as *nuances* do quadro de referência cultural pode julgar incorretamente variações normativas do comportamento, crenças ou experiência como sendo psicopatologia” (American Psychiatric Association, 1994, pg. xxiv). De acordo com Zweben et al. (1998, pg. 12-13), “o clínico necessita de ser sensível aos problemas culturais e étnicos que possam causar dificuldades no diagnóstico e tratamento (ex. dificuldade em comunicar na língua materna do indivíduo ao nomear sintomas ou compreender o seu significado cultural, na negociação de uma relação apropriada ou nível de intimidade, na definição de um comportamento normativo ou patológico).” Embora este manual não apresente um treino sensível às questões culturais, os terapeutas são encorajados a darem atenção a estes aspetos.

### **Adesão ao tratamento**

#### **Lapsos e recaídas**

Um lapso consiste num uso de canábis breve, limitado no tempo, após um período de abstinência ou um breve incumprimento do plano de cessação do consumo. Uma recaída é um período mais longo de consumo continuado e em geral pesado. Os terapeutas podem ajudar os participantes a lidarem com os lapsos analisando os acontecimentos que conduziram ao consumo, identificando os gatilhos e as reações dos jovens face a estes. O lapso pode ser encarado como uma

oportunidade de aprendizagem. As questões a colocar aos participantes podem ser: “Tinhas expectativas que o consumo de canábis mudaria algo ou satisfaria alguma necessidade?” e “Aconteceu algo após o consumo que possa influenciar o teu consumo e que voltes a consumir no futuro?”.

Quando o jovem recai a sua resposta imediata poderá ser “Fiz asneira, sou um falhado e este tratamento não está a funcionar”. Os terapeutas são aconselhados a desafiarem estes pensamentos de autoderrota elogiando a honestidade dos participantes e afirmando que as recaídas ocasionais são normais; não são uma evidência do falhanço do tratamento ou de que os participantes tenham falhado. O terapeuta pode dizer o seguinte aos participantes: *“As pessoas podem achar que é muito difícil manterem-se completamente abstinentes e podem consumir novamente depois de várias semanas sem consumos. Isto é bastante comum e não há que sentir vergonha. Estiveste abstinente durante 3 semanas antes do lapso. Espero que com isto tenhas aprendido que és capaz de te manter abstinente durante mais tempo. Que tipo de coisas podes fazer para que tal aconteça por um período mais longo?”*

Alguns jovens desistem do tratamento após um lapso ou recaída. Os participantes devem estar advertidos para a possibilidade de que, mesmo com os esforços para manter a abstinência, alguns podem escorregar. Embora tenha sido referido aos participantes de que não devem vir para uma sessão sob o efeito de substâncias, eles devem ser fortemente encorajados a continuarem a participar nas sessões depois de um lapso ou recaída. Retomar o tratamento pode prevenir novas recaídas e ajudar a reafirmar o compromisso pessoal com a abstinência. Para além disto, os terapeutas devem certificar-se de que os participantes entendem que retomar o tratamento após uma recaída não lhes dá permissão para continuarem os consumos.

### **Jovens que chegam sob influência substâncias**

É pedido aos participantes que não consumam aquando da avaliação e nas sessões de terapia. Esta expectativa não deve ser comunicada de uma forma punitiva mas numa perspetiva que permita ao adolescente perceber que esta é a melhor forma de beneficiar das sessões. Esta mensagem deve ser comunicada aquando da admissão ao tratamento, durante a avaliação e na primeira sessão.

Os jovens que se apresentem sob influência de substâncias não poderão participar nas sessões. Esta situação necessita de (1) avaliação da necessidade de desintoxicação; (2) notificação dos pais ou representante legal/cuidador (devido a questões associadas à segurança e à

responsabilidade); (3) avaliação da ameaça potencial à segurança pública (ex. um jovem que vá conduzir após a sessão).

Os jovens que estejam sob influência de substâncias deverão ser identificados previamente às sessões de grupo e assim prevenir a sua integração, embora isto nem sempre seja possível. Se o jovem admitir ter consumido no dia da sessão, o terapeuta deverá fazer uma avaliação clínica para perceber em que medida o adolescente deverá abandonar a sessão. Se o participante parece estar intoxicado (ex.: apresentar dificuldade em se concentrar no conteúdo da sessão, com voz arrastada ou com uma postura demasiado desafiante face aos objetivos do tratamento), o terapeuta deve acompanhar o participante a outro funcionário que possa garantir o transporte do adolescente para casa. Se o terapeuta avaliar que o jovem se encontra capaz de participar ativa e adequadamente na sessão então poderá permanecer na sessão. Sempre que um participante tenha que abandonar o grupo deverá ser encorajado a voltar na próxima sessão e sóbrio (Steinberg et al., 1997, pg. 23).

Caso um elemento do grupo tenha que sair da sessão devido ao uso de substâncias deve-se questionar os restantes elementos em que medida é que observar esta situação os afetou. Devem ser encorajados a verbalizar os seus sentimentos e questionados sobre se esta situação constituiu um gatilho para consumir. No caso de a resposta ser afirmativa devem ser auxiliados a desenvolver um plano que os ajude a não consumir.

### **Faltas às sessões**

Dada a brevidade desta intervenção, os jovens devem completar pelo menos 80% do programa (10 sessões) para que se considere o tratamento completo. Deve-se procurar aumentar a adesão ao tratamento reforçando a importância da frequência e telefonando para relembrar as marcações. Para os jovens que faltarem a apenas uma sessão não será proporcionado um plano de recuperação da mesma. Isto apenas será realizado para os que faltarem a duas ou mais sessões. Nas sessões individuais de IM isto pode ser efetuado através da remarcação. Na intervenção em grupo deverá ser realizada uma reunião com o jovem 15 minutos antes ou após a sessão de grupo. Se houver mais do que um jovem a necessitar desta recuperação, a reunião poderá ser realizada em conjunto, sendo mais conveniente que esta se realize imediatamente antes ou após as sessões de grupo. As reuniões deverão ser abreviadas, focando na revisão dos pontos mais gerais abordados nas sessões a que faltaram. Se o jovem falta a duas sessões consecutivas isso poderá indicar fragilidades na sua rede de suporte e antes de se considerar a sua exclusão do grupo deverá ser efetuada, por



telefone, uma avaliação de potencial deterioração clínica, que a existir deverá ser analisada no âmbito da supervisão.

Se todos os membros do grupo com exceção de um faltam, o terapeuta deverá conduzir uma sessão individual de 45 minutos com o participante contemplando o material planeado para a sessão de grupo. Ao confrontar os participantes que faltaram às sessões, o terapeuta deve explorar os obstáculos ou a sua possível ambivalência face ao tratamento. Steinberg et al. (1997, pg. 20) comentou:

*Muitos participantes faltam às sessões porque: (a) tiveram um lapso e sentem-se demasiado envergonhados para admitir a sua “falha” ao terapeuta, ou (b) estão ambivalentes face à abstinência. Uma avaliação cuidadosa por parte do terapeuta poderá revelar qual destas situações está em causa. A ambivalência indica uma necessidade de se voltar a um foco de intervenção motivacional, o que significa trabalhar com a resistência, reformular e relembrar os objetivos do tratamento. Caso o participante falte às sessões devido ao medo de admitir a falha, o terapeuta deverá reiterar que um lapso ocasional é bastante comum e geralmente sinal de uma situação de alto risco que não foi ainda de diretamente discutida nas sessões.*

### **Atrasos**

Os terapeutas devem frisar que as sessões são demasiado importantes para se perder tempo com atrasos e devem ser feitos esforços para ajudar os participantes a resolver problemas que possam contribuir para os seus atrasos. Os jovens não deverão entrar nas sessões de grupo caso se atrasem mais de 15 minutos. O terapeuta pode avaliar as exceções para os jovens que apresentem uma justificação válida e ponderar em que medida integrar o jovem após o período estabelecido vai perturbar o funcionamento da sessão, assim como, se vai trazer ganhos terapêuticos para o jovem. Os terapeutas devem registar o tempo de sessão perdido.

### **Questões clínicas**

#### **Ameaças à sua integridade ou de outros**

As ameaças a si próprio ou a outros devem ser, sempre que possível, trabalhadas separadamente do grupo e reportadas ao supervisor clínico. A supervisão poderá ajudar a

determinar a melhor resposta clínica, as responsabilidades éticas e legais e quem avisar ou como intervir. Deve ser desencadeada uma reavaliação imediata da severidade do problema e do tipo de intervenção. No caso de o jovem verbalizar ideação suicida ou impulsos para agredir, o terapeuta deverá deixar claro para o grupo que irá abordar esta preocupação com o jovem logo após o final da sessão. É importante que os outros jovens percebam que este tipo de afirmações é levado a sério. Deve-se também verificar em que medida é que ficaram perturbados e de que forma ouvir este tipo de afirmações constitui um gatilho.

Quando um jovem verbaliza uma ameaça a outro elemento do grupo, o terapeuta deve prontamente estabelecer os limites lembrando as regras. O jovem que ameaça deve abandonar a sessão e aguardar até ao final para falar com o terapeuta. Quando a sessão terminar, discutir com o jovem acerca da gravidade de fazer tais ameaças e tentar avaliar o risco que elas representam. O terapeuta poderá considerar dizer ao jovem que fez a ameaça que ainda não é claro se será permitido o seu regresso às restantes sessões de grupo. Isto proporciona ao terapeuta a oportunidade de discutir esta situação com o seu supervisor antes de informar o jovem sobre a decisão.

### **Agravamento da situação clínica**

É inevitável que alguns participantes possam sofrer retrocessos no seu funcionamento pessoal ou interpessoal. Torna-se imperativo que sejam feitos ajustes para fornecer suporte ou referenciar para serviços médicos, psicológicos ou direcionados para o tratamento de dependência de substâncias sempre que necessário. A referenciação para um serviço especializado quando os jovens expressam necessidade, é um incentivo informal à participação, que pode ser importante para alguns dos indivíduos (Zweben et al., 1998, pg. 62).

Os terapeutas deverão referenciar os jovens caso observem o seguinte:

- Agravamento da situação clínica em múltiplas esferas da vida do adolescente devido ao aumento do consumo de canábis;
- Deterioração significativa numa única esfera da vida do adolescente devido a questões de comorbilidade.

## Gestão da participação no grupo

### Relação preexistente entre dois participantes

A relação preexistente entre dois elementos do grupo não justifica automaticamente uma exclusão. Estas situações deverão ser avaliadas caso a caso. Se a relação preexistente for disruptiva para o tratamento o terapeuta, deve referenciar o caso ao seu supervisor.

### Crises externas

Visto que cada sessão tem a sua própria agenda, pode ser previsto um tempo limitado no início para discutir crises externas. Se surgem problemas agudos durante a semana, os participantes e os seus pais podem contactar os terapeutas. Caso o contacto se deva a uma situação grave, o terapeuta deve encorajar a família a ligar para o serviço de emergência ou dirigir-se ao serviço de urgência mais próximo. Se um dos adolescentes contactar devido a uma preocupação tal como um consumo continuado, deve ser dada oportunidade de expor a sua preocupação e remetê-la para a próxima sessão de grupo.

### Comportamentos disruptivos nas sessões de grupo

Com vista a minimizar os problemas e clarificar expectativas acerca dos comportamentos apropriados do grupo, os terapeutas devem definir normas sobre a linguagem e os comportamentos apropriados, bem como, promover uma linguagem focada na recuperação.

Devem ser feitos todos os esforços para lidar com os comportamentos disruptivos, relembrando as regras do grupo através do elemento da equipa de suporte e do *feedback* dos pares. Para promover a conformidade e reduzir a probabilidade de problemas de comportamento no grupo, o terapeuta deve reafirmar de forma clara as regras no início de cada uma das sessões. Antes de se considerar a expulsão, devem ser realizadas intervenções (durante ou após a sessão de grupo) no sentido de modificar os comportamentos disruptivos e voltar a motivar o jovem. Se o jovem continuar a violar as regras do grupo, apesar dos repetidos *feedbacks* corretivos, será convidado a abandoná-lo. Na antecipação desta possibilidade, é designado um membro da equipa antes de cada sessão que estará sempre disponível para qualquer acontecimento inesperado e/ou para a retirada de um membro do grupo. Este elemento da equipa tanto pode supervisionar o jovem que abandonou o grupo como pedir apoio de emergência, caso seja necessário. Deve ser implementada a

supervisão visual sempre que um elemento do grupo seja retirado, devido a um comportamento disruptivo e/ou perturbação emocional. Qualquer retirada de um elemento do grupo durante a sessão deve conduzir a uma reavaliação do tipo ou do nível de intervenção adequada ao jovem.

Os membros do grupo podem exibir uma ampla variedade de comportamentos que podem provocar noutros elementos do grupo, um desafio à autoridade do terapeuta ou desviá-los do foco da sessão. Uma das formas de interrupção é contar “histórias de guerra” (isto é, contar histórias de uso de forma gloriosa). Os terapeutas devem sinalizar o que está a acontecer e desviar a discussão. Isto pode ser feito com humor redirecionado, de maneira a evitar um braço de ferro entre o jovem e o terapeuta. Por exemplo, “ok, ok, nós já percebemos que és o maior, mas quando nos falas dessa forma pode acontecer que outros sintam vontade de voltar a consumir”.

Os membros do grupo podem tentar desafiar a autoridade do terapeuta e/ou tentar colocá-lo numa posição desconfortável, questionando-o acerca das suas experiências com o consumo de canábis. Os terapeutas podem escolher responder ou não a estas questões, dependendo da sua posição acerca da exposição pessoal, devendo lembrar que questões da sua história pessoal não são tão importantes quanto a sua capacidade de compreender as preocupações dos jovens. Mais uma vez, a expressão da empatia por parte do terapeuta vai muito para além deste tipo de questões. Outros comportamentos problemáticos e disruptivos podem incluir comentários de índole sexual inapropriados, interrupção dos outros membros do grupo, conversas paralelas, linguagem obscena, referência a *gangs* e comportamentos ameaçadores. Tal como descrito anteriormente, o foco é na gestão desses comportamentos dentro da sessão, reiterando as regras do grupo e tentando mudar a interação em vez de se envolver numa batalha pelo controlo da autoridade, fazendo comentários empáticos, quando apropriado, e utilizando os comentários de outros membros do grupo. Se o comportamento continuar em escalada, os membros disruptivos podem ser convidados a abandonar o grupo. O terapeuta deve utilizar a sua avaliação clínica para decidir se o jovem deve ter uma oportunidade para regressar à sessão depois do problema de comportamento ter cessado ou se deve ser excluído até ao final da sessão.

### **Quebra da confidencialidade pelos elementos do grupo**

A resposta a este tipo de questões deve ser similar à referida anteriormente, isto é, o terapeuta lembra ao elemento do grupo em questão as regras da confidencialidade e questiona-o acerca do seu compromisso na adesão a esta regra. No caso de uma quebra de confidencialidade é dada grande ênfase ao *feedback* e pressão dos pares. Por exemplo, o jovem cuja confidencialidade

foi quebrada pode partilhar os efeitos que este comportamento teve para si próprio. Aos outros jovens pode ser pedido que falem acerca das suas preocupações acerca do tema. Deve ser dito ao grupo que futuras violações desta regra podem conduzir ao fim do próprio grupo.

### **Pedidos de atenção individualizada fora das sessões de grupo**

A consulta individual, após as duas sessões de intervenção motivacional, é desencorajada, a não ser que seja necessária para avaliação no caso de agravamento do estado clínico. Se um membro do grupo pede para discutir um problema com o terapeuta em privado, ele deverá explorar as razões deste pedido. Geralmente, isso será suficiente para tranquilizar o jovem de que o assunto é apropriado para ser discutido em grupo.

### **Participantes monopolizadores/inativos**

Devido à brevidade da intervenção é particularmente importante que em cada uma das sessões se disponibilize tempo e atenção suficientes aos jovens. Nas sessões de terapia de grupo, a atenção a cada um dos membros pode ser dificultada por alguns desequilíbrios na extensão da participação de cada elemento. Lewinshohn e col. (1984) sugeriram que alguns membros podem ser caracterizados como “monopolizadores”, quando dominam a discussão e chamam a atenção, ou “não-participantes”, quando não participam ou participam muito pouco. Na intervenção CYT, durante o grupo de TCC, foram observados subtipos similares de participantes que refletem tanto uma participação extremamente ativa como inativa. O terapeuta deve equilibrar o tempo e garantir que todos os membros do grupo recebem atenção suficiente na terapia. As duas secções seguintes descrevem algumas estratégias para lidar tanto com os membros monopolizadores como com os inativos.

Alguns jovens podem falar tanto nas sessões que monopolizam o tempo e a atenção do grupo. Se esta situação não é controlada, os restantes elementos podem não ter a atenção terapêutica que necessitam e, assim, perder o interesse na terapia. Por outro lado, o terapeuta pode não estar atento a questões que preocupem outros elementos do grupo. Deve ser pedido ao elemento monopolizador que intervenha menos durante a sessão de grupo, mas este pedido deverá ser formulado de tal forma, que ele não se sinta humilhado ou colocado de parte. De sublinhar que os adolescentes são especialmente sensíveis a sentirem-se envergonhados ou embaraçados na presença dos pares. Algumas das razões mais comuns pelas quais os adolescentes podem exibir este

tipo de comportamentos são carência, impulsividade ou problemas de atenção e características antissociais:

1. **Monopolizadores carentes:** Muitos adolescentes com problemas de abuso de substâncias podem também experienciar problemas interpessoais, incluindo relações familiares e de pares pouco satisfatórias. Como resultado, podem sentir-se particularmente sós e negligenciados. Assim, quando um terapeuta está atento e um grupo de adolescentes com problemas similares o ouvem, poder-se-ão sentir tão satisfeitos por ter a atenção do grupo que se entusiasmam. O monopolizador carente pode ser identificado pelos seus comentários, que habitualmente são centrados na tarefa e pró-sociais. A melhor forma para lidar com estes jovens é manter presente que os seus comportamentos derivam do seu desejo de ser notado e apreciado. Deve-se valorizar as suas intervenções positivas e pedir-lhes que intervenham menos durante a sessão de grupo no intuito de ajudar os restantes elementos do grupo. Por exemplo: “Tu trouxeste alguns bons exemplos. É evidente que tu pensaste acerca do assunto. Vou-te pedir um tempo para ajudar a encorajar os outros para fazer o mesmo, ok?”. Alguns destes elementos apreciam particularmente tarefas como escrever os comentários do grupo no quadro durante os exercícios de *brainstorming*. Isto permite-lhes ter um papel especial no grupo e em simultâneo que os outros elementos do grupo participem verbalmente.
2. **Monopolizadores impulsivos:** Outros adolescentes podem interromper e/ou falar longamente nas sessões de grupo devido a problemas de impulsividade ou de atenção. Estes jovens podem ser identificados pelos seus comentários frequentemente à margem da tarefa, isto é, podem abordar uma variedade de assuntos que não estão relacionados, ou apenas remotamente relacionados com o tópico da sessão. Muitos jovens facilmente se distraem com estímulos ambientais externos (tais como, sons fora da sala de grupo). Alguns dos seus comentários podem estar relacionados com estas distrações. Por vezes, estes jovens têm consciência destes problemas de atenção e, de forma geral, sentem-se confortáveis com as solicitações ou os pedidos dos terapeutas de recentração na tarefa. Muitos destes jovens também respondem positivamente a uma combinação simultânea de pistas verbais e visuais; o terapeuta é encorajado a usar gestos e sinais com comentários verbais para redirecionar monopolizadores impulsivos. Por exemplo, o terapeuta pode sorrir e levantar a mão como um sinal de paragem, enquanto diz “primeiro deixa-o terminar”. Outro gesto útil poderá ser utilizar um sinal gestual “T” para solicitar tempo encorajando o jovem a que espere antes de falar. Para ajudar o jovem a conter os seus comentários impulsivos durante as sessões de

grupo e sendo evidentes os seus problemas de impulsividade e de atenção, o terapeuta deve considerar referenciá-lo para avaliação e possível intervenção específica. Estas questões devem ser colocadas em supervisão.

- 3. Monopolizadores antissociais:** Outro tipo de monopolizador é aquele que tenta desafiar a autoridade do líder e demonstrar poder sobre o que o grupo faz e discute. Este tipo de jovem tenta desviar a discussão da tarefa e direcioná-la para tópicos negativos, tais como, gabar-se dos seus consumos e das suas atividades antissociais relacionadas com os consumos, como lutas, atividades criminais e promiscuidade. Estes jovens podem, de um modo mais ou menos subtil, pressionar ou intimidar os restantes membros do grupo para que o sigam. Por exemplo, se outro elemento do grupo tenta voltar ao tópico da tarefa, o monopolizador antissocial pode olhar para o outro e revirar os olhos como forma de crítica. Estes monopolizadores antissociais podem tentar desenvolver um jogo no qual eles ganham pela tomada de controlo do grupo e pela derrota do terapeuta. Por vezes, estes jovens podem desencadear sentimentos de raiva no terapeuta devido ao desrespeito flagrante e ao seu efeito negativo nas atitudes dos restantes membros do grupo. A melhor forma de lidar com estes participantes é estabelecer limites e reorientá-los, sem deixar que os seus sentimentos de raiva surjam sob a forma de contra-ataque, tais como, sarcasmo ou humilhação. Se esta última situação ocorrer e o terapeuta responder na mesma medida, o monopolizador antissocial frequentemente escala no seu comportamento negativo. O terapeuta deverá falar de forma direta e firme e poderá considerar útil remeter para as regras de grupo e/ou para o impacto nos restantes participantes. Por exemplo, “Vou ter que te cortar a palavra. Lembre-te que uma das regras do grupo é a não partilha de “histórias de guerra”. Não quero que isso constitua um gatilho para os outros elementos do grupo.” Se o terapeuta verificar que se está a desenvolver um padrão em que os elementos do grupo começam a sentir que é preferível seguir a liderança do monopolizador antissocial, poderá ser útil falar com o grupo acerca desta questão. O terapeuta pode dizer algo como “Posso estar errado, mas parece-me que alguns membros do grupo estão a começar a achar que é melhor usar drogas do que parar os consumos. Se for este o caso, fico preocupado que isto possa tornar mais difícil o processo dos que querem parar.” Após esta afirmação, os elementos do grupo podem discordar do terapeuta argumentando “não, não é o que nós sentimos, pode ser bom das duas formas”. Para isto ser eficaz não é necessário procurar a concordância dos jovens. Por vezes, só o facto de fazer referência à preocupação é suficiente para diminuir a probabilidade de os participantes continuarem com esse discurso. Se continuarem o

terapeuta pode dizer, com um sorriso, algo como “este é o tipo de coisa de que estava a falar... vamos voltar a encarrilar”.

Contrariamente aos monopolizadores, alguns jovens participam muito pouco nas sessões de grupo mostrando-se geralmente como membros inativos. Isto é um problema porque podem beneficiar pouco do tratamento e os outros elementos podem-se sentir desconfortáveis perante a sua inatividade. O terapeuta deve tentar motivar estes jovens a participarem mais. Como as sessões de grupo incluem exercícios nos quais é pedido a cada jovem para partilhar a sua resposta isto ajuda a assegurar que cada elemento tem oportunidade de obter atenção. É importante assegurar que cada um dos jovens tem oportunidade de participar e que os restantes membros prestam atenção. Há maior probabilidade de os membros do grupo se envolverem em conversas paralelas quando os elementos menos apreciados estão a apresentar. Quando isto acontece o terapeuta deve colocar limites através de comentários tais como “Por favor estejam atentos, a Jéssica está a falar. Mostrem respeito. Desculpa Jéssica, continua”.

Mais uma vez, ter consciência das razões pelas quais os jovens podem ser inativos, ajuda a orientar a resposta do terapeuta. De seguida, apresentam-se três tipos diferentes de elementos de grupo inativos: os ansiosos, os zangados ou os que têm défices cognitivos.

**1) Elementos inativos ansiosos:** Alguns destes elementos podem ser ansiosos, tímidos ou receosos, tal como é demonstrado pelos seus movimentos nervosos, discurso frágil e respostas hesitantes. Apresentam-se aqui algumas estratégias que o terapeuta pode usar para ajudar estes participantes a sentirem-se mais confortáveis:

- Envolvê-los diretamente na discussão chamando-os pelo nome “Manuel, o que pensas acerca disto?”. Tentar perguntar-lhes algo que não seja uma questão difícil ou que provoque ansiedade.
- Envolvê-los, pedindo-lhes que leiam algumas das orientações para as competências durante as sessões, a menos que eles mostrem dificuldades na leitura.
- Quando os elementos formam par para os exercícios de role-play sugerir-lhes formas de emparelhamento para que estes elementos não sejam os últimos a encontrar um par.

**2) Elementos inativos zangados:** Os jovens podem ainda ser inativos devido ao seu ressentimento e raiva em relação ao tratamento, principalmente se sentem que foram forçados ao tratamento contra a sua vontade. Eles podem comunicar os seus sentimentos de zanga através de pistas não-verbais, tais como, suspirar, cruzar os braços ou fazer caretas. Uma estratégia útil com estes membros inativos é dizer-lhes o que vemos num tom sem



juízo e convidá-los a falar sobre os seus sentimentos. Por exemplo, “Ao ouvir-te bufar dessa forma parece-me que estás zangado. Podes falar-nos acerca do que se está a passar?” O jovem pode continuar a não querer falar mas esta afirmação pode ajudar a aumentar a probabilidade da sua participação no futuro. Por outro lado, isto ajuda a que os restantes membros do grupo percebam que o terapeuta entende o que se está a passar. Como resultado ficam menos propensos a sentirem-se ansiosos ou distraídos pelos elementos inativos zangados. Pode ser útil normalizar estes sentimentos de zanga dizendo por exemplo, “Eu sei que por vezes as pessoas sentem que são forçadas a estar aqui pelo sistema legal ou pelos seus pais e perceber isso pode fazer com que se sintam zangados. Alguém se sente nesta situação?” O terapeuta pode expressar a expectativa de que alguns aspetos das sessões lhes possam ser úteis ou pelo menos “aceitáveis” apesar do facto de se sentirem pressionados.

**3) Elementos inativos por défice cognitivo:** Finalmente, alguns participantes podem ser inativos durante as sessões de grupo porque têm défices cognitivos que lhes dificultam manterem-se a par do resto do grupo. O seu pensamento pode ser mais concreto e podem ter dificuldades em seguir alguns dos comentários feitos pelo líder do grupo ou pelos outros participantes. O terapeuta pode ajudar estes participantes das seguintes formas:

- **Tentar simplificar as explicações.** Quando são expressadas ideias complexas é importante traduzi-las e repeti-las de uma forma simples para todo o grupo. Obviamente se a explicação simplificada for dirigida apenas a um membro do grupo este poderá sentir-se humilhado.
- **Criar um contexto seguro para colocar questões** acerca de conceitos ou palavras que não foram compreendidas. Por exemplo, quando um jovem diz “o que é significa hesitante?” dizer “Ainda bem que perguntaste. Por vezes as pessoas têm receio de perguntar e sentem que deviam compreender tudo”. Depois explicar de uma forma simples.
- Por vezes estes membros do grupo podem fazer um comentário que é uma demonstração clara de que estão longe de ter compreendido o que foi dito. A principal preocupação é **prevenir que eles sejam ridicularizados pelos outros** quando isto acontece. Tentar procurar algo de correto ou relevante no que ele disse (o que geralmente pode ser encontrado se o terapeuta for criativo). Fazer um comentário que reflita a parte correta do que o jovem referiu e depois corrigir o que está errado. Se os outros elementos o ridicularizarem, colocar limites neste comportamento.

- **Ter em consideração se o problema cognitivo do jovem necessita de algum tipo de avaliação ou possível tratamento.** Por exemplo, é possível que um jovem com dificuldades cognitivas possa estar a experienciar sintomas psicóticos ou pré-psicóticos. É ainda possível que o jovem possa ter uma dificuldade de aprendizagem. Muitos jovens com dificuldades de aprendizagem já foram avaliados e já estão a receber ajuda. No entanto, se parecer que essa avaliação ainda não foi feita o terapeuta deve discutir em supervisão a necessidade de se proceder à referência.

## Questões administrativas

### Longos períodos de espera

Se o período de espera entre as sessões individuais e o início das sessões de grupo for maior do que duas semanas, os terapeutas devem manter contactos telefónicos semanais para ajudar a preparar o adolescente para o tratamento e avaliar algumas mudanças no estado do jovem que possam implicar um contacto direto imediato. No caso de ocorrer uma mudança significativa, o terapeuta deverá discuti-la com o supervisor.

### Prevenir dificuldades

Os terapeutas devem explorar potenciais obstáculos, tais como, problemas de transporte, questões de cuidado de crianças, horários escolares, questões judiciais ou férias e discuti-los com os participantes, na sessão introdutória. Os terapeutas poderão querer explorar as tentativas de tratamento anteriores ou insucessos e devem encorajar os participantes a discutirem os pensamentos presentes acerca do abandono do tratamento. Caso os participantes expressem desilusão para com o tratamento, os terapeutas devem reassegurar que raramente o progresso no tratamento é estável e que a maioria dos participantes experiencia desespero, raiva ou frustração em algum momento do processo.

## Questões éticas e legais relevantes

### Admissão ao tratamento: aspetos legais

O acesso de menores ao tratamento e o controle da informação fornecida são questões pertinentes na implementação deste programa, que deverão levar os aplicadores deste manual a consultar a legislação e articular com os serviços ligados à proteção de crianças e jovens, para determinar os direitos dos adolescentes nestas matérias.

### Dever de informar

Outra das questões relevantes prende-se com o dever ético do profissional informar, caso perceba que o adolescente se poderá colocar em risco a si próprio ou a outros. O terapeuta pode ser considerado legalmente responsável por avisar, tanto as potenciais vítimas, como as autoridades. A tendência é a de “agir razoavelmente” no sentido de proteger a potencial vítima e o terapeuta deverá estar informado e assessorado sobre as questões legais.

### Relatos de abuso

É comum a equipa clínica ter conhecimento de abusos físicos ou sexuais, negligência ou maus tratos a menores. Nestes casos, os terapeutas devem reportar imediatamente ao supervisor acontecimentos recentes, risco eminente de abuso físico ou sexual, negligência ou maus tratos de um cliente menor. Caso o supervisor não esteja disponível, o terapeuta deve notificar o responsável clínico do serviço. Esta consultoria poderá ajudar a determinar se existe razão para reportar a situação às autoridades locais.

## VISÃO GLOBAL DA INTERVENÇÃO

### Protocolo de intervenção

Esta é uma abordagem de intervenção breve com adolescentes com perturbações de uso de canábis, que consiste em duas sessões individuais de intervenção motivacional, seguidas de dez sessões de grupo de terapia cognitivo-comportamental. As duas sessões iniciais de intervenção motivacional têm como objetivo o aumento da motivação para o abandono do consumo de canábis e a preparação dos adolescentes para as sessões de grupo, com a introdução da análise funcional e o conceito de gatilhos – desencadeadores. O objetivo das sessões de grupo é apoiar os jovens no desenvolvimento das competências úteis à paragem ou redução do consumo de canábis. As sessões de terapia cognitivo-comportamental focam-se em:

- Aprender competências básicas de recusa das ofertas de canábis;
- Estabelecer uma rede social que apoie a recuperação;
- Desenvolver um plano de promoção de atividades alternativas não associadas a drogas;
- Treinar competências de resolução de problemas;
- Lidar com situações de alto risco e aprender a recuperar de um lapso ou recaída, que possam vir a ocorrer;
- Tomar consciência e lidar com emoções que possam interferir com a manutenção da abstinência (raiva, depressão);
- Desenvolver competências de comunicação;
- Lidar com o *craving* e impulsos para consumir canábis;
- Lidar com os pensamentos sobre canábis.

O quadro seguinte ilustra a sequência das doze sessões da intervenção. Note-se que as primeiras duas sessões (individuais) têm a duração de 60 minutos e as sessões de grupo estão programadas para 75 minutos.

## Sequência da intervenção

SESSÃO	MODALIDADE	DURAÇÃO	ABORDAGEM PRINCIPAL	TÓPICOS
SESSÃO 1	Individual	60 min.	IM	Construção da motivação (pg.78)
SESSÃO 2	Individual	60 min.	IM	Definição de objetivos (pg. 86)
SESSÃO 3	Grupo	75 min.	TCC	Competências de recusa da canábis (pg.96)
SESSÃO 4	Grupo	75 min.	TCC	Reforço da rede social de suporte Promoção de atividades alternativas (pg.107)
SESSÃO 5	Grupo	75 min.	TCC	Resolução de problemas (pg. 115)
SESSÃO 6	Grupo	75 min.	TCC	Plano de emergência e lidar com as recaídas (pg.123)
SESSÃO 7	Grupo	75 min.	TCC	Consciencialização da raiva (pg.128)
SESSÃO 8	Grupo	75 min.	TCC	Controlo da raiva (pg. 141)
SESSÃO 9	Grupo	75 min.	TCC	Comunicação eficaz (pg.148)
SESSÃO 10	Grupo	75 min.	TCC	Lidar com o <i>craving</i> e impulsos para consumir canábis (pg. 157)
SESSÃO 11	Grupo	75 min.	TCC	Controlar a depressão (pg.166)
SESSÃO 12	Grupo	75 min.	TCC	Lidar com os pensamentos sobre canábis (pg. 178)

Enquanto as duas primeiras sessões se baseiam primordialmente na intervenção motivacional, as restantes focam-se principalmente na abordagem cognitivo-comportamental, mas espera-se que exista alguma sobreposição de cada uma destas abordagens ao longo das sessões.

A elaboração conjunta do relatório individual pelo terapeuta e o adolescente é essencial. O terapeuta apoia a realização deste relatório ao expressar um interesse genuíno e uma reação imparcial face aos pontos de vista do jovem. Os terapeutas são encorajados a utilizarem uma linguagem familiar aos adolescentes.

Geralmente, recomenda-se que os terapeutas trabalhem de acordo com a abordagem de intervenção motivacional ao longo das sessões, incluindo nas sessões de terapia cognitivo-comportamental. Os terapeutas são motivados a fazerem uso das suas competências de intervenção motivacional ao longo das sessões por duas razões importantes. Primeiro, muitos dos jovens permanecerão ambivalentes acerca da abstinência de canábis para além das duas primeiras sessões.

Se o terapeuta mantiver as reflexões e comentários de reforço da motivação, os jovens terão uma maior probabilidade de a desenvolverem. Segundo, o estilo de intervenção motivacional é recomendado pois ajuda a evitar um potencial estilo de comunicação autoritário em que um terapeuta adulto diz ao adolescente o que ele “deve” fazer. A utilização deste estilo de intervenção maximiza a hipótese de um diálogo colaborativo entre terapeuta e adolescente.

**Sessão 1** – Inclui a entrevista motivacional e foca-se no estabelecimento da relação e construção da motivação. O terapeuta explora as razões pelas quais o jovem procurou tratamento, situações de tratamento anteriores, tentativas de paragem prévias, objetivos de tratamento e percepções acerca da autoeficácia. Um *feedback* personalizado do relatório individual (anexo à sessão 1) delinea a informação obtida através dos instrumentos de avaliação inicial e evidencia os problemas e preocupações do adolescente relativamente ao consumo. O terapeuta reforça a motivação para a mudança e explora a ambivalência, enquanto barreira significativa para a abstinência.

**Sessão 2** – Reforça a motivação do participante para a mudança. A primeira sessão é sumariada e são discutidas as reações aos conteúdos abordados na primeira sessão. O terapeuta e o jovem colaboram na definição de um plano personalizado para a mudança. O terapeuta introduz os conceitos de análise funcional e gatilhos, fornece informações gerais acerca da participação na terapia de grupo e no programa “Rede de Suporte Familiar” (se aplicável), e responde às questões ou preocupações dos adolescentes.

**Sessão 3** – Foca-se no desenvolvimento de competências de recusa de canábis. Os participantes discutem a pressão social, a necessidade de uma resposta imediata e eficaz, formas de dizer “não” rápida e convictamente, atividades alternativas e evitar as desculpas. O terapeuta dramatiza respostas ineficazes (passiva, agressiva, passiva-agressiva) e eficazes (assertivas). Inclui-se aqui a dramatização de situações de risco.

**Sessão 4** – Foca-se no reforço da rede de suporte social. O adolescente identifica potenciais apoios, formas de suporte úteis e métodos de aumento das relações sociais e do suporte. O terapeuta faz modelagem de formas apropriadas de procura de suporte. Os membros do grupo completam o diagrama social circular e descrevem o suporte disponível daqueles que incluíram no seu diagrama. São também apresentadas formas de promover a participação em atividades alternativas apropriadas.

**Sessão 5** - Foca-se no desenvolvimento de competências eficazes de resolução de problemas utilizando um modelo de 5 passos. Os participantes realizam um exercício de grupo para aplicação do modelo e respondem ao *feedback* dos seus pares e do terapeuta.

**Sessão 6** – Concentra-se nas estratégias para lidar com situações de alto risco inesperadas e com eventuais recaídas. O grupo discute situações que possam precipitar a recaída. Os participantes são advertidos de que o consumo de canábis poderá conduzir a sentimentos de culpa e vergonha. São encorajados a encarar estas situações como oportunidades de aprendizagem que contêm informação para prevenir futuros consumos. Os membros do grupo desenvolvem um plano de emergência pessoal e identificam os passos para lidar com um lapso ou uma recaída.

**Sessão 7** – Apresenta a consciencialização da raiva e treino de competências de relaxamento. São fornecidas pistas para que os participantes reconheçam os indicadores iniciais da raiva e aprendam a diferença entre acontecimentos internos e externos que conduzem a este sentimento. Um exercício de prática verbal ajuda os jovens a processar o conteúdo da sessão. São ensinadas técnicas de relaxamento progressivo.

**Sessões 8** – Ensinam-se técnicas de controlo da raiva e a sua expressão de forma apropriada. Os participantes são encorajados a utilizarem as competências de resolução de problemas nas situações que despoletam raiva. O terapeuta modela expressões apropriadas de raiva e os membros do grupo dramatizam para ajudar no processamento do conteúdo da sessão.

**Sessão 9** – Introduce os elementos de uma comunicação eficaz: escuta ativa, assertividade e lidar com a crítica. Os jovens aprendem a refletir sobre as suas discussões com os outros e são encorajados a afirmar os seus pensamentos, crenças e sentimentos, enquanto respeitam que os outros possam pensar e sentir de forma diferente. As técnicas incluem a modelagem e o *roleplay*.

**Sessão 10** – Apresenta as opções para lidar com o *craving* e impulsos para o consumo de canábis. Os participantes aprendem a identificar os gatilhos, a usarem um registo diário da intensidade, extensão e gatilhos para o consumo e a usar técnicas para lidar e resistir aos impulsos tal como as autoinstruções, falar com amigos e envolverem-se em atividades distratoras.

**Sessão 11** – Está relacionada com sentimentos de depressão e a sua gestão. Os tópicos incluem o reconhecimento precoce de sentimentos negativos, os efeitos dos pensamentos automáticos negativos e as técnicas usadas para substituir pensamentos negativos por positivos. Os participantes são encorajados a utilizar as competências de resolução de problemas para resolverem situações que contribuem para sentimentos de tristeza.

**Sessão 12** – Regressa ao tema central de lidar com pensamentos sobre canábis. É reassegurado aos participantes que estes pensamentos são comuns na recuperação e que pensar

não é o mesmo que agir. O terapeuta propõe técnicas cognitivo-comportamentais para lidar com pensamentos sobre canábis e revê as 12 justificações mais comuns para a recaída (Marlatt and Gordon, 1985). São ainda discutidas questões relacionadas com o final da terapia.

### Descrição de um caso

De acordo com esta abordagem e para introduzir os conceitos para a prática em contexto real, o caso seguinte ilustra o encorajamento que os adolescentes recebem nas sessões para prolongarem o período de abstinência da canábis e avaliarem os potenciais impactos do consumo da canábis nas suas vidas. Nesta situação, o terapeuta aceita a ambivalência dos jovens acerca da mudança. Não tenta forçar a abstinência mas ajuda os jovens a entenderem os riscos associados a um consumo continuado.

Esta intervenção orienta-se para colmatar défices nas competências de *coping* anteriores ao consumo de canábis. Os indivíduos que dependem do consumo de substâncias para lidar com dificuldades habitualmente identificam poucas estratégias de resolução de problemas para além do consumo. Os défices de competências são percebidos como centrais no processo de recaída. Assim, a terapia cognitivo-comportamental foca-se no desenvolvimento e no treino de competências.

O caso a seguir descrito foi construído a partir de várias situações reais encontradas no estudo CYT.

A avó de D. - senhora M. – trouxe o neto para tratamento logo após ter tido conhecimento do programa, através de um anúncio de jornal. Recentemente, D. passou a viver com a sua avó depois de ter decidido que não conseguia continuar a viver com a sua mãe, a qual, de acordo com a descrição da senhora M., “é uma consumidora abusiva de álcool e uma mulher com dificuldade em ouvir”. Pouco tempo depois de se mudar para casa da avó, D. foi detido por posse de canábis. Por forma a assegurar que não cumprisse pena de prisão, a senhora M. encaminhou-o para tratamento, com esperança que o juiz tivesse em consideração a sua iniciativa, no dia do julgamento.

D. apresentou-se em tratamento de forma adequada, quer do ponto de vista verbal, quer da sua indumentária, e coincidente com um rapaz de 16 anos. Na admissão referiu que teve a primeira experiência com canábis aos 13 anos. Admitiu “fumar bastante” nos últimos meses – quase diariamente nos últimos 90 dias. Referiu um sintoma de dependência de canábis no último ano (dispender muito tempo com a obtenção da substância) e dois sintomas de abuso (uso continuado apesar do insucesso no cumprimento das suas responsabilidades, quer em casa, quer na escola, e envolvimento repetido em conflitos e problemas legais). Embora a avaliação de D. indique uma



perturbação de comportamento (mente e engana para obter o que deseja, apresenta absentismo escolar e sai até mais tarde do que lhe é permitido), D. não apresenta critérios que indiquem um padrão persistente de comportamento agressivo face aos outros. D. refere ainda obter resultados escolares adequados (aluno médio) embora afirme que podia fazer melhor.

Durante a primeira sessão de intervenção motivacional, D. expressou ceticismo quanto a fumar mais canábis do que a média dos adolescentes, afirmando conhecer vários jovens da sua idade que fumavam mais do que ele. No entanto, disse que ultimamente estava a fumar muito e voluntariamente fez a conexão entre fumar muito e “esquecer-se de coisas”. Embora não estando preparado para a abstinência, D. disse que gostaria de diminuir o seu consumo para metade – consumindo maioritariamente aos fins-de-semana. Planeava manter-se abstinente durante o tratamento para que os testes de despiste enviados para tribunal dessem negativos. No final da sessão de *feedback*, o terapeuta questionou-o acerca da sua avaliação de 50% de probabilidade de mudança de comportamento. D. escolheu aumentar a probabilidade para 80%.

Aquando da sessão 5 (resolução de problemas), o tribunal já tinha marcado a data da audiência e tinha-lhe sido designado um técnico de reinserção. D. encontrava-se na terceira semana de aulas e ao final da tarde praticava futebol. Durante a breve revisão do progresso realizada no início desta sessão, D. disse estar satisfeito com o tempo que passava com os colegas de equipa, acrescentando “eles consomem muito menos do que os amigos com quem passei o verão”. Os terapeutas congratularam D. por reunir apoio de amigos para o ajudarem na concretização do seu objetivo de não consumir. D. esteve atento durante a sessão e sugeriu três soluções durante o exercício de *brainstorming* para ajudar a resolver o problema de outro elemento. O terapeuta apontou as ideias de D. no quadro, visíveis para todos.

Na sessão 7 (consciencialização da raiva), D. referiu ter ido a uma festa no sábado anterior. Apesar de ter tido várias oportunidades, não consumiu “porque sei que iria acusar no teste e o juiz me mandaria prender”. Embora este não fosse o melhor exemplo para a resolução de problemas, o terapeuta usou-o como uma oportunidade de construção da confiança. Sugeriu que ele havia resolvido um problema ao considerar as opções, tal como o fez nos exercícios de grupo das semanas anteriores. D. aceitou a ideia e disse: “acho que estou a pensar mais nas coisas”. No entanto, durante a sessão, D. não se mostrou convencido acerca da utilidade do material relativo à consciencialização da raiva, dizendo: “eu fico zangado quando estou zangado, não é por estar cansado ou outra coisa qualquer”. Depois de completar o exercício “condução de uma autoentrevista”, o terapeuta questionou-o se conseguia ver possibilidades de antecipar a raiva. D. manteve-se pouco convencido e mostrou-se mais recetivo ao treino de relaxamento. O terapeuta observou que no final D. levou

consigo o material relativo às técnicas de relaxamento, mas deixou para trás os da consciencialização da raiva.

Antes do início da sessão 8 (controlo da raiva), o terapeuta falou com D. em privado para o informar que o teste de urina indicou consumo<sup>6</sup>. D. mostrou-se surpreendido e disse ter a certeza que estava abstinente há 3 semanas. Percebendo que D. se estava a sentir ansioso devido ao envio desta informação para o tribunal, o terapeuta deu-lhe a possibilidade de fazer uma segunda recolha de urina. Nessa sessão, durante a discussão acerca de como lidar com a raiva, D. novamente afirmou não conseguir ver como controlar a sua própria raiva. O terapeuta questionou-o acerca de quais os passos para lidar com a raiva lhe fariam mais sentido. D. respondeu que seria o “passo 1 – relaxa” e comparou-o com uma “pausa”. O terapeuta, após ajudar D. a explorar a sua utilização das pausas, encorajou-o a usar o exercício de prática em contexto de vida real para ver se conseguia reconhecer os gatilhos que lhe despoletavam raiva.

Antes do início da sessão 9 (comunicação eficaz), o terapeuta informa D. de que a segunda recolha de urina não indica presença de canábis. O jovem ficou visivelmente aliviado. Durante a revisão do progresso, D. afirma que fez a primeira recolha de urina para tribunal e que espera que o resultado seja o mesmo. O terapeuta congratula-o e encoraja-o a dar continuidade aos seus objetivos. Durante a discussão acerca da comunicação eficaz o terapeuta observa que D. está alheado e tem conversas paralelas com outros elementos do grupo durante a sessão. O terapeuta é parcialmente bem-sucedido no envolvimento do jovem no *roleplay* sobre responder a críticas construtivas e destrutivas.

Durante a revisão do progresso realizada no início da sessão 10 (lidar com o *craving* e impulsos para consumir canábis) D. referiu que consumiu por três vezes numa festa que organizou em casa da avó quando ela estava fora a visitar familiares. Quando questionado pelo terapeuta acerca do gatilho que despoletou o consumo, D. referiu que “sentia-me um pouco aborrecido e no meio de todos aqueles amigos simplesmente pensei, porque não? Eles pelo menos estão-se a divertir.” O terapeuta devolveu a D. que o aborrecimento e o consumo dos amigos foram os gatilhos para o seu consumo e questionou-o acerca das consequências positivas e negativas do mesmo. D. referiu ter-se sentido bem no momento mas que agora sentia medo que o técnico de reinserção lhe pedisse outra análise de urina. Aprofundando melhor, o terapeuta percebeu que D. deixou uma pilha de garrafas de cerveja vazias na garagem que foram encontradas pela avó, que gritou com ele. Quando questionado acerca da sua resposta à reação da avó disse que ficou sentado no seu quarto

---

<sup>6</sup> No programa original são utilizados teste de urina para controlo de consumos.

por uma hora. O terapeuta perguntou “como uma pausa?” e D. respondeu “sim, mais ou menos isso”. Antes de voltar ao planeado para a sessão, o terapeuta explicou ao grupo que D. usou o primeiro e mais importante passo da gestão da raiva. Sugeriu que D. aprendeu algo sobre os gatilhos do consumo como estar aborrecido ou rodeado de amigos consumidores. D. encontra-se agora na posição de antecipar e evitar estes gatilhos.

Nas últimas sessões, o terapeuta reparou que D. estava progressivamente mais alheado dos temas à medida que se tornava mais próximo de outros elementos do grupo e que percebia que estava próximo do final do tratamento. A análise de urina da sessão 11, sem surpresa, detetou a presença de canabinóides. No entanto, D. referiu que estava a prestar atenção aos gatilhos. Referiu que não iria consumir nas últimas semanas de tratamento para apresentar uma análise negativa ao técnico de reinserção.

No último exercício de prática em contexto de vida real D. escreveu que os benefícios da abstinência eram a possibilidade de não ser detido e ter mais dinheiro disponível. As suas situações de alto risco eram relacionar-se com amigos consumidores e sentir-se aborrecido.

Aquando da conclusão do processo, D. referiu que as competências mais importantes que aprendeu foram as de resolução de problemas e de relaxamento. Encorajou outros elementos do grupo a focarem-se nos seus objetivos e reafirmou que as suas metas eram concluir o termo da medida de acompanhamento, consumir só aos fins de semana e não voltar a consumir tanto como estava a consumir antes do início do tratamento.

Como parte do *feedback* final do terapeuta, este referiu a D. ter ficado bem impressionado com o facto de ter comparecido a todas as sessões agendadas (mesmo quando não tinha a certeza de querer estar presente). O terapeuta entregou-lhe o certificado de conclusão do tratamento. Elogiou-o pela abstinência das três últimas semanas e pela antecipação de situações sociais de risco. Acrescentou ainda que D. parecia estar mais atencioso e expressivo durante este tempo – possivelmente devido à abstinência.

## **Componentes das sessões de grupo**

Em seguida apresentam-se os elementos base das sessões de intervenção em grupo. Para cada sessão, existe um racional, orientações para a apresentação de competências de *coping*, e atividades para a modelagem pelo terapeuta e realização de *roleplay*. As orientações não pretendem propor uma estrutura rígida, mas sim ajudar a moldar o momento da sessão como uma oportunidade de aprendizagem.

As sessões seguem uma sequência básica:

- 1) Breve revisão do progresso;
- 2) Revisão do exercício de prática de vida real;
- 3) Racional para as competências de *coping*;
- 4) Exercícios de grupo;
- 5) Folhetos e exercícios de prática de vida real.

O conteúdo da sessão é apresentado num formato expositivo. O local e a agenda da sessão são organizados de forma a relembrar os participantes de que estão a receber informação a que deverão estar atentos. A sala de terapia deve ser silenciosa, livre de distrações e equipada com um quadro. Em cada sessão os folhetos e os trabalhos de casa são distribuídos de forma a reforçar o conteúdo da mesma.

Cada sessão de grupo cognitivo-comportamental foca-se numa competência de *coping* específica. O póster da competência deve estar exposto de uma forma visível para todos e apresentado de forma a captar a atenção dos participantes.

As sessões incluem exemplos de apresentações, referidos como “pontos de discussão” para o terapeuta. Os pontos de discussão fornecem a informação necessária para atingir os objetivos da sessão. Os participantes podem não entender todas as palavras e conceitos, pelo que o terapeuta deve avaliar a capacidade de compreensão dos termos e conceitos introduzidos e reformulá-los, quando necessário.

### **Adesão ao manual**

Os terapeutas devem estar familiarizados com os conteúdos da sessão antes de começarem a apresentação. Existindo margem para o estilo individual do terapeuta, este deve abordar as questões da forma como estão apresentadas no manual.

### **Breve revisão do progresso**

Os participantes podem experienciar muitos problemas com o consumo ou com a abstinência da canábis ao longo do tratamento. Embora se deva manter a adesão ao manual, ignorar os problemas reais da vida dos participantes cria o risco de que o tratamento seja visto como periférico para as necessidades reais dos jovens. Assim, cada sessão deve começar com uma revisão do estado do cliente com uma duração de 10 minutos. Esta componente fornece a oportunidade

para os participantes discutirem os seus problemas atuais, relacionados com o consumo ou a abstinência. Dá também a oportunidade ao terapeuta de apoiar os participantes que estão a ter dificuldade e a congratular aqueles que estão a ter sucesso.

A regra geral é que a discussão de abertura deve ser estruturada com base em linhas de comportamento consistentes com a abordagem de treino de competências. É recomendado um formato de resolução de problemas que envolva clarificar especificamente o problema, pensar nas várias possibilidades para lidar com ele e selecionar possíveis soluções.

Caso seja necessário, pode dizer-se claramente aos jovens que as competências os podem ajudar a praticar novas formas de lidar com os problemas e que estes não podem ser completamente discutidos até ao ponto da sua total resolução. A resolução a longo prazo de problemas específicos pode requerer um trabalho adicional após o finalizar do programa.

Se problemas sérios surgem repetidamente, o terapeuta deve aconselhar-se com o seu supervisor: pode tornar-se necessário iniciar um tratamento alternativo.

### **Revisão do exercício de prática de vida real**

Após a revisão do estado do jovem, os terapeutas utilizam 10 minutos para reverem as competências de *coping* do trabalho de casa determinadas na sessão anterior. Dispende este tempo para rever os exercícios propostos ajuda a reforçar a expectativa de que o trabalho de casa é para ser realizado e de que as competências de *coping* praticadas durante as sessões devem também ser treinadas fora do contexto de grupo. Mesmo quando os exercícios não foram totalmente realizados, o tempo de revisão dá ao terapeuta a oportunidade de avaliar se o jovem reteve os conteúdos trabalhados.

Estes exercícios são um complemento poderoso da intervenção pois melhora as possibilidades desses comportamentos se repetirem em situações similares (generalização). Os exercícios práticos foram projetados para cada uma das sessões da intervenção e na maior parte deles, é pedido ao jovem que experimente o que aprendeu na sessão. O exercício de prática em contexto de vida real também exige que os jovens recordem factos relativos ao contexto, ao seu comportamento, à resposta evocada e uma avaliação da adequação do seu desempenho. Os exercícios podem ser modificados de forma a contemplarem detalhes específicos das situações individuais.

A utilização de exercícios práticos muitas vezes é um problema e implica que uma série de etapas tenham que ser ultrapassadas para promover o seu cumprimento. Deverão ser evitadas as

conotações negativas, substituindo o termo trabalho de casa pelo de exercício de prática em contexto de vida real. Ao propor um exercício deve-se ainda fazer uma descrição cuidadosa do mesmo e do racional subjacente e perguntar aos jovens quais os problemas que podem antecipar para completarem a tarefa e discutir as formas de superar esses obstáculos. Deve-se igualmente pedir para identificarem um momento específico que vão dedicar à realização da tarefa e obter o compromisso por parte dos membros do grupo para que completem o exercício prático até à sessão seguinte.

Para enfatizar a importância da prática, os terapeutas devem proceder à revisão do exercício da sessão anterior e fazer um esforço para valorizarem todas as tentativas de cumprir com o compromisso. Embora os problemas que os jovens possam ter tido com os exercícios devam ser discutidos e compreendidos, o enfoque deverá ser o reforço dos aspetos positivos do desempenho. Se pelo menos dois elementos do grupo tiverem completado os exercícios com os quais se comprometeram na sessão anterior, o foco deve ser nesses elementos que cumpriram com o compromisso. Na medida em que os elementos do grupo gostam de receber atenção, esta atitude reforçará a realização dos exercícios práticos escritos. Para aqueles que não completaram a tarefa, devem-se discutir formas de compromisso para que cumpram os exercícios seguintes. A equipa poderá adquirir artigos baratos mas apelativos e, no final da sessão, os jovens que completaram os exercícios podem escolher um dos artigos, como reforço do seu trabalho.

### **Racional para as competências de *coping***

Aquando da apresentação de uma determinada competência, o terapeuta deve iniciar por expor o racional (explicação pela qual uma determinada estratégia de *coping* é relevante na manutenção da abstinência ou na gestão dos problemas quotidianos). O racional sublinha as razões para a aprendizagem da nova competência e tenta que o adolescente perceba que esta é relevante na sua vida. Os terapeutas abordam como a competência pode ser aplicada diretamente na gestão dos seus problemas.

Em cada sessão de grupo cognitivo-comportamental, o foco é na aprendizagem de competências específicas: (1) competências de recusa de canábis; (2) reforçar a rede de suporte social; (3) treinar estratégias de resolução de problemas; (4) lidar com as recaídas; (5) tomar consciência da raiva; (6) controlar a raiva; (7) comunicar eficazmente; (8) lidar com o *craving*; (9) controlar a depressão; e (10) lidar com os pensamentos sobre a canábis. Os pósteres relativos às competências a serem ensinadas em cada sessão estão incluídos no material das sessões. O póster

relativo a cada sessão deverá ser afixado na sala de grupo de forma visível para todos. Somente o póster relativo a cada sessão deve estar disponível, de forma a ser uma novidade, e assim captar mais facilmente a atenção dos membros do grupo.

Os pontos principais do racional terapêutico estão incluídos na parte do póster intitulada “porquê?” e tornar-se-ão mais compreensíveis para os participantes se o terapeuta fizer a relação entre o racional e os acontecimentos de vida dos jovens. Por exemplo, os terapeutas, aquando da condução da sessão 4, podem questionar os membros do grupo se eles detetam um afinilamento dos seus círculos sociais, de forma a incluir principalmente outros consumidores de drogas ou de álcool. Na descrição do racional referente à sessão 6, a qual se refere à recaída como uma oportunidade de aprendizagem, o terapeuta pode referir-se a uma história de recaída de um membro do grupo que tenha sido partilhada anteriormente e encorajar o jovem e os restantes elementos a identificarem o que podem retirar dessa experiência.

De seguida, os terapeutas fazem a revisão das diretrizes das competências com o apoio dos pósteres. Também aqui, a chave para atrair o grupo é construir as linhas de orientação de forma ativa, ilustrando-as com exemplos e afirmações explícitas que são relevantes para a sua vida. Os terapeutas podem ainda envolver os adolescentes através da leitura em voz alta das diretrizes da competência. Deve-se ter em atenção que poderão existir alguns membros do grupo com dificuldade na leitura ou que possam sentir-se desconfortáveis em lerem alto para o grupo, pelo que deve-lhes ser proporcionada a oportunidade de recusarem. Por exemplo, pode-se dar a instrução aos membros do grupo para simplesmente dizer “passo” se preferirem não ler.

Os terapeutas devem ainda ser capazes de tornarem as diretrizes das competências divertidas e interessantes, utilizando alguma criatividade. Por exemplo, o terapeuta pode ilustrar o contraste entre fazer uma afirmação de recusa de consumo numa voz clara e firme, contrastando com uma vaga e hesitante, ou um membro do grupo poderá demonstrar a diferença entre recusar o consumo de canábis com e sem contacto visual. Desde que permaneça fiel ao protocolo, os terapeutas são encorajados a fazer a apresentação de uma forma apelativa, incentivando perguntas e comentários sobre as diretrizes da competência. Se um dos membros do grupo disser que certa competência não é útil, o terapeuta em vez de ficar defensivo deve focar-se nas preocupações do jovem. Os participantes estarão mais abertos à informação fornecida pelo terapeuta se sentirem que este não os está a tentar convencer.

## Exercícios de grupo

Os exercícios de grupo são prescritos em cada sessão para ajudar os participantes a internalizar e atualizar o material aprendido. Um princípio subjacente a esta componente é a de que a aprendizagem poderá ser potenciada se o terapeuta usar técnicas de modelagem e *roleplay* para envolver os adolescentes nos exercícios de grupo. Estas técnicas dão ao adolescente um maior sentido prático da aplicação da competência. Os jovens devem imaginar ou representar as cenas a partir da sua experiência pessoal, para ajudar a contextualizar a utilização da competência nos acontecimentos de vida real.

1. **Modelagem:** Para além de ensinar aos jovens as competências de *coping*, os terapeutas são encorajados a modelar as estratégias eficazes para consubstanciar as suas explicações verbais. Os ensaios clínicos demonstram que a modelagem aumenta a aprendizagem e compreensão dos conceitos cognitivo-comportamentais. As diretrizes chave da modelagem são (1) manter-se visível para todos os participantes, (2) pensar em voz alta de forma a que os participantes possam ouvir a lógica das estratégias de *coping*, (3) evitar transmitir a ideia que as estratégias de *coping* produzem resultados imediatos. A mensagem desejável é que o *coping* não é uma solução mágica ou uma panaceia mas uma abordagem que trará benefícios quando aplicada de forma persistente e consistente. Para além da modelagem prescrita, podem ocorrer oportunidades de aprendizagem não planeadas, como o desacordo no grupo, ou outros problemas que ocorram durante a sessão, que permitam a demonstração das competências em questão.
2. **Roleplay:** O fator principal que determina o sucesso do treino de competências cognitivo-comportamentais é a aplicação prática das novas competências na vida dos jovens. O *roleplay* nas sessões de terapia de grupo fornece aos adolescentes a possibilidade de testarem novas competências desconhecidas num ambiente seguro. A dramatização em grupo fornece um exercício de prática valioso, que aumenta a probabilidade dos jovens utilizarem as novas competências nas suas vidas após a terapia. A dramatização é especificamente utilizada na primeira sessão de grupo, na qual os jovens ensaiam competências de recusa de consumo de canábis. Mesmo nas sessões que não assentam no *roleplay*, se o tempo o permitir, os terapeutas são encorajados a utilizarem-no de forma a potenciarem a aprendizagem. Por exemplo, durante a fase da revisão do progresso, o jovem pode descrever uma recaída recente precipitada pela oferta de canábis e o terapeuta pode encorajar a utilização do *roleplay* no qual o jovem responde recusando a oferta. Outro exemplo seria, após a discussão sobre a melhoria da rede de suporte (sessão 4), o jovem ser



convidado a dramatizar um pedido de ajuda. Alguns jovens e/ou terapeutas podem-se sentir desconfortáveis ou envergonhados na sua primeira dramatização e, por isso, o terapeuta pode sentir-se tentado a permitir que o grupo simplesmente fale acerca das competências em vez de as praticar, o que diminui a eficácia da terapia. É importante ter presente que os sentimentos de embaraço são normais quando se experimenta um novo comportamento interpessoal como o *roleplay*. Os terapeutas podem aumentar a probabilidade dos jovens participarem nas dramatizações tomando a iniciativa de as exemplificar. Devem ainda elogiar os jovens que tomem a iniciativa de se voluntariar. Em geral, se os terapeutas estabelecerem um ambiente de grupo seguro e seguirem as sugestões para criar sessões divertidas e interessantes, é provável que os jovens participem mais facilmente nas dramatizações. Seguem-se alguns passos para a construção de cenários de *roleplay*:

1. **Explicar em que consiste o *roleplay*.** Tenha presente que muitos jovens podem já estar familiarizados com a ideia de *roleplay*, o que não requer uma grande explicação. Diga, por exemplo: *Gostaria de praticar convosco o comportamento de recusa a uma oferta de canábis, como se estivessem a representar. Na primeira vez, eu represento o papel da pessoa que oferece a canábis.*
2. **Breve revisão da situação que vai ser dramatizada.** Qual é o problema? Que competência irá ser utilizada? *Ok, então o teu amigo está a dar-te uma boleia para a escola e oferece um charro para fumarem os dois. Recusas a oferta.*
3. **Determinar quem vai dramatizar cada um dos papéis.** Podem ser pedidas sugestões para a representação de cada um dos papéis. *Quem vai fazer o papel de mãe do António? António, como é que ela deve reagir? Com raiva? Com tristeza?*

As seguintes estratégias são úteis para apoiar os jovens na construção das diferentes cenas:

- O terapeuta pode solicitar que recordem uma situação recente onde a competência ensinada foi necessária;
- O terapeuta pode pedir ao grupo que antecipe a situação difícil que possa surgir num futuro próximo e que implique a utilização da competência;
- Pode ser pedido aos membros do grupo para escreverem cenários a serem dramatizados, dobrar o papel e colocá-lo no centro do grupo. Depois, para cada dramatização, escolhem um dos exemplos;
- O terapeuta pode sugerir uma situação apropriada baseada no seu conhecimento acerca de uma circunstância recente da vida do jovem.

Depois de iniciado o *roleplay* ele deve efetivamente ser levado até ao final. É uma oportunidade dos jovens serem elogiados e reconhecidos pela prática e pela sua evolução, bem como, fazer críticas construtivas acerca dos elementos menos eficazes do seu comportamento. Nas tentativas iniciais podem surgir poucos dos elementos das competências de comunicação que estão a ser treinadas. Durante esta parte da sessão, o objetivo principal do terapeuta é destacar os elementos bem-sucedidos da competência e reforçá-los. A ênfase principal deverá ser no que está a ser corretamente realizado pelo adolescente, de forma a moldar gradualmente o seu comportamento na direção correta. Um foco secundário é ir fazendo algumas sugestões para a melhoria do comportamento. Seguem-se alguns procedimentos para fornecer este *feedback*:

- Imediatamente após cada dramatização, o terapeuta deverá reforçar a participação do jovem e os aspetos positivos da sua atuação. Também os intervenientes deverão falar das suas reações face ao desempenho. Exemplos: Como é que os protagonistas se sentiram com a forma de resolver a situação? Qual o efeito da interação no outro?
- Os restantes membros do grupo e o terapeuta devem comentar a dramatização. Os comentários devem ser de suporte e reforço e de crítica construtiva. Se existirem várias dificuldades durante a dramatização, o terapeuta deverá escolher um ou dois aspetos para trabalhar de cada vez. Ambos os *feedbacks*, positivo e negativo, devem focar-se em aspetos específicos do comportamento do jovem, uma vez que as avaliações globais não determinam o que foi particularmente eficaz ou ineficaz. Por fim, o elogio e o reforço fornecidos deverão ser sempre sinceros. Contudo, o terapeuta deverá abster-se de ser desnecessariamente efusivo, de modo a que o *feedback* positivo não perca o seu valor.
- A dramatização deverá repetir-se de forma a dar a oportunidade aos jovens de por em prática as sugestões que receberam.

A inversão de papéis é uma estratégia da dramatização que permite que o terapeuta demonstre a nova competência, com o jovem a desempenhar o papel de amigo, pai ou professor. Esta estratégia é particularmente útil se um dos elementos tem dificuldade em utilizar a competência ou se está pessimista quanto à utilidade da abordagem sugerida. Ao agirem como o “outro” têm a oportunidade de observarem e experimentarem em primeira mão os efeitos da competência sugerida.

### **Folhetos e exercícios de prática de vida real**

A prática de situações de vida real é um poderoso complemento no tratamento pois aumenta a possibilidade de estes comportamentos se repetirem em situações similares (generalização). Para cada uma das sessões do programa foram designados exercícios práticos. A maioria requer que o jovem experimente nas situações da vida real o que foi trabalhado na sessão. Este exercício também exige que o jovem registe factos relacionados com o contexto, o seu comportamento, a resposta evocada, e a avaliação acerca da adequação da sua performance. Os exercícios práticos podem ser modificados tendo em conta detalhes específicos de situações individuais.

Para enfatizar a importância da prática, os terapeutas devem rever o exercício da sessão anterior no início de cada sessão e fazer um esforço para elogiar todas as tentativas de cumprirem com a tarefa. Embora os problemas que os jovens possam ter tido com os exercícios devam ser discutidos e compreendidos, a ênfase principal deve ser no reforço dos aspetos positivos do trabalho.

## SESSÃO 1: CONSTRUÇÃO DA MOTIVAÇÃO

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Construir um relacionamento de confiança com o jovem;</li> <li>▪ Familiarizar o adolescente com o que pode esperar da intervenção;</li> <li>▪ Iniciar o processo de avaliação e construção da motivação face à mudança;</li> <li>▪ Elaborar e rever o “Relatório Individual”.</li> </ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (1 HORA)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Construção da relação e orientação para a intervenção (20 minutos);</li> <li>2. Revisão do “Relatório Individual” (30 minutos);</li> <li>3. Sumarização da sessão e preparação da próxima (10 minutos).</li> </ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Duas cópias do “Relatório Individual”;</li> <li>▪ Folheto “Bem-vindo!”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1 - Construção da relação e orientação para a intervenção (20 minutos)

##### Construção da relação

Esta é uma fase extremamente importante da intervenção, durante a qual o terapeuta e o jovem se conhecem. O objetivo é criar um sentimento de segurança e suporte que se estenda ao longo da intervenção.

O terapeuta deve começar por se apresentar, explicando de forma sucinta o objetivo da sessão - familiarizar-se com o jovem e fornecer informação e *feedback*. Pode ainda referir que tem alguma informação sobre ele, obtida durante o processo de referenciação, mas que considera mais útil ouvi-lo.

Segue-se um exemplo de sequência para a fase de construção da relação:

1. Iniciar com uma interação afável com a revisão dos dados demográficos, no sentido de conhecer um pouco mais o adolescente. Por exemplo, pode ser abordada a situação escolar, familiar e/ou profissional. Esta conversa deve ser geral e breve de forma a deixar tempo suficiente para o resto da sessão.

2. Colocar uma questão aberta sobre o que levou o adolescente a aderir à intervenção, o que pode ser uma oportunidade para iniciar algumas estratégias motivacionais descritas previamente no manual. Incluir na discussão os seguintes aspetos:
  - Quando começou o consumo de canábis;
  - Qual o padrão de consumo mais recente;
  - Tentativas prévias para reduzir ou parar os consumos;
  - Expectativas do adolescente face à intervenção.

### **Orientação para o tratamento**

Entregar o folheto **“Bem-vindo!”** que introduz o adolescente à intervenção e sumariza os pontos fundamentais.

Este documento é entregue numa pasta que o jovem deverá trazer todas as sessões, uma vez que serão adicionados novos documentos, sessão a sessão<sup>7</sup>.

### **Fase 2: Revisão do “Relatório Individual” (30 minutos)**

O terapeuta deve dar uma cópia do “Relatório Individual”, o qual deverá ser preenchido em conjunto, realizando-se uma análise sistemática do mesmo. O “Relatório Individual” incluído neste manual ilustra todos os itens possíveis que devem constar do processo. Deve incluir alguns dos itens mencionados, baseados nas respostas do jovem na fase de avaliação.

Este instrumento é mais útil para o desenvolvimento da motivação, quando é dada oportunidade ao jovem de elaborar cada um dos pontos. Por exemplo, quando o terapeuta e o jovem estão a rever a lista de problemas do “Relatório Individual” o terapeuta poderá dizer:

*Eu sei que já falaste um pouco sobre os problemas que a canábis tem causado na tua vida. À medida que avançarmos nesta lista podes falar um pouco mais sobre cada uma dessas questões, como por exemplo, em que medida o consumo de canábis fez com que perdesse as aulas/trabalho?*

A tarefa fundamental do terapeuta é ouvir e responder com reflexões empáticas. É importante recordar que o “Relatório Individual” não é a avaliação inicial: anteriormente o jovem já forneceu informação acerca da sua trajetória e dados demográficos. Se o terapeuta entender que se

---

<sup>7</sup> O terapeuta deverá guardar cópias dos materiais, por forma a garantir a continuidade do trabalho das sessões.

começa a focar em questões para as quais as respostas remetem para informação básica é porque o objetivo do relatório individual não está a ser cumprido. Em vez disto, o terapeuta deverá focar-se nos processos de intervenção motivacional descritos anteriormente (expressar empatia, desenvolver discrepâncias, evitar a argumentação, lidar com a resistência e reforçar a autoeficácia).

O “Relatório Individual” fornece material base para o envolvimento numa discussão que empregue estas técnicas. Se esta sessão for desenvolvida de acordo com estes objetivos, no final da mesma, o terapeuta obterá um quadro geral da situação atual de vida do jovem e um conhecimento real acerca dos seus pensamentos e sentimentos em relação à mudança do seu padrão de consumo.

Por vezes, o jovem pode responder a esta revisão usando alguma argumentação sobre a validade dos itens do seu “Relatório Individual” (por exemplo, “eu não disse que fumar canábis me trazia problemas financeiros”). Deve manter-se um tom não defensivo considerando que o jovem é quem melhor conhece as áreas da sua vida que foram ou não afetadas pelo consumo de canábis e avançar para o próximo item.

Continuando com as recomendações gerais para o uso desta terapia, o terapeuta é novamente encorajado a utilizar questões abertas. Por exemplo, dizer “fala-me de situações de risco associadas ao teu consumo” promove a elaboração e a discussão.

Há algumas secções específicas do “Relatório Individual” que são especialmente úteis para conduzir a Entrevista Motivacional. Por exemplo, a secção dos problemas e razões para abandonar o consumo são especialmente favoráveis para induzir o adolescente a explorar a ambivalência face à mudança. O terapeuta poderá demorar-se mais nas secções em que o adolescente se mostra interessado em debater.

Depois de revisto todo o “Relatório Individual”, o terapeuta deve questionar o jovem acerca das suas reações ao mesmo e escutá-lo de modo empático.

### **Fase 3: Sumarização da sessão e preparação da próxima (10 minutos)**

Na fase final da sessão importa sumarizar os pontos fundamentais da reflexão realizada pelo jovem e perceber qual é atualmente a sua prontidão para a mudança.

Alguns adolescentes já conseguem, nesta fase, verbalizar o seu objetivo de mudança. No entanto, se um jovem em particular não se sentir preparado para a mudança o terapeuta não o deve pressionar. As seguintes recomendações são dirigidas aos adolescentes que verbalizam o objetivo da mudança:

- Se o adolescente verbaliza querer abandonar ou reduzir o seu consumo de canábis, o terapeuta pode questionar acerca das estratégias que o poderiam ajudar a alcançar o

seu objetivo. Por exemplo, alguns jovens podem, espontaneamente, sugerir algumas ideias sobre como o fazer, tal como pedir a amigos que o ajudem a não comprar mais canábis. Importa reforçar essas afirmações. Se, pelo contrário, não conseguirem apresentar nenhuma ideia, o terapeuta deve ajudá-los, dizendo, por exemplo, que há quem considere útil afastar-se dos amigos que consomem e perguntar se isto poderá ser útil para ele. Algumas destas ideias poderão surgir diretamente da discussão do “Relatório Individual”. É importante também ajudá-lo a desenvolver um plano relativo aos restos de canábis que ainda tenha em sua posse. Alguns jovens poderão dizer que ainda os vão fumar, contrariamente a outros que se podem sentir confortáveis em deitá-los fora.

- Outros não se sentem prontos a definir a abstinência como um objetivo. Nestes casos não deverá haver pressão por parte do terapeuta. É importante dizer que essas questões poderão voltar a ser discutidas na próxima sessão. Deverá perguntar-se ao adolescente acerca de como se sentiu na sessão.

O terapeuta marca uma nova sessão e anota num cartão.

## BEM-VINDO!

### O QUE PODES ESPERAR DE NÓS

Apoio para o teu problema com a canábis. A intervenção consiste em 12 sessões, que correspondem a um período de 12 semanas. As duas primeiras, com uma duração de aproximadamente 60 minutos, serão individuais. As restantes terão a duração de 75 minutos e serão realizadas em grupo. As sessões foram estruturadas para te apoiar e informar sobre a forma como lidar com os problemas relacionados com o teu consumo de canábis. Ao longo da intervenção em grupo terás ainda oportunidade de treinar algumas técnicas e competências úteis para alcançares o teu objetivo e obteres *feedback* dos outros elementos.

### CONFIDENCIALIDADE

O que disseres durante a intervenção é confidencial, o que significa que ninguém terá conhecimento do que for dito sem a tua permissão. Contudo, se referires que pretendes magoar-te a ti próprio ou outra pessoa, ou mencionares negligência ou abuso de menores, estamos obrigados por lei a informar aqueles que poderão prestar ajuda.

### O QUE ESPERAMOS DE TI

**Assiduidade e pontualidade:** Deves comparecer e chegar a horas a todas as sessões. Se alguma vez considerares abandonar a intervenção deves falar com o terapeuta o mais cedo possível.

**Abstinência:** Só beneficiarás deste programa, se não estiveres sob o efeito de substâncias durante as sessões, pelo que não deves consumir drogas ou álcool.

**Confidencialidade:** Para garantir a confidencialidade todos terão que a respeitar, por isso, é importante que não repitas o que for dito durante as sessões fora do grupo.

### INTERVENÇÃO

Conduzida pelo(s) terapeuta(s):

---



---



## RELATÓRIO INDIVIDUAL

Este relatório tem como objetivo sistematizar e refletir a tua informação pessoal fornecida na entrevista inicial. Esta será uma oportunidade para rever o que disseste e acrescentar algo que consideres importante. À medida que formos fazendo esta revisão em conjunto e discutindo informação mais específica podemos ajudar a desenvolver estratégias para lidar com o consumo de canábis, de acordo com as tuas necessidades individuais.

### Consumo de canábis

- Experimentaste canábis pela primeira vez com \_\_\_\_\_ anos.
- Consumes regularmente há \_\_\_\_\_ anos/meses.
- No último ano, consumiste \_\_\_\_\_ (quantidade/ "x" vezes por semana/dia).
- Necessitas de ajuda para \_\_\_\_\_ (reduzir, parar, controlar).

### Tentativas de paragem

Já tentaste reduzir ou parar \_\_\_\_\_ vez(es) anteriormente.

Aquando dessas tentativas tiveste os seguintes problemas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificuldade em dormir                           | <input type="checkbox"/> Ficar mais nervoso(a)/irritado(a) |
| <input type="checkbox"/> Sono agitado                                    | <input type="checkbox"/> Sentir-me triste                  |
| <input type="checkbox"/> Pesadelos                                       | <input type="checkbox"/> Estar muito inquieto              |
| <input type="checkbox"/> Sentir-me cansado(a)                            | <input type="checkbox"/> Dificuldades em me concentrar     |
| <input type="checkbox"/> Esquecer algumas coisas/dificuldades em lembrar | <input type="checkbox"/> Outro: _____                      |

### Problemas

O consumo de canábis causa-te (ou causou) os seguintes problemas:

- Não cumpriste as tuas obrigações em casa, na escola ou no trabalho
- Consumiste em situações que apresentam riscos para ti
- Consumir levou a que tivesses problemas com as autoridades
- Continuaste a consumir apesar de te ter trazido problemas com os outros
- Tiveste que fumar mais para conseguir o mesmo efeito
- Tiveste sintomas desagradáveis quando tentaste parar
- Não tens sido capaz de reduzir ou parar
- Ocupaste muito tempo com a compra e consumo
- Consumir levou-te a desistir de algumas coisas que gostavas de fazer
- Consumir causou-te problemas em casa, na escola ou no trabalho
- Tiveste problemas médicos e psicológicos decorrentes do consumo

Ao refletir acerca das consequências do consumo da canábis para a tua vida, o que acrescentarias?

---

**Razões para reduzir ou parar o consumo**

O principal motivo para pedires ajuda foi \_\_\_\_\_.

Segundo esta lista de razões pessoais, dirias que queres mudar:

- Para mostrar a mim mesmo que consigo parar
- Para gostar mais de mim
- Para sentir que controlo a minha vida
- Para que os meus pais, namorada(o) ou outra pessoa próxima parem de me chatear
- Para agradar às pessoas de quem gosto
- Porque consumir não tem a ver comigo
- Porque consumir não é socialmente aceite
- Porque alguém me fez um ultimato
- Para receber um presente especial
- Por causa de possíveis problemas de saúde
- Para conseguir fazer mais coisas
- Porque estou a prejudicar a minha saúde
- Porque vou poupar dinheiro se o fizer
- Para provar que não sou dependente
- Porque tenho que me submeter a testes de drogas
- Porque conheço quem tenha problemas de saúde
- Por causa de problemas legais
- Porque não quero envergonhar a minha família
- Para ter mais energia
- Porque a minha memória vai melhorar
- Para poder pensar mais claramente

Tens outras razões importantes que queiras acrescentar? \_\_\_\_\_

**Outras razões para reduzir ou parar o consumo**

Também nos falaste sobre outros problemas que podem ter sido causados ou que se agravaram devido ao consumo de canábis. Estes incluem:

- Problemas de saúde
- Problemas emocionais
- Sentires-te incomodado por memórias desagradáveis
- Problemas de atenção ou de autocontrolo
- Problemas familiares
- Problemas ou discussões devido ao teu temperamento
- Ter sido física, sexual ou emocionalmente magoado
- Envolvimento em atividades ilegais
- Problemas na escola e/ou no trabalho

**Contextos de consumo**

Os locais onde habitualmente fumas canábis são:

- Em casa
- Em casa de outra pessoa
- Festas
- Num bar/café
- No trabalho
- Na escola
- Na casa de um traficante
- Espaços ao ar livre
- No carro
- Outro sítio \_\_\_\_\_

E normalmente consumes com:

- Sozinho
- Namorado/a
- Família
- Amigos
- Colegas de trabalho/escola
- Alguém com quem apenas consumes
- Traficante
- Outra pessoa

Se pensares em situações tentadoras para o consumo, quais gostarias de acrescentar?

\_\_\_\_\_

**Situação atual**

Achas que consegues evitar consumir canábis:

- Em casa
- Na escola ou no trabalho
- Com os amigos
- Quando todos à tua volta estão a consumir

Das afirmações seguintes completa aquela que se adequa à tua situação:

- Deixaste de consumir e estás \_\_\_\_\_ % seguro que consegues manter-te abstinente
- Ainda não deixaste de consumir mas estás \_\_\_\_\_ % seguro que consegues parar
- Ainda não deixaste de consumir mas estás \_\_\_\_\_ % seguro de que consegues reduzir para \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

## SESSÃO 2: DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rever o progresso e reações à sessão anterior;</li> <li>▪ Colaborar na elaboração de objetivos de tratamento;</li> <li>▪ Introduzir o conceito de análise funcional;</li> <li>▪ Preparar para as sessões de terapia de grupo.</li> </ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (1 HORA)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisão do progresso (15 minutos);</li> <li>2. Definição de objetivos (20 minutos);</li> <li>3. Análise funcional (20 minutos);</li> <li>4. Preparação para o grupo (5 minutos).</li> </ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “Formulário de objetivos pessoais”;</li> <li>▪ Exercício para a análise funcional: “Saber é poder”;</li> <li>▪ Folheto de preparação para o grupo “Informação e Expetativas: Sessões de grupo”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1: Revisão do progresso (15 minutos)

Deverá saudar-se o jovem e perceber se trouxe a pasta entregue na sessão anterior. Se sim, importa valorizar este aspeto; se não, importa encorajá-lo a trazê-la na próxima sessão.

Questionar o adolescente sobre como é que ele tem estado durante a última semana relativamente ao consumo de canábis. O terapeuta deverá estar preparado para ouvir possíveis mudanças de comportamentos, pensamentos e sentimentos relacionados com o consumo de canábis. Não deve colocar muitas questões, deve apenas ouvir o que o jovem tem para lhe dizer. Importa responder com comentários reflexivos e tentar que as afirmações referentes ao aumento da motivação partam do jovem. No sentido de compreender num quadro global os comportamentos, pensamentos e sentimentos do jovem em relação à canábis poderão ser colocadas as seguintes questões:

- **Comportamentos relacionados com a canábis**
  - *Que quantidade consumiste na última semana?*

- *O que é que aconteceu quando consumiste?*
- *Contaste a algum dos teus amigos sobre os teus planos para deixares de consumir?*
- **Pensamentos relacionados com a canábis**
  - *Fala-me mais acerca do que pensas relativamente a consumir canábis neste momento.*
  - *Que pensamentos tiveste relativamente ao “Relatório Individual” de que falamos na semana passada?*
- **Sentimentos relacionados com a canábis**
  - *Como te sentiste depois de consumir?*
  - *Parece-me que experienciaste uma mistura de sentimentos sobre se querias ou não terminar com este hábito. Fala-me mais sobre isto.*

É fundamental que o terapeuta expresse empatia, empregue reflexões de duplo sentido, reforce a eficácia do adolescente e lide com a resistência.

### **Fase 2: Definição de objetivos (20 minutos)**

Nesta fase, o jovem já pode ter feito afirmações sobre a sua motivação para mudar. Neste caso, importa sumarizar. Caso isto não tenha acontecido, procure refletir acerca dos sentimentos do jovem face ao seu estado motivacional.

De qualquer forma, importa explicar ao adolescente que redigir os objetivos aumenta a possibilidade da restante terapia ter significado e ser útil para si, aumentando as probabilidades de ser bem-sucedido.

Mesmo que se trabalhe com adolescentes que afirmem que não vão abdicar do consumo, é importante que eles saibam que podem existir outros objetivos que sejam importantes. Por exemplo, alguns decidem começar por reduzir os consumos, outros, simplesmente, colocam como objetivo a necessidade de saberem mais sobre as competências para reduzir ou abandonar consumos.

Dar uma cópia do **“Formulário dos objetivos pessoais”** e uma caneta para que ele o possa preencher na sessão. É importante que o adolescente verbalize o objetivo antes de o escrever. Desta forma, o terapeuta pode dar *feedback* e sugerir modificações antes de serem colocados no papel, sendo que assim é menos provável que o adolescente se sinta criticado. O objetivo do adolescente pode ser demasiado vago, insuficiente ou inapropriado e, por isso, importa entrar num processo colaborativo no sentido de o rever.

Alguns adolescentes já trazem algumas boas ideias de estratégias que os podem ajudar a atingir os seus objetivos. No entanto, em caso de dificuldade existem algumas formas de os apoiar:

- Dizer que há muitas pessoas que descobrem que podem ter sucesso na redução ou abandono dos consumos afastando-se dos contextos de risco. Importa encorajar o adolescente a escrever de que forma é que ele pode evitar estas situações;
- Perguntar acerca de atividades distratoras, fazendo algo diferente;
- Transmitir que nas próximas sessões, vai aprender estratégias específicas para lidar com problemas relacionados com a canábis.

Quando o “**Formulário dos objetivos pessoais**” estiver completo é importante assinar e datar. Solicitar ao adolescente que leia em voz alta aquilo que escreveu, com o objetivo de aumentar a sua motivação.

Pedir autorização para tirar uma fotocópia, dar o original ao jovem e guardar a cópia.

### **Fase 3: Análise funcional**

Após a participação nas fases anteriores com o objetivo de aumentar a motivação e de início de resolução da ambivalência, o jovem deverá agora estar preparado para avaliar a função da canábis na sua vida. Na realidade, as bases para este trabalho estão lançadas. Este exercício pretende ajudar o adolescente a compreender que o consumo de canábis não ocorre pura e simplesmente, mas que implica a existência de antecedentes e de consequências. Assim, o objetivo é aumentar a consciência sobre esses aspetos para que a intervenção cognitivo-comportamental possa ser mais eficaz e para que o adolescente esteja capaz de tomar melhores decisões no quotidiano.

Para transmitir o conceito de análise funcional, o terapeuta deverá iniciar com uma breve explicação acerca do uso de canábis com base na teoria de aprendizagem social. Isto pode ser ilustrado com alguns exemplos que foram até aqui dados pelo adolescente. Deverá explicar-se numa linguagem simples, utilizando conceitos que o adolescente compreenda. Exemplo:

*Quero explicar-te como é que pensamos os problemas relacionados com a canábis.*

*Quando alguém tem este tipo de problemas de consumos, podemos considerá-lo como um hábito pouco saudável, semelhante a outros hábitos, tais como, roer as unhas. Tentamos ajudar a pessoa a abandonar este hábito, compreendendo o que está na base da sua manutenção. Com esta informação é possível modificá-lo. Isto faz sentido para ti? (discussão)*

*Se tiveres o hábito de consumir em determinadas situações, ao fim de algum tempo, o facto de estares nessa situação relembra-te o consumo e poderá aumentar a probabilidade de fumares. A isto chamamos o gatilho. Pode ser qualquer coisa relacionada com a situação: a hora do dia, a pessoa com quem estás ou até mesmo um determinado tipo de música. Tu mencionaste algumas coisas que parecem ser um gatilho para ti. Quais pensas serem alguns dos teus gatilhos? (discussão)*

*Outro gatilho pode ser o modo como nos sentimos. Algumas pessoas dizem que lhes apetece mais consumir canábis quando se sentem mal - aborrecidos, nervosos ou zangados. Dizem que consumir é um modo de lidar com esses sentimentos negativos. Outras pessoas consomem essencialmente quando se sentem bem-dispostas e animadas. Isto faz sentido para ti? (discussão)*

*Às vezes, as pessoas desenvolvem certos pensamentos ou ideias sobre o seu consumo como, “Os meus amigos vão pensar que sou uma seca se não consumir” ou “Só vou consumir desta vez”, ou outras ideias. Estes pensamentos e ideias vão influenciar a decisão de consumir ou não.*

*Portanto, já percebeste que o consumo de canábis não acontece pura e simplesmente. Geralmente, o que acontece à nossa volta ou a forma como pensamos ou nos sentimos acaba por influenciar o envolvimento ou não nos consumos. Conhecendo o que te influencia, tens mais poder para decidires consumir ou não. Para além disso, analisar os prós e os contras daquilo que acontece quando consomes, pode ajudar-te a compreender o porquê de consumires e a tomares decisões sobre o que fazer no futuro. É por isso que chamamos a este exercício “Saber é Poder” - dar uma cópia ao adolescente. Vamos tentar descobrir quais são os fatores que te levam a consumir canábis, o que te poderá ajudar a decidir o que fazer a seguir e quebrar o hábito, se assim quiseres. Este é um dos principais objetivos deste programa - ajudar-te a encontrar diferentes formas de ter controlo, em vez de estares sob o controlo do hábito.*

Depois de explicar o racional para a intervenção, o terapeuta deve envolver o adolescente na análise funcional do seu consumo. A discussão pode focar-se em episódios recentes de consumo que

o jovem tenha partilhado ou no seu consumo em geral. O terapeuta deve preencher algumas respostas no formulário “Saber é Poder” enquanto o jovem acompanha com um formulário em branco. A seguir, encontram-se algumas ideias para discutir as secções da análise funcional:

- **Gatilho:** *Que tipo de coisas é que geralmente te levam a consumir canábis?*  
Isto pode incluir locais, pessoas, atividades, horas ou dias específicos, ou outros aspetos situacionais do consumo.
- **Pensamentos e sentimentos:** *Lembras-te daquilo que sentiste e pensaste no teu último consumo?*  
Os adolescentes podem ser menos capazes do que os adultos de identificar e nomear os seus sentimentos. Pode ajudar se o terapeuta fornecer alguns exemplos de como alguns jovens se sentem antes de decidirem consumir (ex. aborrecidos, zangados, animados, tristes). Alguns adolescentes também podem ter dificuldade em identificar os seus pensamentos. Poderá ser mais fácil se o terapeuta perguntar ao jovem sobre o que estava a dizer para si próprio nesse momento.
- **Comportamentos:** *Escreve aquilo que aconteceu num episódio recente em que esses gatilhos estavam presentes.*  
É importante explicar ao adolescente que esta análise pode ser feita quer para quando existiram consumos, quer para episódios em que ele escolheu não consumir.
- **Consequências positivas:** alguns adolescentes, quando questionados sobre as coisas boas que resultam do consumo podem tentar agradar ao terapeuta dizendo “nada”. No entanto, isto não nos dá a visão geral sobre a realidade do adolescente. Podemos obter uma resposta mais real dizendo: *Há provavelmente coisas de que tu gostas no consumo, senão não o continuarias a fazer.*
- **Consequências negativas:** questionar o adolescente sobre as consequências negativas do consumo. Se ele tiver dificuldades, o terapeuta pode pedir-lhe que consulte a lista de problemas contida no “Relatório Individual”. Por exemplo, poderá perguntar-lhe se os consumos tiveram algum efeito nas relações familiares.

Mostrar ao jovem como registamos as suas respostas no formulário “Saber é Poder” e pedir-lhe que comente. O terapeuta pode fazer uma cópia deste documento para o *dossier* do jovem. Deve dar-se o original e uma cópia em branco da folha “Saber é Poder”, sugerindo que até à próxima sessão o preencha com outros episódios de consumo ou em que teve vontade de consumir.



**Fase 4: Preparação para o grupo (5 minutos)**

Relembrar o adolescente que as próximas sessões serão realizadas em grupo e que terão a duração de 75 minutos. Deve-se informar sobre quantas pessoas vão estar no grupo e onde é que as sessões vão ter lugar. Descrever também o formato geral de cada sessão de grupo:

- Revisão dos problemas relacionados com o consumo, que ocorreram ao longo da semana;
- Discussão de novas estratégias e competências de *coping* e o modo como se relacionam com os problemas do adolescente;
- Treino de novas estratégias de *coping* em grupo;
- Planear a prática das novas estratégias ao longo da semana.

Segue-se a apresentação e discussão do folheto “Informações e Expetativas: Sessões de Grupo”, sendo que no final deve ser assinado. Questionar o participante sobre o que é que ele gostaria de saber e como se sente por participar num grupo. Os adolescentes podem apresentar ansiedade, pelo que é importante transmitir que isso é normal e que irá diminuir à medida que se for envolvendo nas sessões de grupo. Deve-se referir que os outros participantes se poderão sentir de forma semelhante. Se um adolescente estiver particularmente nervoso deve ser pensado em conjunto o que fazer para diminuir a ansiedade (ex. sentar-se ao lado do terapeuta, respirar profundamente algumas vezes, dizer para si próprio que tudo vai correr bem).

É fundamental dizer ao adolescente que os outros participantes do grupo podem estar em diferentes fases no que diz respeito à motivação e prontidão para a mudança. Se o adolescente demonstra estar motivado para a mudança é importante falar sobre as formas de preservação desse estado aquando da presença de outros que podem não estar assim tão motivados. Se o jovem se situa num estágio anterior, face à preparação para a mudança, perguntar-lhe como é que ele se sente por se integrar num grupo onde outros adolescentes podem trabalhar ativamente o abandono dos consumos. É importante que perceba o benefício de estar aberto a perspetivas diferentes. Deve-se deixá-lo à vontade para partilhar a sua ambivalência com o grupo (incluindo sentimentos positivos que possa sentir em relação à canábis), mas simultaneamente alertá-lo para ser cuidadoso no modo como expressa esses sentimentos, uma vez que isso poderá funcionar como um gatilho para os outros que estão a tentar abandonar os consumos. Transmitir a ideia de que todas as perspetivas devem ser tratadas com respeito. No final, rever as regras para as próximas sessões de grupo. Dar ao adolescente um cartão com a data e hora da sessão de grupo.

## FORMULÁRIO DE OBJETIVOS PESSOAIS

**Estes são os meus objetivos em relação ao consumo de canábis:**

**Algumas razões que estão na base destes meus objetivos:**

**Os passos que pretendo dar para alcançar os meus objetivos:**

---

(Nome)

---

(Data)

## SABER É PODER

O que é que acontece antes e depois de consumires canábis?

<b>Gatilho</b> O que é que me levou a consumir?	<b>Pensamentos e sentimentos</b> O que é que estava a pensar? O que é que estava a sentir? O que é que eu disse a mim próprio?	<b>Comportamento</b> O que fiz?	<b>Consequências positivas</b> Que coisas boas aconteceram?	<b>Consequências negativas</b> Que coisas más aconteceram?

## SABER É PODER (EXEMPLO)

Este é um exemplo de um registo de automonitorização

**O que é que acontece antes e depois de consumires canábis?**

<b>Gatilho</b> O que é que me levou a consumir?	<b>Pensamentos e sentimentos</b> O que é que estava a pensar? O que é que estava a sentir? O que é que eu disse a mim próprio?	<b>Comportamento</b> O que fiz?	<b>Consequências positivas</b> Que coisas boas aconteceram?	<b>Consequências negativas</b> Que coisas más aconteceram?
<b>Um amigo ligar-me a convidar-me para consumir com ele.</b>  <b>Não tinha mais nada para fazer.</b>	“Quero-me recompensar”.  “Estou aborrecido”.  “Sinto-me bem por estar há 15 dias sem fumar por isso posso fumar”.	Saí com o meu amigo e fumei.	Diverti-me.  Gostei da sensação, há 15 dias que não a sentia.	Quebrei 15 dias de abstinência.  Não me senti assim tão bem.  Não me senti tão saudável.

## INFORMAÇÕES E EXPETATIVAS: SESSÕES DE GRUPO

As sessões de grupo terão a duração de 75 minutos. É importante que chegues a horas e que compares a todas as sessões.

A tua participação ativa é importante para todo o grupo. Pede-se a todos os elementos que ouçam os outros sem os interromperem, respeitando as suas opiniões e dando-lhes *feedback*.

A confidencialidade de cada um dos elementos do grupo deve ser respeitada. Aquilo que é dito no grupo fica no grupo. Por favor, não fales noutros locais sobre aquilo que irá ser dito nas sessões.

Para que o grupo seja um lugar seguro e positivo, os seguintes comportamentos não são permitidos:

- Estar sob o efeito de substâncias
- Fazer comentários ou gestos ameaçadores
- Fazer comentários ou gestos inapropriados
- Usar palavrões
- Manter relações exclusivas dentro do grupo

Os comportamentos acima descritos poderão resultar na expulsão do grupo.

Eu li esta folha informativa e concordo em cumprir com as expetativas de uma participação positiva no grupo.

\_\_\_\_\_

(Nome)

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(Trapeuta)

\_\_\_\_\_

(data)

## SESSÃO 3: COMPETÊNCIAS DE RECUSA DE CANÁBIS

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favorecer a coesão grupal e facilitar a partilha;</li> <li>▪ Adquirir competências de recusa para lidar de forma efetiva com a pressão para os consumos;</li> <li>▪ Desenvolver estratégias imediatas e eficazes, para evitar situações de risco.</li> </ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação e promoção da coesão grupal (15 minutos);</li> <li>2. Breve revisão do progresso (10 minutos);</li> <li>3. Revisão do exercício “Saber é Poder” (10 minutos);</li> <li>4. Competências de recusa de canábis (40 minutos).</li> </ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Póster “Regras das sessões de grupo”;</li> <li>▪ Novelo de lã</li> <li>▪ Póster “Terapia Cognitivo-comportamental”;</li> <li>▪ Folheto “Competências de recusa de canábis”;</li> <li>▪ Exercício de “Prática em contexto de vida real”;</li> <li>▪ Póster “Competências de recusa de canábis”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1 – Apresentação e promoção da coesão grupal (15 minutos)<sup>8</sup>

A primeira parte da sessão destina-se à apresentação dos membros do grupo entre si e a rever as regras, que são afixadas na sala do grupo e devem manter-se ao longo das sessões. Inicia-se a atividade com a apresentação do terapeuta e a revisão das regras de funcionamento do grupo.

<sup>8</sup> Não obstante, no programa original não exista esta atividade, foi consensual no processo de adaptação deste manual a necessidade de incluir algum tempo na primeira sessão de grupo dedicada à potenciação da coesão grupal. Os jovens, nesta primeira sessão grupal, têm somente entre si de comum o terapeuta que funciona como modelo de identificação, tornando-se crucial que os adolescentes desenvolvam um sentimento de pertença e se apoiem mutuamente, por forma a alcançar os objetivos das sessões e, em última análise, as metas do programa. A coesão grupal constitui um processo fundamental para o desenvolvimento de qualquer grupo. Alcançar o objetivo de um grupo coeso só é atingido através de atividades dirigidas intencionalmente, possibilitando que os participantes se abram e fiquem disponíveis para correrem riscos, sendo fundamental para a vida dum grupo (Guerra & Lima, 2005).

Pede-se aos adolescentes que fiquem de pé, com uma distribuição aleatória na sala, mantendo alguma distância entre si. De seguida, o terapeuta inicia a atividade dando o novelo a um participante, que se apresenta ao grupo e partilha o seu objetivo para o tratamento. Após dar uma volta da lã no seu dedo indicador, atira o novelo para outra pessoa mantendo o fio esticado. Após a apresentação do segundo elemento do grupo, enrola uma volta do novelo no seu dedo e atira-o a um terceiro jovem, que repete o mesmo processo. A atividade prossegue até chegar ao último participante. No final, em movimento inverso, ou seja, do último ao primeiro, cada participante tenta apresentar o anterior a ele, seguindo até ao final. Aquele que foi o primeiro tentará apresentar o último, fechando, desta forma, o grupo. Para evitar a repetição dos objetivos de tratamento, o terapeuta deverá, caso seja necessário reforçar que cada elemento procure acrescentar algo de diferente na sua apresentação (poderão para isso recorrer a informação constante do seu relatório individual). É imprescindível a garantia de um ambiente confiável, seguro, livre de julgamentos, para que os participantes se possam expressar de forma construtiva. Mesmo que não sejam abordadas questões pessoais, suscita-se sempre alguma ansiedade natural que precisa de ser respeitada e trabalhada de maneira empática e acolhedora, criando horizontalidade relacional.

### **Fase 2 - Breve revisão do progresso (10 minutos)**

O terapeuta, em seguida, faz uma pergunta aberta sobre como é que correu a semana anterior no que diz respeito aos consumos de canábis. Como esta discussão poderia ocupar o resto da sessão, o terapeuta tem que controlar o tempo para cumprir com os objetivos da mesma. Para facilitar, pode colocar uma questão aberta como:

*Antes de entrarmos nos tópicos da sessão de hoje, vamos utilizar 10 minutos para compreender como é que as coisas correram na última semana relativamente ao uso da canábis. Alguém teve algum problema ou sucesso que queira partilhar com o grupo?*

### **Fase 3 - Revisão do exercício “Saber é Poder” (10 minutos)**

O terapeuta pergunta aos adolescentes quem completou e trouxe os registos de automonitorização e solicita que partilhem com o grupo um episódio que escreveram na folha “Saber é Poder”. O terapeuta e o grupo partilham as suas reações face àquilo que foi escrito. Mais uma vez, é importante ter atenção ao tempo, não entrando em detalhes ou numa discussão extensa de cada um dos exemplos.

Se pelo menos um dos participantes trazer o registo, revê-se apenas o seu trabalho. Como os jovens gostam da atenção do grupo, isto pode ser um incentivo para completarem os exercícios. Se nenhum dos membros trazer o registo, distribuir a folha “Saber é Poder” e reconstruir verbalmente um episódio de *craving* ou recaída ocorrido na semana anterior. Importa deixar algum tempo para dar *feedback* relativamente ao episódio, bem como, motivar os restantes elementos a fazê-lo.

#### **Fase 4- Competências de recusa de canábis (40 minutos)**

Alguns dos seguintes pontos e competências estão incluídos no póster das “Competências de recusa de canábis” que fornece um reforço visual do material a ser tratado. O terapeuta explica os seguintes pontos relativamente às competências de recusa da canábis:

- 1. Uma situação frequente e de risco elevado para os consumidores que pretendem deixar de usar a substância é ser **convidado** ou **pressionado** pelos outros para consumir. Já tiveram estas ofertas ou pressões? Em que situação?*
- 2. Quando o consumo aumenta, parece haver um **efeito de afunilamento das relações sociais**. As pessoas começam a afastar-se de amigos que não são consumidores e passam a fazer parte de grupos em que os restantes elementos apoiam e encorajam a continuação dos consumos. Estar com essas pessoas aumenta o risco de recaída.*
- 3. Dado o aumento do risco associado à pressão social, a **estratégia inicial mais adequada é evitar as situações que envolvem o consumo da substância**. No entanto, uma vez que isto nem sempre é possível ou prático, é importante dar a conhecer as competências de recusa da canábis.*
- 4. Ser capaz de terminar com os consumos da substância requer mais do que uma real decisão de parar de consumir. São necessárias **competências de assertividade** para agir de acordo com essa decisão. A prática das competências de recusa ajuda a dar uma resposta mais rápida e eficaz quando surgem situações reais.*
- 5. Quanto mais rapidamente a pessoa for **capaz de dizer “não”** a determinadas solicitações, menor é a probabilidade de recaída. E porque é que isto é assim?*

De seguida o grupo deve dar sugestões específicas relativamente a comportamentos verbais e não-verbais recomendados para a recusa de canábis (também incluídas no póster “Competências de recusa de canábis”). O folheto “Competências de recusa de canábis” abrange este material, mas acrescenta maior detalhe. Distribuir este folheto e rever cada uma das competências. Os adolescentes devem ler alternadamente cada um dos pontos, por forma a mantê-los envolvidos. O



terapeuta deverá demonstrar e depois envolver o grupo na apresentação da competência descrita. Os membros do grupo geralmente gostam de ver a demonstração das competências de forma eficaz vs. ineficaz, sendo esta uma boa oportunidade para aumentar o seu envolvimento ativo na discussão. É importante dizer que estas competências são também úteis para cessar os consumos de outras substâncias, nomeadamente, tabaco e álcool.

Em seguida apresentam-se sugestões para a revisão do folheto com o grupo:

### 1. Comportamentos não-verbais

- Sê firme. Fala numa voz clara e sem hesitações. Se hesitares podem-te ser colocadas questões sobre se é realmente aquilo que queres.  
Demonstrar esta competência fazendo a mesma afirmação de duas formas - uma numa voz tímida e outra numa voz clara e firme. Refletir sobre os comentários dos adolescentes relativamente à eficácia de cada um dos estilos.
- Mantém o contato ocular com a outra pessoa; isto irá aumentar a eficácia da tua mensagem.  
Novamente demonstrar (ou pedir aos membros do grupo para demonstrarem) a mesma recusa com e sem contato ocular. Discutir as suas observações.
- Defende os teus direitos! Não te sintas culpado! Não irás magoar ninguém por deixar de consumir a substância, por isso não te sintas culpado. Na maior parte das situações sociais as pessoas nem sequer vão perceber se estás ou não a usar a substância. Tens o direito de não consumir.  
Discutir as reações dos elementos do grupo e reforçar a ideia de que o adolescente tem o direito de não consumir.

### 2. Comportamentos verbais

- “Não” deverá ser a primeira palavra a sair da tua boca. Quando hesitas em dizer “não”, os outros irão duvidar até que ponto é isso que queres.  
Sugerir ao grupo que apresente a mesma afirmação com e sem a palavra “não” no início.  
Pedir aos elementos do grupo para comentar.
- Para além de dizer “não”, sugere uma alternativa, alguma coisa divertida para fazer.  
Pedir ao grupo sugestões de atividades alternativas.
- Se uma pessoa te pressiona repetidamente, pede-lhe para não o voltar a fazer.  
Sugerir ao grupo que exemplifique com um *role-play*.

- Depois de dizer “não”, muda o assunto para qualquer outra coisa que evite a entrada em discussões ou debate sobre o consumo de canábis.  
Pedir sugestões ao grupo sobre possíveis mudanças de assunto/tema;
- Evita utilizar desculpas como “Hoje não posso porque estou adoentado” e evita respostas vagas como “Esta noite não”.  
Discutir o racional relativo a desculpas de evitamento, pois implica que numa próxima vez o jovem poderá aceitar a oferta da substância.

A próxima parte da sessão envolve treino e os adolescentes geralmente são bons a construir cenários para a prática. Inicialmente o terapeuta irá desempenhar o papel da pessoa que é convidada para consumir, demonstrando os vários tipos de resposta:

Tipo de resposta	Este tipo de pessoa	Exemplo de resposta
<b>Passiva</b>	Tende a desistir dos seus próprios desejos em favor dos das outras pessoas. Não permite que os outros saibam o que é que está a pensar ou sentir.	<i>Eu não quero fumar esta noite, mas se tu queres, também alinho.</i>
<b>Agressiva</b>	Age para proteger os seus próprios direitos, mas passa por cima dos direitos dos outros neste processo, o que pode fazer com que os outros não gostem dele.	<i>Eu não quero fumar e deito fora o charro de quem estiver a fumar perto de mim.</i>
<b>Passiva-Agressiva</b>	Fala por indiretas sobre aquilo que quer, causando possivelmente confusão e/ou ressentimento nos outros.	<i>Vão fumar agora? Vocês sabem que eu estou no programa de tratamento...</i>
<b>Assertiva</b>	Afirma a sua posição fazendo um pedido direto.	<i>Eu estou a tentar deixar de fumar e gostava de vos pedir para não me perguntarem se eu quero fumar convosco. Eu quero estar com vocês mas para outras coisas, como jogar futebol, ok?</i>

Primeiro, o terapeuta descreve cada uma destas quatro respostas, dando um exemplo para cada uma delas e pedindo a um dos elementos do grupo que seja a pessoa que oferece a substância. O terapeuta deverá transmitir a ideia de que as primeiras 3 respostas não são úteis, sublinhando as diferenças entre esses estilos e aquilo que é desejável - estilo assertivo.

Posteriormente, o terapeuta deverá encorajar os membros do grupo a praticar o estilo assertivo realizando um *role-play*. Os membros do grupo são encorajados a dar suporte e *feedback* construtivo uns aos outros à medida que praticam estas competências.

No final, distribui-se a cada um uma cópia do “Exercício de prática em contexto de vida real”, que engloba o lembrete das competências de recusa da canábis e que devem preencher ou com exemplos reais que ocorram durante a semana ou com possíveis respostas a convites. O terapeuta deverá obter um compromisso verbal por parte dos membros do grupo no sentido de completarem este exercício.

## **REGRAS DAS SESSÕES DE GRUPO**

- 1. NÃO BEBER NEM CONSUMIR ANTES DA SESSÃO.**
- 2. MANTER A CONFIDENCIALIDADE – O QUE SE DIZ NO DIZ NO GRUPO FICA NO GRUPO.**
- 3. TRABALHAR PARA MANTER A ABSTINÊNCIA.**
- 4. SER PONTUAL.**
- 5. NÃO ABANDONAR O GRUPO SEM PERMISSÃO.**
- 6. REALIZAR TODOS OS EXERCÍCIOS PROPOSTOS.**
- 7. NÃO USAR EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS OU OUTRAS DISTRAÇÕES DURANTE A SESSÃO.**
- 8. ESCUTAR OS OUTROS. FALAR UM DE CADA VEZ E NÃO INTERROMPER.**
- 9. ASSUMIR A RESPONSABILIDADE POR SI PRÓPRIO E PELO SEU COMPORTAMENTO. USAR EXPRESSÕES “EU”.**
- 10. NÃO USAR LINGUAGEM NEM COMPORTAMENTOS INAPROPRIADOS.**
- 11. VERBALIZAR O COMPROMISSO COM A ABSTINÊNCIA.**

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

**Objetivo do grupo:** Aprender e treinar competências de *coping* que ajudam a identificar gatilhos e crenças, lidar com o humor e emoções, fortalecer a autoestima, promover relações e manter a abstinência face ao consumo de substâncias e outros comportamentos de risco.

**Pressuposto 1:** Todos temos problemas na relação com os outros e em lidar com os nossos sentimentos.

**Pressuposto 2:** Os problemas relacionais e dificuldades na gestão dos sentimentos por vezes conduzem ao uso de substâncias. O consumo de canábis pode acontecer em situações de alto risco tais como sentir-se frustrado, alguém oferecer um “charro” numa festa ou sentir-se deprimido, zangado triste ou sozinho.

**Concluindo:** O objetivo deste grupo é aprender competências que podem ser usadas para lidar com as situações de alto risco. Vão ser abordadas formas mais eficazes para lidar com situações difíceis na relação com os outros e aprender formas de lidar com os sentimentos e estados de espírito que possam ser difíceis.

## COMPETÊNCIAS DE RECUSA DE CANÁBIS

### Comportamentos não-verbais

- Sê firme. Fala numa voz clara e sem hesitações. Se hesitares podem-te ser colocadas questões sobre se é realmente aquilo que queres.
- Mantém o contato ocular com a outra pessoa; isto irá aumentar a eficácia da tua mensagem.
- Defende os teus direitos! Não te sintas culpado! Não irás magoar ninguém por deixar de consumir, por isso não te sintas culpado. Na maior parte das situações sociais as pessoas nem sequer vão perceber se estás ou não a usar a substância. Tens o direito de não consumir.

### Comportamentos verbais

- “Não” deverá ser a primeira palavra a sair da tua boca. Quando hesitas em dizer “não”, os outros irão duvidar até que ponto é isso que queres.
- Para além de dizeres “não”, sugere uma alternativa, alguma coisa divertida para fazer.
- Se uma pessoa te pressiona repetidamente, pede-lhe para não o voltar a fazer.
- Depois de dizer “não”, muda o assunto para qualquer outra coisa que evite a entrada em discussões ou debate sobre o consumo de canábis.
- Evita utilizar desculpas como “Hoje não posso porque estou adoentado” e evita respostas vagas como “Esta noite não”. Isto implica que mais tarde possas aceitar outra oferta.

### Competências de recusa de canábis

Quando alguém te pergunta se queres consumir, debes ter em consideração os seguintes aspetos:

- Diz “não” em primeiro lugar;
- Certifica-te que a tua voz é clara, firme e não hesitante;
- Mantem o contato ocular;
- Sugere uma alternativa;
- Muda de tema;
- Evita respostas vagas;
- Não te sintas culpado por recusares o consumo;
- Se necessário, diz à pessoa para parar de te oferecer a substância, pedindo para que não o volte a fazer.

## PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL

A seguir, encontram-se alguns exemplos de pessoas que te podem convidar para consumir canábis. Escreve as tuas respostas para cada uma delas.

Alguém próximo de ti, que saiba do teu problema com a canábis:

Um amigo da escola:

Um colega de trabalho (caso tenhas um emprego):

Um novo conhecido:

Uma pessoa numa festa onde estejam outras pessoas presentes:

Um familiar numa reunião de família:

## COMPETÊNCIAS DE RECUSA DE CANÁBIS

### PORQUÊ

- É necessária uma resposta imediata e eficaz quando alguém te pressiona para consumir.
- O aumento do consumo de canábis limita o teu círculo social.
- É aconselhável, mas nem sempre possível, evitares pessoas e situações de alto risco.

### ORIENTAÇÕES

#### Comportamentos não-verbais

- Fala com uma voz firme e clara;
- Mantem contato ocular;
- Não te sintas culpado por recusares consumir canábis.

#### Comportamentos verbais

- A tua primeira palavra deve ser “Não”;
- Sugere uma alternativa divertida e segura;
- Muda de assunto;
- Evita desculpas e respostas vagas;
- Se a pressão continuar pede-lhes para pararem de te pressionar.



## SESSÃO 4: REFORÇO DA REDE SUPORTE SOCIAL E PROMOÇÃO DE ATIVIDADES ALTERNATIVAS

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar e alargar as potenciais fontes de suporte social.</li> </ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Breve revisão do progresso (10 minutos);</li> <li>Revisão do “Exercício de prática em contexto de vida real” (15 minutos);</li> <li>Reforçar o suporte social (35 minutos);</li> <li>Promover atividades alternativas que proporcionam prazer (15 minutos).</li> </ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Folheto “Reforço do suporte social”;</li> <li>Exercício “Diagrama social circular”;</li> <li>Exercício “Prática em contexto de vida real: Solicitar e dar apoio”;</li> <li>Póster “Reforço do suporte social”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1 – Breve revisão do progresso (10 minutos)

Inicia-se a sessão com uma questão aberta sobre como é que correu a semana anterior no que diz respeito aos consumos de canábis. Como esta discussão poderia ocupar o resto da sessão, o terapeuta tem que controlar o tempo para cumprir com os objetivos da mesma. Para facilitar, o terapeuta pode colocar uma questão aberta como:

*Antes de entrarmos nos tópicos da sessão de hoje, vamos utilizar 10 minutos para compreender como é que as coisas correram na última semana relativamente ao uso da canábis. Alguém teve algum problema ou sucesso que queira partilhar com o grupo?*

#### Fase 2: Revisão do “Exercício de prática em contexto de vida real” (15 minutos)

Tal como na sessão anterior, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

Os jovens deverão ler as suas respostas relacionadas com a recusa da substância em contexto real, devendo os restantes dar *feedback*. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços.

### **Fase 3: Reforçar o suporte social (35 minutos)**

Esta fase inicia-se com o terapeuta a fazer uma breve descrição do racional para o aumento do suporte:

- O suporte social leva à melhoria da confiança nas suas competências de *coping* e fornece um recurso adicional;
- Com frequência estes jovens não têm tanto suporte quanto desejariam;
- Há várias fontes potenciais de suporte social, incluindo a família, amigos e conhecidos.

Em seguida, o foco é colocado na aprendizagem de competências de suporte social. Distribuir o folheto “Reforço do suporte social” (Adaptado de Monti et al., 1989) ao grupo. Estas diretrizes estão sumarizadas no póster da sessão. As diretrizes devem ser analisadas com o grupo e os adolescentes devem ser incentivados a dar alguns exemplos da sua própria vida correspondentes aos itens que vão sendo apresentados. De seguida serão descritas as áreas que estão abrangidas por essas questões relativas ao reforço do suporte social, com sugestões sobre a forma de as abordar:

#### **1. QUEM é que pode ser capaz de te apoiar?**

É importante dizer ao grupo que nos estamos a referir a pessoas que os podem ajudar a atingir os objetivos que delinearam para cessar ou reduzir o consumo de canábis, bem como, para ajudar a lidar com outro tipo de preocupações. Devem ser considerados os amigos, família, conhecidos ou outras pessoas da comunidade (professores/treinadores/família alargada...) que no passado funcionaram como apoiantes, neutros (não têm preconceitos sobre ti) e não apoiantes mas que podem vir a apoiar, se virem o teu esforço. Deve-se encorajar os membros do grupo a darem exemplos das suas próprias vidas.

#### **2. QUE tipo de apoio poderá ser mais útil?**

Novamente, deve-se fazer com que o grupo descreva exemplos da vida real relacionados com diferentes pedidos de ajuda e quem os poderá prestar:

- Ajuda na resolução de problemas - alguém bom a pensar nas diferentes opções e soluções;
- Apoio moral - alguém que encoraje e compreenda;
- Partilha das preocupações - alguém que te ajude a pensar;

- Informação - sobre atividades, transportes, procura de emprego;
- Ajuda de emergência – para pequenos contratemplos do dia-a-dia.

### 3. COMO é que podes conseguir a ajuda necessária?

Devem pensar no que precisam, serem diretos e específicos.

Nesta altura, o terapeuta pode interromper para treinar as seguintes formas de pedir ajuda. Poderá utilizar-se uma situação referida por um dos elementos do grupo para trabalhar esta questão. Exemplo de problema: o jovem quer mostrar a um amigo que necessita de ajuda para fazerem outras atividades, que não fumar canábis.

Tipo de pedido de ajuda	Exemplo de resposta
Indireta	<i>A única coisa que tu queres fazer comigo é fumar canábis.</i>
Direta, mas não específica	<i>Eu gostava de estar contigo a fazer outras coisas que não fumar canábis.</i>
Direta e específica	<i>Eu gosto de estar contigo, mas não quero fumar mais. Porque não vamos ao bowling este sábado?</i>

Questionar o grupo relativamente às suas reações face aos exemplos apresentados.

- **Adiciona novas pessoas que podem ajudar: quando fazes algo novo, como tentar sair dos consumos, podes precisar de novas pessoas que te ajudem.** Perguntar ao grupo que apoio adicional poderia procurar.
- **Dá apoio aos outros. Isto permitirá que te sintas melhor quando recebes ajuda.** Falar com o grupo sobre como dar apoio facilita no momento de receber. Perguntar ao grupo o que pensa disto.
- **Dá *feedback* às pessoas que te apoiam. Dá-lhes a saber se te estão ou não a ajudar.** Pedir ao grupo que dê exemplos de situações em que alguém tenta ajudar, mas não da melhor forma e como se pode dizer isso a essa pessoa.

Em seguida, distribuir o Exercício “Diagrama social circular” e pedir aos participantes que desenhem o seu próprio círculo social e tentem determinar que suporte podem obter dessas pessoas.

Depois de 5/10 minutos cada membro deve partilhar aquilo que percebeu relativamente ao seu próprio sistema de suporte social. Poderá pedir e obter mais suporte? Não é pedido que partilhem detalhes específicos do sistema de suporte social de cada um pois não há tempo para isso. Pode ser útil dizer isto no início da discussão de forma a diminuir a probabilidade de o adolescente se sentir interrompido.

#### **Fase 4: Promover atividades alternativas que proporcionam prazer (15 minutos) - suplemento à sessão**

Sendo um suplemento à sessão esta atividade só pode ser incluída se faltar pelo menos 15 minutos para o final da mesma.

Muitos consumidores acreditam que algumas atividades vão deixar de ser divertidas se não forem acompanhadas pelos consumos. Importa transmitir que podem ficar surpreendidos ao descobrirem que algumas podem ser muito mais divertidas se não estiverem sob o efeito de canábis.

Com a continuidade dos consumos vai-se reduzindo o envolvimento em atividades que anteriormente proporcionavam prazer, assim como, a exploração de novas experiências. As atividades positivas podem ser uma alternativa ao consumo de canábis.

Propõe-se o seguinte exercício relativo às atividades alternativas. É pedido ao grupo que pense em atividades saudáveis e divertidas sem que tenham que ser acompanhadas de consumos e que possam ser alternativas. O terapeuta deve escrevê-las, no quadro, de forma a que estas sejam visíveis para todos. Posteriormente, questionar os membros do grupo sobre se alguma daquelas atividades pode ser inserida nas suas rotinas. Os elementos do grupo anotam as atividades na parte inferior da folha que contem o diagrama com o círculo social. De seguida, são convidados a selecionar aquelas que consideram serem capazes de realizar na próxima semana dizendo quando as vão fazer, com quem e como.

Antes da sessão terminar deve ser distribuído o Exercício “Prática em contexto de vida real: Solicitar e dar apoio”, sendo pedido aos membros do grupo que o preencham e tragam para a próxima sessão. Deve-se ler em voz alta e esclarecer as dúvidas que possam existir.

## REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL

**1. QUEM é que pode ser capaz de te apoiar?** Considera os amigos, família, conhecidos ou outras pessoas da comunidade (professores/treinadores/família alargada...) que no passado funcionaram como:

- Apoiantes;
- Neutros (não têm preconceitos sobre ti);
- Não apoiantes mas que podem vir a apoiar, se virem o teu esforço.

**2. QUE tipo de apoio poderá ser mais útil?**

- Ajuda na resolução de problemas - alguém bom a pensar nas diferentes opções e soluções;
- Apoio moral - alguém que encoraje e compreenda;
- Partilha das preocupações - alguém que te ajude a pensar;
- Informação - sobre atividades, transportes, procura de emprego;
- Ajuda de emergência – para pequenos contratemplos do dia-a-dia.

**3. COMO é que podes conseguir a ajuda necessária?**

Pensa no que precisas. Seja direto e específico.

- **Adiciona novas pessoas que podem ajudar:** quando fazes algo novo, como tentar sair dos consumos, podes precisar de novas pessoas que te ajudem.
- **Dá apoio aos outros.** Isto permitirá que te sintas melhor quando recibes ajuda.
- **Dá feedback às pessoas que te apoiam.** Dá-lhes a saber se te estão ou não a ajudar.

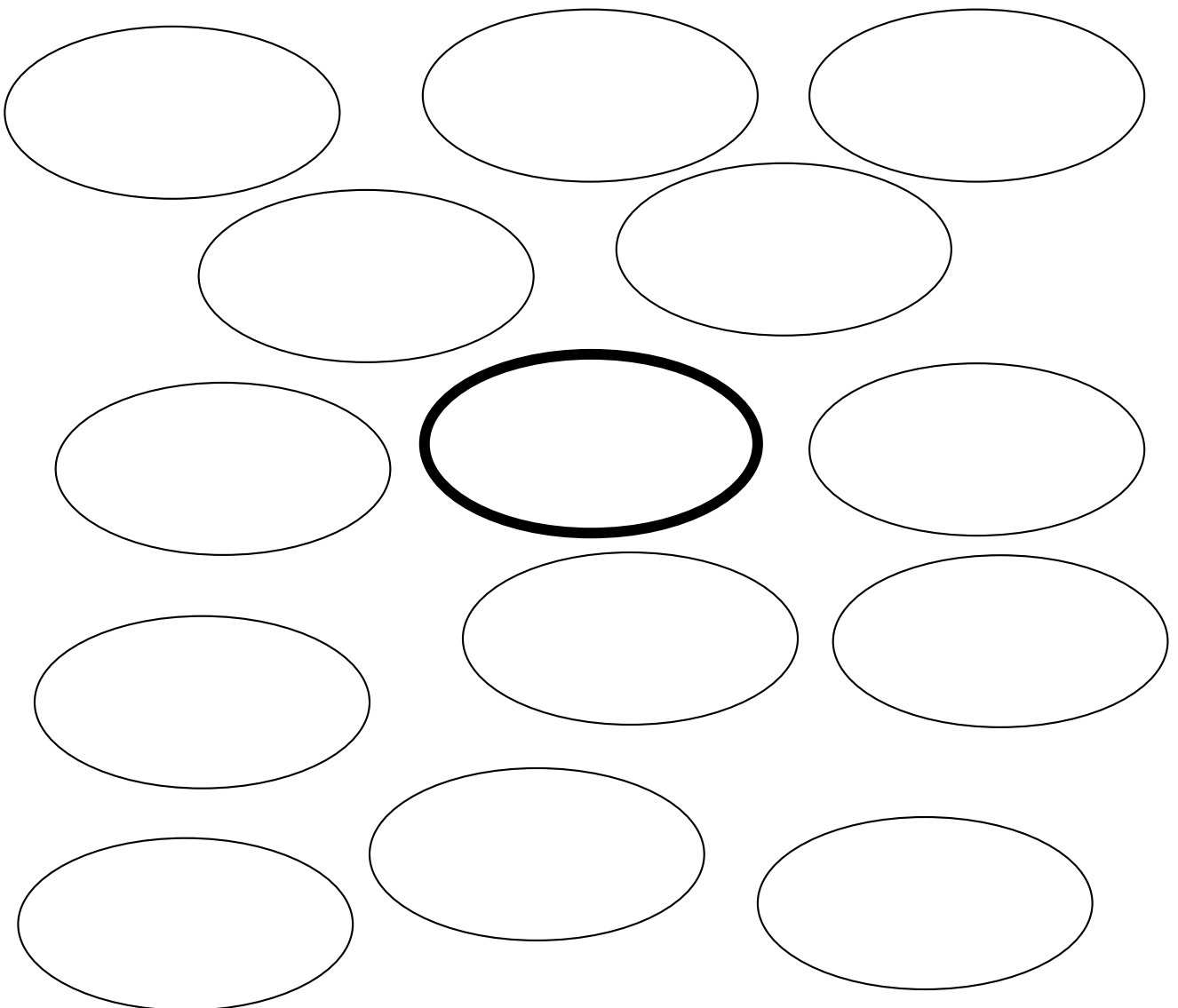
(Adaptado de Monti et al., 1989)

## DIAGRAMA SOCIAL CIRCULAR

Utiliza a grelha abaixo para delinear o teu próprio círculo de suporte social.

Coloca o teu nome no espaço central e depois preenche os restantes círculos com os nomes daqueles que te apoiam ou te poderão vir a apoiar.

Coloca as pessoas que te poderão ajudar mais nos círculos mais próximos do teu. Preenche a quantidade de espaços que desejares.



## PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL

### SOLICITAR E DAR APOIO

Pensa num problema atual para o qual gostarias de ter ajuda.

Descreve o problema:

Quem é que pode ajudar-te com este problema?

O que é que pode fazer para te ajudar do modo que tu gostarias?

Como é que tu podes obter esse apoio? Lembra-te, tens de ser direto e específico.

Escolhe o momento e a situação mais adequada e tenta pedir a essa pessoa para te ajudar. Descreve o que aconteceu.

Oferece a tua ajuda a alguém.

Nomeia um amigo ou familiar que está atualmente a ter um problema e para o qual o teu apoio poderia ser útil.

Descreve o que é que tu podes fazer para lhe proporcionar alguma ajuda.

Escolhe um momento e uma situação apropriada e apoia essa pessoa. Descreve o que aconteceu.

(Adaptado de Monti et al., 1989)

## REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL

### PORQUÊ

- Quando alguém tenta abandonar o consumo de canábis, o suporte social ajuda a ter sucesso.
- Muitas vezes as pessoas não têm tanto suporte quanto desejariam.

### ORIENTAÇÕES

**QUEM** é que pode ser capaz de te apoiar? Considera a família, amigos, conhecidos ou outras pessoas da comunidade.

- Alguém que habitualmente te ajuda;
- Alguém que habitualmente é neutro;
- Alguém que se possa vir a apoiar.

**QUE TIPO DE APOIO** poderás pedir?

- Ajuda na resolução de problemas;
- Informação;
- Apoio moral;
- Partilha de preocupações;
- Ajuda de emergência.

**COMO** podes conseguir o apoio de que necessitas?

- Pede o que precisas;
- Adiciona novos apoiantes;
- Dá o teu apoio aos outros;
- Dá *feedback* aos teus apoiantes.



## SESSÃO 5: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Desenvolver estratégias de resolução de problemas para lidar com situações que aumentem o risco de lapso ou recaída.</li></ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Breve revisão do progresso (10 minutos);</li><li>2. Revisão dos exercícios de prática em contexto de vida real (10 minutos);</li><li>3. Racional para as competências de resolução de problemas (20 minutos);</li><li>4. Exercício de grupo (30 minutos);</li><li>5. Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos).</li></ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Folheto “Resolução de problemas”;</li><li>▪ Exercício de prática em contexto de vida real “Resolução de problemas”;</li><li>▪ Póster “Resolução de problemas”.</li></ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### **Fase 1: Breve revisão do progresso (10 minutos)**

Inicia-se a sessão com uma questão aberta sobre como é que correu a semana anterior no que diz respeito aos consumos de canábis. Como esta discussão poderia ocupar o resto da sessão, o terapeuta tem que controlar o tempo para cumprir com os objetivos da mesma. Para facilitar, o terapeuta pode colocar uma questão aberta como:

*Antes de entrarmos nos tópicos da sessão de hoje, vamos utilizar 10 minutos para compreender como é que as coisas correram na última semana relativamente ao uso da canábis. Alguém teve algum problema ou sucesso que queira partilhar com o grupo?*

#### **Fase 2: Revisão dos exercícios de prática em contexto de vida real (10 minutos)**

Tal como na sessão anterior, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

Os jovens deverão ler as suas respostas relacionadas com o exercício prático proposto na semana anterior, devendo os restantes dar *feedback* relativamente àquilo que foi dito. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços. Devem ser ainda reforçadas as tentativas de aumento da rede de suporte social por parte dos adolescentes. Se algum jovem ainda não tiver

tentado pôr em prática estas competências, importa encorajá-lo a fazê-lo e a assumir um compromisso com esta tarefa.

Se a tarefa relativa às atividades alternativas que proporcionam prazer tiver sido realizada deve-se perguntar aos elementos do grupo como é decorreram as mesmas. Fizeram o que planearam? Como decorreram? Divertiram-se com a atividade? Se não se divertiram, o que é que aconteceu?

### **Fase 3: Racional para as competências de resolução de problemas (20 minutos)**

Nesta fase o terapeuta deverá abordar com os adolescentes os seguintes pontos:

- *Todos temos problemas. Os problemas não são exclusivos de alguns. Existem para todos. Por outro lado, todos vemos, pensamos e sentimos as coisas de forma diferente o que nos leva a discordar.*
- *O que torna as pessoas diferentes não é o terem problemas mas a forma como lidam com eles. Todos temos capacidade para lidar com os problemas, embora por vezes o façamos de forma diferente. Às vezes aceitamos os problemas como factos da vida e tentamos não ficar demasiado incomodados com eles, trabalhando para os resolver. Outras vezes reconhecemos os problemas, mas pensamos que não os conseguimos resolver. Noutras situações, temos dificuldade em reconhecer ou em aceitar o problema.*
- *Todos nesta sala têm problemas que envolvem direta ou indiretamente a canábis. Os passos da resolução de problemas podem ser utilizados com qualquer tipo de situação. Em algumas situações do quotidiano nem chegamos a ter consciência das etapas deste processo. Os problemas não têm resposta imediata e necessitam de alguns esforços para a sua resolução.*
- *A primeira regra para a resolução de problemas é aceitar que é um processo que leva algum tempo e requer investimento. Se não optarmos pela sua resolução, então o problema vai ficar sempre connosco. Mas se optarmos pela resolução do problema então vamos reduzi-lo ou ultrapassá-lo e com isso a nossa confiança vai aumentar. Se encaramos os problemas e utilizarmos as ferramentas certas, começamos a vê-los como desafios.*

De seguida, explicar ao grupo as 5 fases do modelo de resolução de problemas (Monti et al., 1989):

**1. Reconhecer que o problema existe. “Há algum problema?”** O primeiro passo é reconhecer que existe um problema. Ao admitir o problema já se pode começar a pensar em como o resolver. Se não se reconhecer, podem ocorrer duas coisas: ou não fazer nada e o problema mantém-se; ou, fazer a primeira coisa que vem à cabeça e correr o risco de ter consequências negativas não planeadas. O nosso corpo, o que sentimos, o que pensamos, como nos comportamos e as reações das outras pessoas, dão-nos pistas sobre a existência ou não de um problema. Neste caso, em primeiro lugar, é importante reconhecer que existe um problema com canábis. Vocês têm recebido sinais de várias fontes de que o problema existe:

- O vosso corpo (ex.: agitação ou inquietação);
- Os vossos pensamentos e sentimentos (ex.: pensar que não se conseguem divertir sem consumir; sentirem-se ansiosos, depressivos, sozinhos);
- Os vossos comportamentos (ex.: não realizar as tarefas da escola, em casa ou no trabalho; reagir impulsivamente);
- As vossas relações com outras pessoas (ex.: problemas com os pais, com o(a) namorado(a), com professores, com os amigos);
- A forma como as outras pessoas reagem (ex.: criticarem, afastarem-se).

**2. Identificar o problema. “Qual é o problema?”** O segundo passo é identificar e definir o problema de forma clara. Muito daquilo que faz com que seja visto como uma ameaça prende-se com o facto de não o conhecermos. É importante compreender se o problema é semelhante ou diferente de outros que já se resolveram no passado e aprender com as diferenças. Uma vez identificado deve-se clarificá-lo. Obtenham o máximo de informação e de detalhes que conseguirem. Definam os problemas em termos de comportamento, sempre que for possível. Por vezes, pode ser mais fácil tentar defini-lo dividindo-o em partes mais pequenas. Vão descobrir que é mais fácil manusear as partes de forma individual do que enfrentá-lo no seu todo.

- Exemplo de um problema: sempre que saem até tarde os vossos pais ficam zangados, preocupados e acusam-vos de estarem a fumar com os vossos amigos, mesmo quando não o fazem;
- Exemplos de algumas questões de clarificação: quem é afetado? como é que cada um vê a situação? qual é o resultado que querem ver alterado? o que é que as outras pessoas querem que vocês mudem? o que é que vos levou a este problema (ex.: a história de fumar canábis; os pais não saberem onde vocês andam, pais não confiarem em vocês, desonestidades do passado)?

**3. Avançar com possíveis soluções. “O que é que eu posso fazer?”** O terceiro passo é considerar várias abordagens para resolver o problema. Procurem o máximo possível de soluções que

*possam existir para a resolução do problema, independentemente de nesta fase inicial parecerem boas ou más, certas ou erradas. Identifiquem ações que poderão alterar a situação e/ou alterar o modo como essa situação é pensada. Abaixo encontram-se as diretrizes para gerarem possíveis soluções:*

- *Lembrem-se que mais é melhor! Não julguem as vossas soluções! Os julgamentos ficam para mais tarde!*
- *Avancem com soluções que incluam tanto ações como pensamentos.*

**4. Toma uma decisão e age a partir dela. “O que é que irá acontecer se...?”** *O quarto passo é avaliar os aspetos positivos e negativos para cada uma das possibilidades e seleccionar a abordagem mais adequada. Está na hora de decidirem, de entre as soluções que elencaram, qual é mais adequada para chegar onde se propuseram. Para isso, têm que analisar cada uma e hierarquizá-las. Tomem uma decisão e coloquem-na em prática. Revejam cada solução e perguntem-se a vocês próprios:*

- *O que é que é mais provável acontecer se colocar em prática essa solução?*
- *Quais são as coisas boas e más que podem acontecer?*
- *Qual é a probabilidade de que as coisas más ou boas venham a acontecer?*
- *O que vai acontecer imediatamente após escolher esta solução?*
- *O que vai acontecer a longo prazo?*
- *Quão difícil será colocar essa solução em prática?*

*Escolham soluções que têm maior probabilidade de ter consequências positivas a curto e a longo prazo e menor probabilidade de resultados negativos.*

**5. Avalia os resultados da tua decisão. “Como é que isto funcionou?”** *O quinto passo é avaliar os resultados das vossas decisões. Experimentem a solução pela qual optaram. A solução pode não ser imediata e vocês podem ter que ser pacientes e não desistir dela. Quando começarem a ver os efeitos da vossa decisão, avaliem os pontos fortes e os pontos fracos perguntando:*

- *Que dificuldades estou a ter?*
- *Estes são os resultados que esperava?*
- *Posso fazer alguma coisa para esta solução funcionar melhor?*
- *Devo considerar uma decisão diferente?*

*Depois de perceberem como é que a vossa solução correu quando foi aplicada em contexto real, perguntem a vocês mesmos: A solução resultou? se responderem que “sim”, então a solução está encontrada. Se a resposta é “mais ou menos”, então talvez a decisão tenha que ser ajustada. Se a resposta for “não”, retomem os passos 3 e 4 e escolham uma outra das soluções elencadas para colocar em prática.*

#### **Fase 4: Exercício de grupo (30 minutos)**

Este é o momento para o grupo colocar em prática o modelo de resolução de problemas de acordo com as seguintes diretrizes:

- Lembrar que é importante trabalhar no reconhecimento e identificação do problema, detalhando-o o mais possível;
- Ver a que soluções o grupo chega e escrevê-las no quadro;
- Encorajar os membros do grupo a considerar tanto os efeitos negativos como positivos e as consequências a curto e a longo prazo quando se ponderam as alternativas;
- Pedir ao grupo para priorizar alternativas e selecionar a mais promissora.

#### **Fase 5: Exercício de prática na vida real (5 minutos)**

Distribuir o folheto “*Resolução de problemas*” e o exercício de “*Prática em contexto de vida real*” associados à resolução de problemas que deverá ser realizado até à próxima sessão. Encorajar os participantes a focarem-se num problema atual ou recente que esteja relacionado com o consumo de canábis.

## RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Estes são, de modo resumido, os passos do modelo de resolução de problemas.

- 1. Reconhecer que o problema existe. “Há algum problema?”** Nós obtemos informação a partir do nosso corpo, dos nossos pensamentos e sentimentos, do nosso comportamento, das reações das outras pessoas e das nossas reações para com os outros.
- 2. Identificar o problema. “Qual é o problema?”** Descreve o problema da melhor forma que conseguires. Divide-o em partes pequenas se isso for mais útil.
- 3. Avançar com possíveis soluções. “O que é que eu posso fazer?”** Pensa no máximo de soluções que conseguires. Pensa em soluções que envolvam os teus pensamentos e comportamentos.
- 4. Toma uma decisão e age a partir dela. “O que é que irá acontecer se...?”** Considera todas as consequências a curto e longo prazo, quer sejam positivas quer sejam negativas, para cada uma das alternativas. Escolhe uma solução que poderá resolver o problema.
- 5. Avalia os resultados da tua decisão. “Como é que isto funcionou?”** Depois de teres tentado a solução, pareceu ter resultado? Se não, considera o que podes fazer para o plano resultar ou desiste e tenta a segunda melhor solução que idealizaste.

## PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL

### RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Escolhe um problema que tenhas neste momento (que ainda não foi discutido no grupo) ou um com o qual possas vir a ter que lidar no futuro. Segue os passos do modelo. Lembra-te de descrever o problema e de listar as possíveis soluções. Reflete sobre as tuas escolhas e ordena-as, das que pensas que poderão resultar melhor para as que podem resultar menos bem. Quando tiveres escolhido a solução que te pareça a mais adequada, experimenta-a. Depois avalia qual foi o resultado.

EXEMPLO: Tu estás numa festa onde sabes que vão estar pessoas que vão beber e consumir canábis.

Identifica o problema (descreve-o)

Avança com possíveis soluções (faz uma lista)

Toma uma decisão (hierarquiza as soluções e pensa nas consequências de cada uma)

Avalia os resultados da tua decisão (considera os resultados positivos e negativos)

## RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

### PORQUÊ

Os problemas fazem parte do quotidiano. Uma situação torna-se num problema se não existe uma forma imediata de lidar com ela.

Encontrar uma solução eficaz requer que tu te acalmes, abrandes e analyses a situação para poderes decidir qual é a que funciona melhor contigo. Tens de **PARAR E PENSAR!**

### ORIENTAÇÕES

1. Reconhece que existe um problema. Existe um problema?
2. Identifica o problema. Para e pensa. Qual é o problema?
3. Procura soluções. O que é que posso fazer? Pensa. Antecipa. Quais são as consequências de cada solução?
4. Toma uma decisão. Põe em prática.
5. Avalia os resultados. Isto funcionou comigo?



## SESSÃO 6: PREPARAÇÃO PARA SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E LIDAR COM AS RECAÍDAS

PONTOS-CHAVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as situações de alto risco de recaída e aplicar as estratégias de <i>coping</i> nas situações de emergência.</li> </ul>
FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Breve revisão do progresso (10 minutos);</li> <li>Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (20 minutos);</li> <li>Preparação para situações de emergência e lidar com as recaídas (45 minutos).</li> </ol>
MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exercício “Plano de emergência pessoal”;</li> <li>Póster “Plano de emergência e lidar com a recaída”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1: Breve revisão do progresso (10 minutos)

Inicia-se a sessão com uma questão aberta sobre como é que correu a semana anterior no que diz respeito aos consumos de canábis. Como esta discussão poderia ocupar o resto da sessão, o terapeuta tem que controlar o tempo para cumprir com os objetivos da mesma. Para facilitar, o terapeuta pode colocar uma questão aberta como:

*Antes de entrarmos nos tópicos da sessão de hoje, vamos utilizar 10 minutos para compreender como é que as coisas correram na última semana relativamente ao uso da canábis. Alguém teve algum problema ou sucesso que queira partilhar com o grupo?*

#### Fase 2: Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (20 minutos)

Rever com os membros do grupo o exercício de “Prática em contexto de vida real” relativo à resolução de problemas entregue na sessão anterior.

Tal como nas sessões anteriores, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

Os jovens deverão ler as suas respostas relacionadas com o exercício prático, devendo os restantes dar *feedback* relativamente àquilo que foi dito. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços.

### **Fase 3: Preparação para situações de emergência e lidar com as recaídas (45 minutos)**

Esta fase inicia-se com o terapeuta explicando o que se consideram situações de emergência e introduzindo o conceito de recaída como podendo fazer parte do processo de mudança. Num segundo momento, relembra-se o modelo de resolução de problemas, que será depois aplicado num exercício que envolva situações de risco.

Mesmo tendo treinado várias competências ao longo das sessões, o jovem pode deparar-se com situações inesperadas e recair.

Deve-se envolver o grupo numa discussão sobre como lidar com a probabilidade de recaída numa situação de alto risco inesperada. Há alguns aspetos que devem ser abordados:

- 1. As recaídas são comuns no processo de tratamento:** o mais importante é como é que cada um lida com ela. Os adolescentes podem pensar que existindo uma recaída, todo o plano de tratamento está arruinado e podem querer desistir. É importante que eles percebam que não tem que ser assim.
- 2. A recaída pode funcionar como um momento de aprendizagem:** o jovem pode aprender quais as situações que deve evitar, pondo as suas estratégias de *coping* em ação.
- 3. Apesar da recaída, os adolescentes devem manter os seus planos:** pedir ao grupo sugestões sobre como manter os seus objetivos. Ajudar o grupo a discutir os seguintes aspetos:
  - Abdicar de “restos” da substância;
  - Pedir suporte;
  - Realizar outras atividades (positivas) que não consumir;
  - Relembrar a si próprio as razões para querer abandonar os consumos.

Uma situação de emergência consiste numa circunstância inesperada que coloca o adolescente em risco elevado de consumir a substância.

É pedido ao grupo que dê exemplos de potenciais situações de emergência com as quais se podem deparar. O terapeuta deverá escrever as respostas num local visível a todos os elementos do grupo. Depois de um período inicial de discussão, o terapeuta deve dar pistas que ajudem o grupo a pensar em tipos de emergências que não foram referidas, tais como as descritas no quadro seguinte.

<b>Tipo de emergência</b>	<b>Exemplos de emergência</b>
<b>“Gatilho” imprevisto</b>	<i>Deparar-se com alguém a consumir canábis sem que nada o fizesse prever.</i>
<b>Separação social</b>	<i>Amigos vão morar para longe; final da relação com a/o namorada/o.</i>
<b>Problemas escolares</b>	<i>Reprovar; ser suspenso.</i>
<b>Adaptação a uma nova situação</b>	<i>Mudar-se para outra cidade; divórcio dos pais.</i>
<b>Novas responsabilidades</b>	<i>Novo emprego; cuidar de uma pessoa doente na família.</i>

Como se pode verificar acima, as situações de emergência que podem constituir um “gatilho” não têm que ser eventos negativos. As pessoas podem não ter estratégias de *coping* que lhes permitam lidar com estes acontecimentos de vida positivos. Nestas situações, o indivíduo pode aumentar o seu sucesso através da utilização do modelo de resolução de problemas que foi abordado na sessão anterior. Relembra-se o modelo de resolução de problemas (Monti et al., 1989) colocando o póster num local visível para o grupo.

O grupo deverá em seguida realizar um exercício prático de resolução de problemas em situações de emergência. Para isso, deverão selecionar uma das potenciais situações de emergência que foram geradas nos exercícios anteriores de *brainstorming*. Questionar sobre se o problema está claramente identificado e escrever as várias soluções possíveis colocadas de forma visível para todos. O grupo deve avaliar cada uma dessas soluções, escolhendo uma delas como sendo a melhor.

Após a realização deste exercício, cada elemento do grupo deve desenvolver um “*Plano de emergência pessoal*”, que preparado antecipadamente, diminui a probabilidade de recaída.

Fornecer a cada jovem uma folha do exercício “Plano de emergência pessoal”, sendo-lhe proposto que pondere e preencha cada item.

Os elementos começam a preencher esta ficha, sendo que se não houver tempo deverão terminar o seu preenchimento em casa.

## PLANO DE EMERGÊNCIA PESSOAL

Possíveis situações de emergência para as quais eu tenho que estar preparado:

### O que fazer?

Se uma destas situações acontecer, o que poderei fazer:

Refletir acerca da situação

Distrair-me com:

Arrefecer as ideias através de:

Atividade física. De que tipo? \_\_\_\_\_

Fazer alguma coisa para relaxar. O quê? \_\_\_\_\_

Música, livros, revistas, TV, filmes, jogos? \_\_\_\_\_

Atividades criativas (escrever, pintar, desenhar, dançar, produzir música)? \_\_\_\_\_

Ligar ou pedir ajuda a alguém. A quem? \_\_\_\_\_

### O que não fazer?

Se uma destas situações acontecer, o que não deverei fazer:

Fumar canábis, beber álcool ou usar outras drogas

Isolar-me

Agir sem pensar

Manter-me na situação de risco elevado

Se a emergência envolver uma situação de recaída, os seguintes passos vão-me ajudar a parar de consumir:

## PLANO DE EMERGÊNCIA E LIDAR COM A RECAÍDA

### PORQUÊ

- A preparação para uma emergência aumenta as competências de *coping*.
- A resolução de problemas é uma forma de lidar com as emergências.
- As emergências e recaídas são oportunidades de aprendizagem.

### ORIENTAÇÕES

Possíveis tipos de emergência:

- Um gatilho imprevisto;
- Separação de alguém importante na tua vida;
- Problemas escolares/profissionais;
- Adaptação a uma nova situação de vida ou novas responsabilidades.

## SESSÃO 7: CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RAIVA

PONTOS-CHAVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facilitar o reconhecimento de situações externas que despoletam raiva e reações internas que indicam raiva;</li> <li>▪ Introduzir a técnica de relaxamento aos membros do grupo como uma estratégia para lidar com a raiva.</li> </ul>
FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breve revisão do progresso (10 minutos);</li> <li>2. Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos);</li> <li>3. Racional para as competências de <i>coping</i>: consciencialização da raiva (10 minutos);</li> <li>4. Exercícios de grupo (20 minutos);</li> <li>5. Racional para as competências de <i>coping</i>: técnica de relaxamento (10 minutos);</li> <li>6. Modelagem e exercício de grupo (10 minutos);</li> <li>7. Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos) .</li> </ol>
MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercício “Gatilhos da raiva”;</li> <li>▪ Exercício “Condução de uma autoentrevista”;</li> <li>▪ Prática em contexto de vida real “Consciencialização da raiva”;</li> <li>▪ Prática em contexto de vida real “Técnica de relaxamento”;</li> <li>▪ Póster “Consciencialização da Raiva”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1: Breve revisão do progresso (10 minutos)

Inicia-se a sessão revendo com os membros do grupo os esforços levados a cabo para alcançar ou manter os objetivos relacionados com o consumo de canábis. Devem reforçar-se as estratégias de *coping* utilizadas para evitar o consumo de canábis.

#### Fase 2: Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos)

Rever o exercício *plano de emergência pessoal* distribuído na sessão anterior.

Tal como na sessão anterior, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

Os jovens deverão ler as suas respostas, devendo os restantes dar *feedback* relativamente àquilo que foi dito. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços.

**Fase 3: Racional para as competências de coping: consciencialização da raiva (10 minutos)**

A mensagem a transmitir nesta sessão é a de que a raiva é necessária, mas pode também ser uma emoção destrutiva. A raiva pode assinalar situações problemáticas e dar-nos energia para as resolver. No entanto, existem respostas destrutivas relacionadas com esta emoção que incluem comportamento impulsivo, comunicação evitante, comportamento agressivo e violento e uso de substâncias.

De seguida, apresentar os seguintes tópicos ao grupo:

- *A raiva é uma emoção humana normal. Todos nós experienciamos raiva. O que nos faz ser diferentes é a forma como escolhemos lidar com ela.*
- *A raiva pode ter efeitos diferentes dependendo do que fazemos com ela. Uma vez, podemos usá-la para nos afirmarmos ou para terminar uma tarefa desagradável. Outras vezes, podemos externalizar esta emoção nalguma coisa ou em alguém.*
  - *Quando é que a raiva pode ser utilizada de forma construtiva? A raiva pode dar-nos energia para resolver os problemas. Por exemplo, se vocês ouvirem um colega a criticar um amigo, pode dar-vos energia para que possam apoiar o vosso amigo e lembrar ao colega, que essa pessoa tem aspetos positivos. A raiva pode ser também a luz amarela dos sinais de trânsito que nos diz que temos que nos acalmar e pensar naquilo que é mais importante para nós. Ouvir os outros a criticar o vosso amigo pode fazer-vos pensar o quanto vocês se preocupam com ele.*
  - *Quando é que a raiva pode ser usada de forma destrutiva? A raiva é destrutiva quando impede de pensar de forma clara. Pode ser expressa através de uma resposta agressiva ou passiva. No primeiro caso, ao responder de forma agressiva podem colocar-se em risco a vocês ou aos outros. Respostas agressivas bloqueiam a comunicação e criam distância entre vocês e os outros. No segundo, pode fazer com que escondam os vossos sentimentos. Isto é uma resposta passiva. As respostas passivas podem fazer com que se sintam deprimidos ou desamparados. Não tomar consciência destes sentimentos e não os expressar adequadamente pode resultar numa explosão de raiva num momento ou situação que já não é esperada.*
- *Vocês têm o direito a sentir raiva, mas têm a responsabilidade de a expressarem de maneira a não se magoarem nem magoarem ninguém. Para prevenir estas situações é importante ter uma estratégia para lidar com a raiva.*

- *A raiva e o consumo de canábis ou álcool são aspetos que podem estar relacionados. Muitas pessoas quando ficam “pedradas” ou alcoolizadas sentem raiva e entram em conflito com os outros, fazendo muitas vezes coisas que não fariam se estivessem sóbrios. Dado que a raiva dificulta o pensamento, pode colocar as pessoas em situações de risco elevado sem que elas se apercebam.*

É importante explicar que o primeiro passo para lidar com a raiva é torná-la consciente, pois o aumento desta consciência pode ajudar a identificar precocemente sentimentos de raiva, antes que eles aumentem e fiquem fora de controlo.

Igualmente importante é perceber que a raiva pode ser despoletada por determinados gatilhos e que para aprender a lidar com ela, tem que se compreender que tipo de gatilhos é que a despoletam. Perguntar ao grupo acerca de algumas situações, pensamentos ou sentimentos que a fazem aparecer.

Apresentar as seguintes diretrizes relacionadas com o aumento da consciência dos gatilhos e sinais de raiva:

1. Tomar consciência das situações que despoletam a raiva.
  - a. Gatilhos diretos: ataques diretos verbais ou não verbais (ex.: ataques físicos, gestos obscenos).
  - b. Gatilhos indiretos: ver alguém a ser atacado ou tomar consciência dos seus pensamentos e sentimentos acerca de uma situação (ex.: sentimentos de culpa; pensar que desiludimos alguém; sentir que as pessoas têm expectativas demasiado altas acerca nós).
2. Tomar consciência das reações internas que assinalam a existência da raiva. Quais são alguns dos sinais de raiva?
  - a. Sentimentos: sentimentos intensos como frustração, irritação ou mágoa podem estar associados e conduzir à raiva, pelo que tem que se tentar lidar com eles antes de aumentarem e ficarem fora de controlo.
  - b. Insónia: pode acontecer devido aos pensamentos e sentimentos de raiva que perturbam a pessoa durante o dia.
  - c. Cansaço, depressão ou desânimo: tentativas passadas para expressar raiva podem não ter resultado, levando a sentimentos de frustração e de impotência para mudar. O que tende a acontecer é que as pessoas desistem de tentar e acabam por ficar deprimidas.



- d. Reações físicas: tensão muscular nos maxilares, no pescoço, nos braços, nas mãos; dores de cabeça; taquicardia; respiração acelerada.

Escrever os sinais emocionais e físicos no quadro para todos verem:

Sinais emocionais	Sinais físicos
Frustração	Tensão na mandíbula, pescoço, braços
Irritação	Dores de cabeça
Indiferença (para com os outros)	Batimento cardíaco acelerado
Agitação	Respiração acelerada
Desânimo	Suores
Depressão	Insónias
Sentir-se insultado	Comportamento impulsivo (agir sem pensar)

Explicar que muitos dos sinais físicos e emocionais de raiva são sintomas semelhantes aos experienciados por pessoas que estão em abstinência de canábis. Importa dizer aos participantes que se eles pararam recentemente o consumo, depois de fumarem durante um longo período de tempo, é natural que possam sentir alguns destes sinais e sintomas mais do que é usual. Estes sintomas são, no entanto, temporários e tendem a desaparecer em poucas semanas. Algumas pessoas ficam tentadas a voltar a consumir quando experienciam estes problemas. No entanto, consumir novamente só para se deixar de ter estes sintomas faz com que o problema se torne ainda mais prolongado. Se os participantes se mantiverem abstinentes, a maior parte destes sintomas vão desaparecer ou ocorrer cada vez com menos frequência. As pessoas que têm dificuldade em lidar com a frustração podem considerar que estes sintomas são ainda mais complicados. Uma vez que os problemas com a raiva podem provocar uma recaída, é importante praticar as estratégias de *coping* entre sessões.

#### **Fase 4: Exercícios de grupo (20 minutos)**

Solicitar aos elementos do grupo que listem os gatilhos de raiva pessoais e as reações internas que eles evocam. Atender à variedade de situações (casa, escola, festas) considerando várias pessoas (família, amigos, professores, estranhos). Em simultâneo procurar obter respostas sobre a variedade de reações internas que sinalizam a raiva (sentir-se insultado pelos outros, tensão muscular, dificuldades em dormir).

De seguida, pedir ao grupo que complete os exercícios “Gatilhos da raiva” e “Condução de uma autoentrevista”. Avisar os participantes que o último exercício vai voltar a ser utilizado novamente na sessão 8 e, por isso, terão que o trazer na próxima sessão.

Distribuir o exercício de prática em contexto de vida real “Consciencialização da raiva” pedindo que o completem antes da próxima sessão. Alertar para que prestem atenção a situações que os deixam zangados, bem como, aquelas que os façam experimentar pensamentos, sentimentos, comportamentos e sinais físicos que sinalizem a raiva. Voltar a dizer que também esta atividade será trabalhada na sessão 8 e que, por isso, não podem esquecer de a trazer.

### **Fase 5: Racional para as competências de coping: técnica de relaxamento (10 minutos)**

Apresente os seguintes pontos ao grupo:

- *Esta parte da sessão foca-se na utilização do relaxamento como uma forma de lidar com a raiva, stress, tensão e ansiedade. Ficar com raiva e stressado pode levar a dificuldades de concentração, tomadas de decisão erradas, entre outros. Num primeiro momento, pode-se pensar que relaxar é algo que se sabe fazer. Muitas das vezes as pessoas consideram que o relaxamento implica não fazer nada. Mas da mesma forma que é necessário tomar consciência da raiva, há momentos em que se tem de ativar o relaxamento.*
- *O relaxamento é uma ótima ferramenta em muitas situações. É uma boa estratégia para lidar com situações de stress do quotidiano, ansiedade, para conseguir dormir, para lidar com a urgência de fumar ou para pensar de forma clara sobre uma situação.*

O terapeuta deve conduzir dois ciclos de tensão-relaxamento para cada grupo muscular. Começar com a cara e passar para o pescoço, depois para os ombros, braços, barriga, costas e finalmente pernas. Induzir 5 segundos de tensão e 15 a 20 de relaxamento para cada ciclo.

No treino de relaxamento, o modo como se dizem as coisas é importante, mais do que aquilo que é dito. Não é necessário falar de forma continuada durante as fases de tensão ou de relaxamento. O terapeuta deve iniciar a sessão num tom de conversação normal e aumentar o tom e a intensidade durante a instrução para os 5 segundos de tensão. No resto da sessão, o tom de voz deve apresentar uma progressiva redução no volume e rapidez, tornando-se mais suave, calma e ritmada. O terapeuta deve adequar a técnica aos elementos do grupo.

Alguns adolescentes podem ficar apreensivos ou ansiosos face à instrução de fechar os olhos por um período de tempo prolongado. A estes adolescentes, o terapeuta pode colocar esta parte do exercício como sendo algo opcional, pedindo-lhes para selecionar um ponto na sala, focando-o durante esse período. O terapeuta deve explicar que o objetivo desta atividade é ajudar os adolescentes a concentrarem-se no relaxamento dos músculos do corpo e não sentirem-se ansiosos ou patetas.

Cada ciclo tensão-relaxamento consiste nas seguintes instruções:

- *Fica tenso, aguenta essa tensão e toma consciência da tensão (5 segundos);*
- *Relaxa e sente a tensão a afastar-se do teu corpo (5 segundos);*
- *Sente o relaxamento, sente a diferença entre a tensão e o relaxamento e desfruta desse contraste (15 a 20 segundos).*

#### **Fase 6: Modelagem e exercício de grupo (10 minutos)**

Utilizar o texto abaixo durante o relaxamento.

#### **Preparação para o relaxamento**

- *Irei guiar-vos num exercício de tensão-relaxamento para que tenham uma ideia de como funciona e o possam praticar individualmente. Este exercício é denominado de relaxamento progressivo ou relaxamento muscular profundo;*
- *O relaxamento progressivo envolve alternar entre ciclos de tensão e relaxamento de diferentes grupos musculares, identificando estados de tensão e substituí-los por estados de relaxamento. Vamos começar pela cara, depois passamos para o pescoço, ombros, braços, barriga, costas e, por fim, pernas.*
- *O relaxamento é uma competência que geralmente leva algum tempo a adquirir. Vocês irão conseguir ter controlo e aprender a relaxar por vocês mesmos. É importante que não esperem demasiado em pouco tempo. Podem sentir poucos efeitos nas primeiras vezes, embora algumas pessoas consigam relaxar profundamente logo na primeira vez.*
- *Irei demonstrar como provocar tensão em cada um dos músculos e vocês repetem. Irei realizar ciclos de tensão em diferentes grupos musculares por 5 segundos e depois vou relaxar entre 15 a 20 segundos.*
- *Lembrem-se:*
  - *Durante a fase de tensão não estiquem os músculos provocando uma tensão forçada. O que é importante é que sintam os músculos a ficar tensos.*
  - *Após o ciclo de tensão de cada grupo muscular, relaxem esses músculos quando eu disser “agora relaxem”.*

## Avaliação do nível de relaxamento inicial

- *Antes de começarmos, pensem numa escala de 1 a 10 em que 1 é o total relaxamento e 10 é o máximo da tensão. Avaliem como se encontram na escala neste momento e lembrem-se disso. Escrevam num papel se precisarem.*

## Treino de relaxamento

- *Sentem-se confortavelmente nas cadeiras e sintam as vossas costas bem encostadas. Atendam ao modo como as vossas costas, braços e pernas se sentem na cadeira.*
- *Agora eu vou contar de forma decrescente do 5 para o 1. Fechem os olhos e deixem-se afundar gradualmente na cadeira. Quando eu disser 1 os vossos olhos deverão fechar-se: cinco ... quatro ... três ... dois ... um; olhos fechados.*
- *Ciclos de tensão (5 segundos): Mantenham-se nos vossos lugares e contraiam todos os músculos da cara (e subseqüentemente os restantes grupos musculares: pescoço, ombros, braços, barriga, costas e pernas) Mantenham a contração. Sintam a tensão. Mantenham-na, analisem-na, e sintam-na em toda a face (e subseqüentemente nos restantes grupos musculares). Concentrem-se na forma como se sentem e onde está localizada a tensão.*
- *Ciclos de relaxamento (15 a 20 segundos): Agora relaxem. Mais e mais. Libertem-se de toda a tensão. Entrem em sintonia com a sensação de relaxamento, cada vez mais profundamente. Desfrutem da sensação experienciada nos músculos, atendam ao modo como eles se soltam, suavizam, descontraem e relaxam. Não pensem em nada, a não ser na sensação agradável de relaxamento que flui na vossa face (e grupos musculares subseqüentes). Vejam se conseguem relaxar ainda um pouco mais. Mesmo que pareça que já relaxaram o máximo que conseguem, há sempre mais um esforço a fazer para deixar a tensão sair. Notem que os músculos estão a ficar cada vez mais relaxados e descontraídos. Não devem fazer mais nada a não ser concentrarem-se apenas nas sensações agradáveis que o relaxamento está a proporcionar na vossa face (e grupos musculares subseqüentes). Notem a diferença entre as sensações de tensão e relaxamento.*

- *Agora voltem a pensar numa escala de 1 a 10 em que 1 é o total relaxamento e 10 é o máximo da tensão. Avaliem como se encontram na escala neste momento e lembrem-se disso.*
- *Agora eu vou contar de forma decrescente do 5 para o 1. Conforme vou fazendo a contagem vão ficar progressivamente mais acordados. Quando eu disser 1 vocês deverão estar totalmente despertos, sentindo-se muito confortáveis e relaxados, mas completamente acordados e alerta. 5... 4... 3... 2... 1; abram os olhos.*

No final, o terapeuta deve:

- Permitir aos membros do grupo que discutam as diferenças nos níveis de *stress* que experienciaram antes e depois do exercício;
- Dar um *feedback* positivo ao grupo por terem concretizado bem o exercício (independentemente da tensão ter ou não reduzido);
- Responder a qualquer questão ou comentário feito pelo grupo sobre o exercício de relaxamento;
- Dar ao grupo o exercício de prática em contexto de vida real “*Técnica de relaxamento*”.

## **GATILHOS DA RAIVA**

(Adaptado de Auerbach, 1997, pg.121)

Quais dos seguintes acontecimentos, sentimentos e pensamentos são gatilhos de raiva para ti?

Coloca uma cruz nos itens que às vezes te fazem sentir raiva.

Coloca duas cruzes nos itens que te fazem sentir raiva quase sempre.

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dizerem-te o que tens que fazer.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratarem-te de uma maneira que achas que não é justa.                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sentires-te culpado por alguma coisa que correu mal.                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sentires-te culpado por alguma coisa que não fizeste.                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Seres criticado por alguém.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Descobrires que alguém disse alguma coisa sobre ti quando tu não estavas presente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pedirem-te para fazeres mais coisas do que aquelas que te sentes capaz de fazer.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ver que alguém tem alguma coisa que tu querias e não podes ter.                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pensar que alguém com quem te preocupas está zangado ou aborrecido contigo.        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Teres que parar de fazer alguma coisa de que gostas.                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | As coisas não acontecerem da forma como gostarias que elas tivessem acontecido.    |

## CONDUÇÃO DE UMA AUTOENTREVISTA

(Adaptado de Auerbach, 1997, pg.123)

Depois de ficares zangado e após te acalmares, olha de perto para a situação em que te encontras.

Imagina que gravaste toda a situação desde o começo até ao fim. Tu és o único ator/atriz do vídeo. Visualiza a gravação. Retrocede todo o vídeo e faz um *replay* rápido para veres outra vez o que aconteceu. Podes fazê-lo quantas vezes quiseres. Isto permite que possas ter um melhor entendimento sobre o que ocorreu. O objetivo é veres claramente o que aconteceu, agora que estás mais calmo e controlado.

Realiza uma autoentrevista. Tens de tentar abrir a tua mente para conseguires completar este exercício. Imagina que és o repórter desta cena. Tenta entrevistar-te a ti próprio (o ator/atriz no vídeo) para teres uma ideia melhor sobre o que aconteceu, como reagiste e o que deves fazer a seguir. Tenta cingir-te aos factos. Coloca a ti mesmo as seguintes questões:

1. O que é que me deixou zangado? Qual foi o gatilho?

2. Qual é o nível da minha raiva?



3. O que é que as pessoas envolvidas dizem ou fazem?

4. Que outras coisas poderiam querer dizer?

5. Trata-se de um ataque pessoal ou insulto?

6. A minha leitura desta situação está correta?

7. Estou zangado porque espero demasiado de mim mesmo ou das outras pessoas?

8. Há alguém que me tenta deixar zangado?

9. Quais são os aspetos positivos desta situação?

## PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL

### CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RAIVA

A raiva é uma emoção humana normal. Ter consciência da raiva ajuda a utilizá-la de modo construtivo. Até à próxima sessão, fica atento às situações externas que te deixam zangado e identifica os gatilhos da raiva. Para além disso, tenta reconhecer as reações internas que sinalizam a raiva e identifica quais são. Posteriormente escolhe uma ocorrência que te tenha causado raiva e coloca um visto nos acontecimentos externos e reações internas que te deixaram zangado.

<b>Gatilhos diretos</b>	Acontecimentos externos que despoletam raiva:	
	<b>Ataques diretos (verbais ou não verbais):</b>	<b>Circunstâncias em que:</b>
	Ataques físicos	Te sentes incapaz de conseguir algo que querias
	Tratamento injusto	Alguém tem alguma coisa que tu não tens, mas que gostavas de ter
	Tratamento autoritário (dizerem-te o que tens que fazer)	Tens de parar de fazer algo que te dá prazer
	Culpa	As coisas não acontecem como tu gostarias que elas acontecessem
		Sentes-te incapaz de alcançar um objetivo
<b>Gatilhos indiretos</b>	Veres alguém a atacar-te de alguma forma	Sentires que estás a ser culpado/acusado
	Ficares consciente dos teus pensamentos e sentimentos sobre uma situação	Sentires que estás a ser criticado
	Sentires que esperam demasiado de ti	Pensar que alguém está desapontado, zangado, aborrecido contigo (especialmente alguém de quem gostas)
<b>Reações internas que assinalam a raiva</b>	<b>Emoções</b>	<b>Reações físicas</b>
	Sentires-te frustrado, aborrecido, irritado, agitado, insultado	Tensão muscular em diferentes partes do corpo (maxilares, pescoço, ombros, braços, mãos, barriga, costas, pernas)
	Sentires-te cansado, desamparado, deprimido, indiferente (aos outros)	Dores de cabeça, batimento cardíaco acelerado, suores, respiração rápida, punhos cerrados
		Dificuldade em adormecer
		Comportamento impulsivo (agir sem pensar)



## PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL

### TÉCNICA DE RELAXAMENTO

1. Selecciona um momento em que saibas que não vais ser interrompido. Pratica pelo menos 3 vezes durante a próxima semana.
2. Senta-te na cadeira e coloca-te o mais confortável possível. Respira fundo e expira lentamente. Vais sentir-te mais confortável se fechares os olhos. Fica atento às sensações do teu corpo. Em breve vais ser capaz de controlar essas sensações.
3. Passa por todos os sete grupos musculares que estão abaixo descritos. Primeiro, faz com que os músculos fiquem tensos durante 5 segundos e depois relaxa cada um deles durante 15 a 20 segundos.
  - Enruga a testa. Depois relaxa os músculos.
  - Fecha os olhos com força e depois relaxa-os.
  - Cerra o maxilar e depois relaxa-o.
  - Encolhe os ombros na direção da cabeça e inclina o queixo em direção ao peito. Em seguida relaxa.
  - Flete os braços e depois relaxa-os.
  - Aperta as mãos, cerrando os punhos com os braços esticados. Depois disso, relaxa-as.
  - Estica as duas pernas, aponta os dedos dos pés em direção à cabeça e pressiona as pernas em conjunto. Depois relaxa-as.
4. Antes de praticares o exercício, assinala o teu nível de relaxamento e de tensão. Usa uma escala de 1 a 10, em que 1 significa “completamente relaxado” e 10 “completamente tenso”. Isto permite fazer com que percebas como é que o teu corpo se sente depois do exercício.

Antes da prática do exercício (1 a 10)

Depois da prática do exercício (1 a 10)

## CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RAIVA

A raiva é uma emoção normal. No entanto, existe uma diferença entre a raiva enquanto sentimento e as consequências negativas da raiva, tais como, agressividade, impulsividade e passividade.



Todos temos formas diferentes de comunicar a raiva aos outros. A forma como lidamos com a raiva tanto pode ter efeitos destrutivos como construtivos:

- **Destrutivo:** Agressivo, passivo e passivo-agressivo
- **Construtivo:** Assertivo

### ORIENTAÇÕES

- Torna-te mais consciente das situações que despoletam raiva
  - Gatilhos diretos
  - Gatilhos indiretos
- Torna-te mais consciente das reações internas à raiva
  - Sentimentos
  - Reações físicas
  - Misto de reações físicas e sentimentos
  - Problemas de sono
  - Fadiga ou depressão

## SESSÃO 8: CONTROLO DA RAIVA

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar competências de <i>coping</i> para lidar com a raiva.</li> </ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breve revisão do progresso (10 minutos);</li> <li>2. Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos);</li> <li>3. Racional para as competências de <i>coping</i>: controlo da raiva (30 minutos);</li> <li>4. Exercícios de grupo (15 minutos);</li> <li>5. Exercício de prática em contexto de vida real (10 minutos).</li> </ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folheto “Controlo da Raiva”;</li> <li>▪ Prática em contexto de vida real “Controlo da raiva”;</li> <li>▪ Póster “Controlo da Raiva”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1: Breve revisão do progresso (10 minutos)

Inicia-se a sessão revendo com os membros do grupo os esforços levados a cabo para alcançar ou manter os objetivos relacionados com o consumo de canábis. Devem reforçar-se as estratégias de *coping* utilizadas para evitar o consumo de canábis.

#### Fase 2: Revisão dos exercícios de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos)

Rever os exercícios “*Consciencialização da Raiva*” e “*Técnica de relaxamento*” distribuídos na sessão anterior.

Tal como na sessão anterior, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

Os jovens deverão ler as suas respostas, devendo os restantes dar *feedback* relativamente àquilo que foi dito. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços.

#### Fase 3: Racional para as competências de *coping*: Controlo de Raiva (30 minutos)

A última sessão foi dedicada à consciencialização da raiva e ao reconhecimento dos gatilhos que a desencadeiam. Esta sessão debruça-se sobre as técnicas para controlar a raiva. A raiva não é automaticamente desencadeada pelos acontecimentos. Os nossos pensamentos e crenças acerca

dos acontecimentos desempenham uma parte importante na forma como reagimos a uma situação. O exemplo seguinte poderá ser escrito no quadro:

Acontecimento	Pensamentos	Sentimentos
Quando chegas a casa a tua mãe não te fala.	<i>Devo ter feito alguma coisa de errado. Ela está chateada comigo outra vez e vamos discutir.</i>	Apreensão, ansiedade, receio e medo.

Que outros pensamentos poderias ter acerca deste acontecimento? Como é que pensamentos diferentes podem levar a sentimentos diferentes?

Explicar que existem quatro passos importantes para ajudar a lidar com situações que fazem sentir raiva. Escrever os passos no quadro ou pedir a um participante que o faça.

Passo 1:	Relaxa.
Passo 2:	Debruça-te sobre os teus pensamentos.
Passo 3:	Escolhe a melhor ação.
Passo 4:	Muda a forma como pensas.

Usar a seguinte apresentação para explicar cada passo.

**Passo 1: Relaxa.** *A primeira coisa a fazer quando percebes que sentes raiva é tentares acalmar. A forma como pensas altera aquilo que sentes em relação aos acontecimentos. Mas se não parares e pensares, não consegues tomar boas decisões. Sugerimos algumas formas de te acalmares:*

- *Conta até 20;*
- *Sai do local onde te encontras;*
- *Fecha os olhos.*

Encorajar os participantes a partilhar as suas ideias.

*Outra forma de relaxar é ter pensamentos agradáveis* (pedir aos participantes para comparar pensamentos positivos alternativos com pensamentos negativos automáticos, podendo utilizar-se os exemplos que se seguem).

<b>Pensamentos Negativos</b>	<p>Não é justo!  Odeio quando isto acontece!  Porquê eu?!  Que idiota!  Ninguém quer saber de mim!  Desisto!  Isto é estúpido!  A culpa é toda minha!</p>
<b>Pensamentos Positivos</b>	<p>Abranda.  Descontraí.  Respira fundo.  Acalma-te.  Arrefece.  Relaxa.  Ignora.  Conta de forma decrescente a partir de 20.</p>

**Passo 2: Debruça-te sobre os teus pensamentos.** *Assim que acalmares, observa melhor a situação (analisar o exercício “Conduzir uma Autoentrevista” da sessão 7).*

**Passo 3: Escolhe a melhor ação.** *Assim que compreenderes melhor aquilo que te está a deixar enraivecido, analisa as tuas escolhas. Que competências aprendeste nas sessões que te possam ajudar a tomar melhores decisões quando estás com raiva? (propor uma discussão sobre as técnicas de resolução de problemas da sessão 5, tais como fazer um *brainstorm* de soluções, escolher uma opção e avaliar o resultado da decisão).*

**Passo 4: Muda a forma como pensas.** *Reflete sobre pensamentos, tais como:*

- *“Ainda estou aborrecido, mas vou-me sentir melhor em breve.”*
- *“Não posso desperdiçar o meu tempo zangado com coisas que não posso controlar. É melhor gastar o meu tempo em coisas que posso mudar. Vou parar de pensar nisto.”*

#### **Fase 4: Exercício de Grupo (15 minutos)**

Apresentar o seguinte cenário: *Um amigo levou algo teu sem permissão. Quando lhe pediste para devolver, negou tê-lo feito. Decides confrontá-lo.*

Pedir ao grupo para responder apropriadamente a esta situação usando o modelo dos quatro passos: relaxar, debruçares-te sobre os pensamentos, escolher a melhor ação e mudar a forma de pensar. Orientar os membros do grupo para gerarem pensamentos positivos alternativos sobre as

situações que eles descreveram no exercício “*Consciencialização da Raiva - Prática em contexto de vida real*”, distribuído na sessão 7.

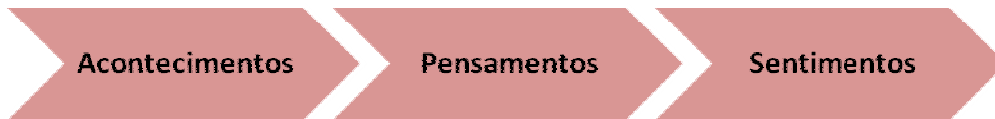
Quando apropriado, pedir aos participantes para fazerem *roleplay* dessas situações e para pensarem em voz alta. Solicitar aos membros do grupo que se voluntariem para fazer *roleplays* de diferentes situações que requeiram o uso de técnicas para controlar a raiva.

#### **Fase 5: Exercício de prática na vida real (10 minutos)**

Distribuir o folheto “*Controlo da Raiva*” e o exercício de “*Prática em contexto de vida real*” que deverá ser realizado até à próxima sessão. Este exercício envolve a identificação de uma situação e dos pensamentos que provocam raiva e, depois, uma tentativa de mudar a forma como reagem.

## CONTROLO DA RAIVA

A raiva pode resultar da forma como pensamos acerca das situações:



### Passo 1: Relaxa

Usa expressões como estas para te ajudar a acalmar:

Abranda	Acalma-te
Descontraí	Relaxa
Respira fundo	Ignora
Arrefece	Conta de forma decrescente a partir de 20

### Passo 2: Debruça-te sobre os teus pensamentos

Pensa sobre aquilo que te está a fazer sentir raiva. Revê a situação ponto por ponto.

- O que é que me está a deixar irritado?
- É um ataque pessoal ou um insulto?
- Estou a exigir demasiado de mim ou de outra pessoa?

### Passo 3: Escolhe a melhor ação

Pensa nas tuas opções. A raiva deve ser um sinal para começar a resolver o problema.

- O que posso fazer?
- O que é melhor para mim?
- Que outras competências podem ser úteis?

### Passo 4: Muda a forma como pensas

Se o problema não se resolver,

- Lembra-te que não podes resolver tudo.
- Tenta seguir em frente.
- Não deixes que interfira com a tua vida.

## PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL

### CONTROLO DA RAIVA

Até à próxima sessão, presta atenção às tuas reações relativamente às situações que te fazem sentir raiva. Tenta identificar os pensamentos que te fazem sentir assim e tenta mudá-los. Escolhe uma situação que envolva sentimentos de raiva (ou sentimentos de aborrecimento, frustração ou irritação) e preenche os seguintes pontos:

**Situação gatilho**

**Expressões que te ajudaram a acalmar**

**Pensamentos que aumentaram a raiva**

**Pensamentos que reduziram a raiva**

**Que outros pensamentos te poderiam ter ajudado a lidar com essa situação?**



## CONTROLO DA RAIVA

A raiva não é automaticamente desencadeada pelos acontecimentos



Na realidade, a raiva é despoletada por pensamentos e crenças acerca de uma determinada situação



### ORIENTAÇÕES

- 1.** Acalma-te  
Relaxa
- 2.** Pensa sobre a situação  
Debruça-te sobre os teus pensamentos
- 3.** Pensa acerca das tuas opções  
Escolhe a que te parece melhor
- 4.** Muda a forma como pensas  
Segue em frente (se o problema não tiver solução)

**CONGRATULA-TE!**

## SESSÃO 9: COMUNICAÇÃO EFICAZ

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar competências de comunicação eficaz através de escuta ativa, assertividade e estratégias de resposta à crítica.</li> </ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breve revisão do progresso (10 min.);</li> <li>2. Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (10 min.);</li> <li>3. Racional para as competências de comunicação 1: escuta ativa (5 min.);</li> <li>4. Racional para as competências de comunicação 2: assertividade (10 min.);</li> <li>5. Exercício de grupo 1 (10 min.);</li> <li>6. Racional para as competências de comunicação 3: lidar com as críticas (15 min.);</li> <li>7. Exercício de grupo 2 (10 min.);</li> <li>8. Exercício de prática em contexto de vida real (5 min.).</li> </ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folheto “Lidar com as críticas”;</li> <li>▪ Prática em contexto de vida real “Lidar com as críticas”;</li> <li>▪ Póster “Lidar com as críticas”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1: Breve revisão do progresso (10 minutos)

Inicia-se a sessão revendo com os membros do grupo os esforços levados a cabo para alcançar ou manter os objetivos relacionados com o consumo de canábis. Devem reforçar-se as estratégias de *coping* utilizadas para evitar o consumo de canábis.

#### Fase 2: Revisão dos exercícios de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos)

Rever o exercício “*Controlo da Raiva*” distribuído na sessão anterior.

Tal como nas sessões anteriores, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

Os jovens deverão ler as suas respostas, devendo os restantes dar *feedback* relativamente àquilo que foi dito. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços.

#### Fase 3: Racional para as competências de comunicação 1: Escuta ativa (5 minutos)

Apresentar os seguintes pontos de discussão, ajustando a apresentação às capacidades dos participantes para a compreensão dos conceitos e termos a abordar.

- A primeira ideia que vem à mente quando pensamos em comunicação é alguém a falar. No entanto, falar é apenas metade da comunicação; a outra metade é escutar. Às vezes, esquecemo-nos de ouvir - a metade silenciosa da conversa. Sem escutar, as pessoas não comunicam.
- Mesmo prestando menos atenção à escuta, sentimo-nos atraídos por pessoas que escutam. O ouvinte ativo diz-nos que está a prestar atenção e que aquilo que estamos a dizer está a ser escutado. Apresentar os quatro passos de uma escuta ativa, escrevendo-os no quadro.

#### Escuta ativa

1. Escuta.
2. Reformula.
3. Coloca questões.
4. Mostra que compreendes.

- Explicar cada um dos passos:

**Passo 1: Escuta.** *Presta atenção às pessoas quando elas falam contigo. Repete as suas palavras para ti mesmo. Se depois de repetires as suas palavras na tua cabeça encontrares algo que não compreendes, lembra-te de colocar uma questão mais tarde.*

**Passo 2: Reformula.** *Reformular é reafirmar em voz alta o que as pessoas te dizem. Isto pode soar estranho, mas ficarás surpreendido com o número de pessoas que apreciam isto. Reformular é a forma mais direta de mostrar a alguém que estás a prestar atenção. (O terapeuta pode demonstrar esta competência ao grupo.)*

#### Reformular

1. *Parece que te sentes como...*
2. *Parece que estás...*
3. *Se te percebi, sentes-te...*
4. *Então, sentes-te como...*
5. *Então, estás a dizer que...*

**Passo 3: Coloca questões.** *Fazer perguntas mostra aos outros que estás a prestar atenção ao que estão a dizer e que estás disponível para ouvir mais.*

**Passo 4: Mostra que compreendes.** *Há muitas formas de mostrar que compreendes o que alguém te está a tentar comunicar: reformular, resumir ou até admitir que não compreendes tudo o que estão a dizer. Dizer que não compreendes tudo mostra que compreendes uma*

parte. Mostrar a alguém que compreendes não é o mesmo que dizer que concordas. Podes ter um ponto de vista diferente mas mesmo assim compreender o seu ponto de vista.

#### Fase 4: Racional para as competências de comunicação 2: Assertividade (10 minutos)

Apresentar os seguintes pontos de discussão aos membros do grupo:

- *Assertividade significa expressar as tuas opiniões sem magoar os outros, sem pedir aos outros que mudem o seu comportamento e sem rejeitar o que dizem. O truque é dizer o que tu pensas, mostrando que respeitas o que têm a dizer. Ao seres assertivo, podes expressar-te sem seres passivo, agressivo ou passivo-agressivo.*
- *Há quatro formas de te relacionares com os outros: passiva, agressiva, passivo-agressiva e assertiva. (Ver sessão 3 – Competências de Recusa de Canábis)*
  - *Pessoas **passivas** tendem a desistir dos seus direitos assim que entram em conflito com alguém. Não se defendem e deixam que outras pessoas lhes passem por cima. Não deixam que os outros saibam o que estão a pensar ou a sentir. “Engolem” os seus sentimentos, mesmo quando não têm de o fazer e sentem-se ansiosos e zangados grande parte do tempo.*
  - *Pessoas **agressivas** protegem os seus direitos mas passam por cima dos direitos dos outros. Podem, de facto, satisfazer as suas necessidades a curto prazo mas o seu comportamento prejudica a relação com os outros que, a longo prazo, se poderão ressentir da forma como foram tratados.*
  - *Pessoas **passivo-agressivas** são indiretas. Insinuem aquilo que querem, fazem comentários sarcásticos ou murmuram qualquer coisa, sem dizer realmente o que lhes passa pela cabeça. Não dizem como se sentem, mas “mostram-no”. Por exemplo, podem bater com as portas, dar a alguém o “tratamento de silêncio”, atrasar-se ou fazer um trabalho desleixado.*
  - *Pessoas **assertivas** decidem o que querem, planeiam uma maneira apropriada de envolver as outras pessoas e agem conforme o plano. Afirmam com clareza os seus sentimentos e opiniões e são específicos acerca do que querem dos outros. Defendem-se e não recuam perante ameaças, exigências ou declarações negativas.*
- *Explicar ao grupo que os seguintes pontos são úteis para lembrar quando praticamos a assertividade:*
  - *Pensa antes de falares.*
  - *Sê específico e direto naquilo que dizes.*

- *Presta atenção à tua linguagem corporal. Usa o contacto ocular, olha para a pessoa enquanto falas.*
- *Prepara-te para negociar. Pensa que comportamento estás disposto a mudar para obteres o que queres.*
- *Repete ou reformula afirmações se pensas que não estás a ser ouvido.*

### **Fase 5: Exercício de grupo 1 (10 minutos)**

Pedir um voluntário para participar num *roleplay*, desempenhando o papel de um amigo que sugere que podiam fumar um charro durante a hora de almoço. O terapeuta demonstra modelos de resposta passiva, agressiva, passivo-agressiva e assertiva. Após cada tipo de resposta, pedir a todos os participantes do grupo para identificarem o tipo de comportamento demonstrado e se foi ou não bem-sucedido.

Pedir aos participantes para partilharem situações difíceis do passado e dramatizarem respostas assertivas para essas situações (não têm que estar relacionadas com o consumo de canábis).

### **Fase 6: Racional para as competências de comunicação 3: Lidar com as críticas (15 minutos)**

Explicar aos participantes que as críticas fazem parte da vida. Elas proporcionam a toda a gente uma oportunidade para aprender mais sobre si próprio e sobre como afetam os outros. Lembrar os participantes de que toda a gente pode melhorar. Ouvir e escutar críticas pode ser duro, mas traz recompensas. O respeito dos outros aumenta quando percebem que estamos disponíveis para ouvir o seu ponto de vista. Isto também ajuda a evitar conflitos.

Explicar que há dois tipos de crítica:

1. A crítica **construtiva** (ou assertiva), sobre aquilo que uma pessoa faz e não sobre quem a pessoa é. Este tipo de crítica pede mudanças reais, porque as pessoas podem mudar as suas ações mas não quem são.
2. A crítica **destrutiva** (ou agressiva) critica o que a pessoa é. As críticas destrutivas não têm como objetivo uma mudança, mas sim magoar alguém e/ou começar um conflito.

Acrescentar que as críticas construtivas podem ajudar os participantes se as escutarem, porque podem dar indicações úteis sobre o comportamento, proporcionando uma oportunidade de mudança. Às críticas destrutivas não vale a pena prestar atenção. Às vezes, alguém pode estar mal disposto e descarregar noutra pessoa. Dizer aos participantes que perante críticas destrutivas, é preferível ignorar.

Aprender a aceitar críticas pode ajudar os participantes a resistir ao consumo de canábis. Esta aprendizagem facilita a relação com os outros. Se os jovens tiverem uma melhor relação com os outros, poderão não precisar de consumir para se sentirem melhor. Dizer aos membros do grupo que é natural que já tenham sido criticados por consumir canábis e que por vezes as críticas podem manter-se mesmo depois de eles terem diminuído ou suspenso o consumo de canábis. Leva tempo até que os outros voltem a confiar e percebam o esforço que estão a fazer.

Expor os cinco pontos seguintes sobre como lidar com as críticas.

1. ***Não te tornes defensivo, não discutas e não te tentes vingar das pessoas (contra-atacar).*** *Fazê-lo irá apenas piorar a situação e diminuir as tuas hipóteses de a resolver. Considera o exemplo seguinte: um adolescente que vai a um concerto é criticado pelos seus pais pela música que ouve. O adolescente responde: “O que é que tu sabes sobre a minha música? Percebes alguma coisa de música?”. Este tipo de resposta pode ser ofensivo e desvia a atenção dos sentimentos que levam à discussão.*
2. ***Clarifica junto do outro o que realmente está a criticar para que possas compreender melhor.*** *Isto dá-te uma oportunidade para perceber o que realmente o preocupa ou incomoda. Depois estarás numa posição melhor para saber se a crítica é construtiva (há algo que eu posso mudar) ou destrutiva (esta pessoa só me está a tentar magoar e eu vou ignorá-la).*  
*Para continuar o mesmo exemplo: uma resposta não-defensiva e que ajudaria alguém a perceber a crítica seria “Eu não percebo por que é que a minha ida ao concerto te deixa zangado. Porque é que não queres que eu vá?”*
3. ***Procura algo na crítica com o qual concordes e transmite-o ao outro.*** *Às vezes, criticar é correto. Mesmo que te sintas aborrecido, admitir que cometeste um erro, ajuda.*  
*Para continuar o exemplo anterior: a pessoa que vai ao concerto pode dizer “Tens razão, algumas pessoas consomem nos concertos, mas eu já não faço isso.” Esta abordagem alivia alguma tensão e dá tempo a ti e ao outro para pensarem.*
4. ***Propõe um acordo.*** *Um acordo significa encontrar a outra pessoa a meio do caminho. Sugere algo em concreto que possas fazer para mudar.*  
*Para continuar com o exemplo anterior: um possível acordo poderá ser ir ao concerto com amigos que não bebem nem consomem drogas.*
5. ***Rejeita críticas injustas.*** *Às vezes, as críticas não são justas. Nestas alturas, é bom ser-se assertivo e rejeitar firme e educadamente a crítica. Não insultes a outra pessoa. Apenas deixa-a saber que não concordas.*

*Considera o seguinte exemplo: o capitão de uma equipa de futebol falha um remate e é criticado pelo treinador. “Bloqueias sempre”, diz ele. Uma boa maneira de responder aqui é rejeitar a crítica destrutiva, procurar algo com o qual concordas e fazer um acordo: “Tens razão, falhei aquele remate. Tenho de praticar. Se eu ficar depois do treino talvez me possas explicar como melhorar. Que dizes?”*

### **Fase 7: Exercício de Grupo 2 (10 minutos)**

Proporcionar uma oportunidade aos membros do grupo para realizarem um *roleplay* de resposta a críticas construtivas e destrutivas. As cenas devem envolver exemplos recentes de críticas ou situações futuras onde é provável que recebam uma crítica. Os participantes poderão precisar de ajuda para verbalizar as críticas com detalhes suficientes para tornar o *roleplay* eficaz. Os *roleplays* devem incluir diferentes tipos de pessoas (ex.: pais, irmãos, amigos) e diferentes tipos de críticas (construtivas ou destrutivas; corretas ou infundamentadas) e devem referir-se ao consumo de canábis tanto em momentos passados como recentes.

### **Fase 8: Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos)**

Distribuir aos membros do grupo o Folheto “*Lidar com as Críticas*” e o Exercício de prática em contexto de vida real “*Lidar com as Críticas*” que devem completar antes da próxima sessão.

## LIDAR COM AS CRÍTICAS

### Quando receberes críticas, lembra-te:

- Não te tornes defensivo.
- Não discutas.
- Não contra-ataques.
- Faz perguntas para compreenderes melhor a crítica.
- Encontra algo na crítica com o qual concordes.
- Propõe um acordo.
- Rejeita críticas injustas.



## EXERCÍCIO DE PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL

### LIDAR COM AS CRÍTICAS

#### Exercício 1: Responder à Crítica

Fica atento, até à próxima sessão, a qualquer crítica que possas receber. Tenta responder de acordo com o que aprendeste na sessão de hoje. Caso esta semana recebas alguma crítica:

Descreve a situação:

Descreve a tua resposta:

Lista de Controlo de Comunicação	SIM	NÃO
1. Comportaste-te como se a crítica não te tivesse aborrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fizeste perguntas para perceber melhor a crítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Encontraste algo com o qual concordaste na crítica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Propuseste um acordo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Exercício 2: Responder Assertivamente

Imagina a seguinte situação: chegas a casa tarde, vindo de casa de um amigo. Não consumes drogas há cerca de 3 meses. No entanto, os teus olhos estão vermelhos e tu estás a sentir-te em baixo e irritadiço. Um dos teus pais (ou alguém com quem moras) aborda-te e diz: “saíste para fumar droga outra vez, não foi?”

No espaço abaixo, escreve uma resposta assertiva:

## LIDAR COM AS CRÍTICAS

### PORQUÊ

- As críticas fazem parte da vida.
- As críticas adequadas proporcionam uma oportunidade para aprender mais sobre nós próprios e sobre como o nosso comportamento afeta os outros.

Existem dois tipos de crítica:

1. A crítica **construtiva**: dirigida ao comportamento, não à pessoa.
2. A crítica **destrutiva**: focada na pessoa e não no comportamento.

### ORIENTAÇÕES

- Não te tornes defensivo, não discutas e não te tentes vingar das pessoas (contra-atacar).
- Coloca questões se não compreendes a crítica.
- Procura algo na crítica com o qual concordes.
- Propõe um acordo.
- Rejeita críticas injustas.

## SESSÃO 10: LIDAR COM OS IMPULSOS E O *CRAVING*<sup>9</sup>

PONTOS-CHAVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar gatilhos para o consumo e planejar como lidar com a pressão social, o <i>craving</i> e os impulsos para consumir.</li> </ul>
FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breve revisão do progresso (10 minutos);</li> <li>2. Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos);</li> <li>3. Racional para as competências de <i>coping</i>: lidar com os impulsos e o <i>craving</i> (25 minutos);</li> <li>4. Exercício de grupo (25 minutos);</li> <li>5. Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos).</li> </ol>
MATERIAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercício “Lidar com o <i>craving</i>”;</li> <li>▪ Folheto “Lidar com os impulsos e o <i>craving</i>”;</li> <li>▪ Folheto “Aprender novas estratégias de <i>coping</i>”;</li> <li>▪ Prática em contexto de vida real “Lidar com o <i>craving</i>”;</li> <li>▪ Póster “Lidar com os impulsos e o <i>craving</i>”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1: Breve revisão do progresso (10 minutos)

Inicia-se a sessão revendo com os membros do grupo os esforços levados a cabo para alcançar ou manter os objetivos relacionados com o consumo de canábis. Devem reforçar-se as estratégias de *coping* utilizadas para evitar o consumo de canábis.

#### Fase 2: Revisão dos exercícios de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos)

Rever o exercício “*Lidar com as críticas*” distribuído na sessão anterior.

Tal como nas sessões anteriores, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

<sup>9</sup> Nesta sessão deve começar a preparar-se o final do processo - ver nota do terapeuta na sessão 12 (pg. 183).

Os jovens deverão ler as suas respostas, devendo os restantes dar *feedback* relativamente àquilo que foi dito. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços.

### **Fase 3: Racional para as competências de *coping*: Lidar com os impulsos e o *craving* (25 minutos)**

Apresentar os seguintes pontos de discussão, ajustando a apresentação às capacidades dos participantes para a compreensão dos conceitos e termos a abordar.

- *O craving (necessidade imperiosa de consumir) é comum e ocorre frequentemente na fase inicial do tratamento. Pode voltar durante semanas, meses e, ocasionalmente, anos após alguém deixar de consumir. O craving pode ser desconfortável mas não significa necessariamente que algo esteja errado com o teu corpo ou o teu cérebro. Não tens de sentir vergonha. Deves esperar que o craving aconteça e estar preparado para lidar com ele.*
- *Um impulso, necessidade ou desejo para consumir canábis pode ser desencadeado pelo que vês à tua volta ou por situações que te lembrem o consumo de canábis. Os sinais físicos podem incluir uma sensação de aperto no estômago ou de inquietação. O craving psicológico pode incluir pensamentos de como seria bom consumir, memórias de situações em que consumiste, pensamentos sobre como conseguir um charro ou apenas desejo de consumir. É importante estar atento às pessoas, locais e coisas que lembram o consumo.*
- *O craving e os impulsos não duram para sempre. Geralmente, eles vêm e vão rapidamente. Podem durar apenas uns minutos ou umas horas no máximo. Não crescem até se tornarem insuportáveis. Habitualmente atingem o seu auge após alguns minutos e depois diminuem – como uma onda no oceano. Assim que ficares abstinente, tornar-se-á mais fácil lidar com o craving e os impulsos para fumar canábis.*

*Discutir os seguintes pontos com os participantes:*

- *Aprender a reconhecer os gatilhos ajuda a evitá-los ou a lidar com eles e, assim, manteres-te abstinente. Há dois tipos de gatilhos: os que vêm de fora (isto é, gatilhos externos) e os que vêm de dentro (isto é, gatilhos internos).*
- *Os gatilhos externos incluem estar na presença da canábis, álcool ou outras drogas; estar rodeado por pessoas que estão sob efeito, a beber ou a consumir drogas; estar rodeado por pessoas com quem costumavas consumir canábis; estar em locais onde costumavas consumir; alturas do dia em que costumavas fumar canábis. A maneira mais fácil de lidar com os gatilhos externos é evitá-los (ex.: livrares-te da canábis que possas ter em casa ou noutro local; não ires a festas onde as drogas estarão presentes; ter menos contacto com os teus amigos que fumam, bebem ou usam outras drogas).*

- *Os gatilhos internos incluem sentimentos como a raiva, a frustração e a depressão. Mesmo os sentimentos positivos, como o entusiasmo ou o desejo de celebrar um acontecimento podem impulsionar-te ao consumo. Em seguida falaremos de quatro formas de lidar com os gatilhos internos e os impulsos:*
  - ***Distrai-te.*** *Ouve música, liga a um amigo, vai ao cinema ou faz exercício físico. Assim que estiveres ocupado, o impulso será mais fácil de controlar.*
  - ***Fala sobre isso.*** *Fala com um amigo ou um familiar sobre o craving quando ele ocorrer. Podes precisar de explicar à pessoa que o craving é uma fase normal do processo e que não significa que vás voltar a consumir. Às vezes, ajuda falar com alguém que já tenha deixado de consumir porque essa pessoa percebe aquilo pelo qual estás a passar e pode sugerir alternativas úteis.*
  - ***Desafia e muda os teus pensamentos.*** *Quando se experiencia o craving, a tendência é lembrar apenas os bons momentos ligados ao consumo de canábis e esquecer frequentemente os momentos menos bons. Relembra-te das coisas más relacionadas com o consumo de canábis e dos aspetos positivos relacionados com a abstinência. Se ajudar, aponta num cartão os aspetos negativos do consumo e os aspetos positivos da abstinência e guarda-o contigo.*
  - ***Utiliza o diálogo interno para desafiar os impulsos.*** *O diálogo interno tem dois passos. Primeiro, transforma o impulso numa afirmação. Por exemplo: “Estou mesmo irritado! Se não consumir vou perder a cabeça!”. Depois, responde ao impulso com outra afirmação. Repete para contigo mesmo: “Sim, estou irritado, mas consumir não vai alterar a situação. Já não lido com a raiva sem consumir há muito tempo. Mas vou ter de aprender a lidar com a raiva de forma diferente para me manter abstinente.” Isto pode não fazer com que o desejo desapareça por completo, mas vai-te fazer sentir melhor e com mais controlo ao lidar com impulsos.*

### **Fase 3: Exercícios de Grupo (25 minutos)**

Propor aos participantes que completem a primeira parte do exercício “Lidar com o craving”. Pedir-lhes para fazer uma lista de gatilhos composta por situações e emoções. Devem assinalar aqueles que conseguem evitar ou dos quais se conseguem manter afastados.

Solicitar aos participantes que completem a segunda parte da folha de atividade. Pedir-lhes para fazer uma lista de distrações e de pessoas com quem possam falar, que os irão ajudar a lidar

com os seus desejos. Leva-los a escolher duas ou três respostas que considerem que mais os irão ajudar a lidar com o *craving* e os impulsos.

Mostrar aos participantes o exercício de prática em contexto de vida real “Lidar com o *craving*”. Explicar como a podem usar para manter um diário ou uma tabela dos desejos e dos seus esforços para lidar com eles. Chamar a atenção para que a coluna “Intensidade” inclui uma escala do mais baixo (1) ao médio (5) até ao mais alto (10). Para além disso, salientar que deverão utilizar este exercício durante a próxima semana.

Dar a cada um dos participantes um pequeno cartão e material de escrita. Num dos lados do cartão, pedir que anotem os benefícios da abstinência. No outro lado, as consequências negativas do consumo.

#### **Fase 4: Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos)**

Distribuir os folhetos “Lidar com os impulsos e o *craving*” e “Aprender novas estratégias de  *coping*”. Encorajar os participantes a identificarem estratégias utilizadas com sucesso no passado, bem como, aquelas que estão dispostos a tentar. Falar brevemente sobre as categorias mais importantes do folheto “Aprender novas estratégias de  *coping*” e pedir aos participantes que as analisem até à próxima sessão.

Entregar aos membros do grupo o exercício de prática em contexto de vida real “*Lidar com o craving*” e pedir-lhes que o completem até à próxima sessão de grupo.

## LIDAR COM O CRAVING

### Gatilhos de *Craving*

Situações:

- 1.
- 2.
- 3.

Emoções:

- 1.
- 2.
- 3.

### Plano para lidar com o *craving*

Distrações que me irão ajudar:

- 1.
- 2.
- 3.

Pessoas com as quais posso falar:

- 1.
- 2.
- 3.

## LIDAR COM OS IMPULSOS E O *CRAVING*

- O *craving* é comum e acontece sobretudo assim que deixas de consumir. Porém, estes episódios podem continuar por um longo período de tempo. É natural que aconteça e deves estar preparado para lidar com estas situações.
- Um impulso ou desejo de consumir canábis pode ser desencadeado por pessoas, locais e coisas que te lembrem o consumo.
- O *craving* e os impulsos não duram para sempre. Geralmente, vêm e vão rapidamente. Habitualmente atingem o seu auge após alguns minutos e depois diminuem – como uma onda. Com o tempo, os impulsos irão tornar-se menos frequentes e menos intensos.
- Aprende a reconhecer os gatilhos para os poderes evitar.
- Estares atento a como te sentes pode ajudar-te a reconhecer os gatilhos.
- A maneira mais fácil de lidar com o *craving* e os impulsos é tentar evitá-los.
- Às vezes, os desejos não podem ser evitados e tens de lidar com eles.
- Estratégias para lidar com o *craving*:
  - Distrai-te com uma atividade. Inicialmente pode ser mais fácil substituir o impulso por outras atividades de distração.
  - Desafia e muda os teus pensamentos.
  - Fala sobre eles.
  - Utiliza um diálogo interno para desafiáres os impulsos. O diálogo interno pode fortalecer ou enfraquecer os teus impulsos. Tem consciência das afirmações que alimentam o impulso (i.e., que tornam o impulso mais intenso). Usa o diálogo interno construtivamente para desafiar ou contra-atacar essas afirmações.



## APRENDER NOVAS ESTRATÉGIAS DE COPING

A seguir encontras uma lista de formas para evitar o consumo de canábis. Escolhe as que pensas que irão resultar melhor no teu caso. Prepara-te para experimentar algumas estratégias diferentes antes de encontrares aquelas que se adequam melhor a ti.

### AÇÕES

- Livra-te de todo o material de consumo (mortalhas, cachimbos, etc.).
- Evita ou afasta-te da situação.
- Afasta a ideia de consumir e/ou adia a decisão durante 30 minutos.
- Faz algo que te distraia.

### PENSAMENTOS

- Faz um discurso encorajador a ti próprio.
- Relembra as razões que te levaram a deixar de consumir.
- Visualiza-te como um não-consumidor. Imagina-te feliz, saudável e com controlo sobre a tua própria vida.
- Imagina os efeitos de consumir canábis a longo prazo no teu corpo.
- Diz a ti próprio em voz alta e com determinação “PÁRA!”.

### ESTILO DE VIDA

- Faz exercício regularmente.
- Pratica relaxamento ou meditação.
- Experimenta um novo passatempo ou retoma um antigo.
- Faz coisas divertidas.
- Recompensa-te pelo abandono do consumo de canábis.
- Passa mais tempo em locais onde é difícil consumir.
- Passa mais tempo com amigos que não fumam.

## EXERCÍCIO DE PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL

### Lidar com o *craving*

Até à próxima semana, completa a tabela sempre que sentires um impulso para consumires.

Data/hora	Gatilhos	Descrição	Intensidade (1 a 10)	Por quanto tempo a vontade permanece	Estratégia de <i>coping</i> usada/comentários

## LIDAR COM OS IMPULSOS E O CRAVING

### PORQUÊ

- O *craving* pode ser uma experiência desconfortável, mas é comum e não significa que algo está errado.
- Os impulsos e o *craving* podem ser despoletados por algo que vejas em teu redor ou por situações que te façam lembrar o uso de canábis.
- Os impulsos e o *craving* duram apenas poucos minutos ou no máximo algumas horas. Habitualmente têm um pico e esmorecem como uma onda. Aprender competências de *coping* ajuda a reduzir a frequência e a intensidade destes impulsos.

### ORIENTAÇÕES

- Reconhece os gatilhos (ver alguém sob o efeito, a beber ou a consumir outras drogas; estar com amigos ou familiares que bebem ou consomem e experienciar sentimentos negativos).
- Evita/diminui a exposição. Limita a frequência com que te expões a situações de alto risco.
- Distrai-te. Envolva-te noutra atividade.
- Fala com um familiar ou um amigo quando tens vontade de beber ou consumir.

## SESSÃO 11: CONTROLAR A DEPRESSÃO

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ensinar técnicas de tomada de consciência e formas de lidar com a depressão, através da identificação e resposta a pensamentos negativos.</li> </ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Breve revisão do progresso (10 minutos);</li> <li>2. Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos);</li> <li>3. Racional para as competências de <i> coping</i>: lidar com a depressão (25 minutos);</li> <li>4. Exercício “Pensamentos” (10 minutos);</li> <li>5. Exercício de grupo (15 minutos);</li> <li>6. Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos).</li> </ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercício “Pensamentos”;</li> <li>▪ Folheto “Lidar com a depressão”;</li> <li>▪ Folheto “Erros de pensamento”;</li> <li>▪ Prática em contexto de vida real “Lidar com a depressão e pensamentos negativos”;</li> <li>▪ Póster “Lidar com a depressão”.</li> </ul>

**Nota para o Terapeuta:** Esta intervenção não é suficiente para tratar a depressão clínica. O material abordado nesta sessão foi elaborado para reforçar as conexões entre pensamentos, sentimentos e ações relacionados com o humor negativo e a depressão. Os participantes que mostrarem sinais de uma depressão *major* devem ser referenciados para uma avaliação mais aprofundada e um tratamento adequado.

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1: Breve revisão do progresso (10 minutos)

Inicia-se a sessão revendo com os membros do grupo os esforços levados a cabo para alcançar ou manter os objetivos relacionados com o consumo de canábis. Devem-se reforçar as estratégias de  *coping* utilizadas para evitar o consumo de canábis.

#### Fase 2: Revisão dos exercícios de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos)

Rever o exercício “Lidar com o  *craving*” distribuído na sessão anterior.

Tal como nas sessões anteriores, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

Os jovens deverão ler as suas respostas, devendo os restantes dar *feedback* relativamente àquilo que foi dito. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços.

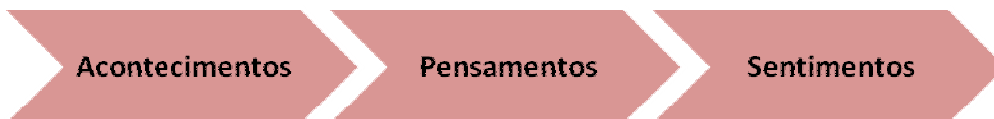
### **Fase 3: Racional para as competências de *coping*: Lidar com a depressão (25 minutos)**

Apresentar os seguintes pontos de discussão, ajustando a apresentação às capacidades dos participantes para a compreensão dos conceitos e termos a abordar.

- O objetivo desta sessão é aprender a usar técnicas cognitivo-comportamentais para lidar com a depressão leve e moderada e humor negativo. De acordo com a teoria cognitivo-comportamental, o humor pode ser parcialmente aliviado ao mudar os nossos pensamentos e os nossos comportamentos. Primeiro, iremos analisar um modelo de três passos para lidar com a depressão e, depois, praticar esse modelo através de *roleplay* e exercícios escritos.
- O humor negativo e a depressão são comuns entre os consumidores de substâncias durante o processo de recuperação. Frequentemente, estes estados de humor estão relacionados com os efeitos depressivos das drogas como a canábis ou o álcool ou com perdas experienciadas na vida (ex.: perda de amigos ou de respeito por si mesmo) como resultado do consumo de substâncias. A depressão e os estados de humor negativos melhoram frequentemente durante o tratamento sem precisarem de qualquer atenção específica. Contudo, algumas pessoas continuam a experienciar problemas como a depressão mesmo depois de terem parado o consumo durante longos períodos de tempo. Nestes casos, pode ser necessário focarmo-nos diretamente nesses estados de humor negativos e providenciar um tratamento adicional.
- A depressão é particularmente problemática pois os estados de humor negativos podem conduzir a uma recaída. Fumar canábis não ajuda na depressão e pode até intensificá-la. Grande parte das pessoas que consomem canábis para os ajudar a lidar com a depressão mantêm-se tão deprimidas depois de passarem os efeitos da droga como estavam antes de a consumirem. Podem até sentir-se ainda mais deprimidas.
- Às vezes as pessoas sentem-se impotentes para mudar aquilo que sentem. Dizem: “tudo me faz sentir em baixo! Não consigo mudar nada!”. O que realmente querem dizer é que os acontecimentos nas suas vidas fazem com que se sintam deprimidas – como no modelo seguinte (desenhar o modelo no quadro):



- Contudo, o modelo não dá uma explicação suficiente pois os acontecimentos não são os únicos que nos fazem sentir de determinada maneira. O que nós pensamos sobre os acontecimentos também influencia a forma como nos sentimos – como mostra este modelo mais completo (desenhar o modelo no quadro):



- É útil lembrarmo-nos que os nossos pensamentos podem mudar a maneira como nos sentimos em relação a um acontecimento, pois, frequentemente, não temos controlo sobre o acontecimento em si. Mas temos controlo sobre aquilo que pensamos acerca de um evento. Podemos controlar os estados de humor negativos ao mudar a forma como pensamos e agimos.
- Muitas das competências que já aprendemos para controlar pensamentos negativos, resolver problemas e promover atividades agradáveis, podem também ser usadas para lidar com a depressão e os seus sintomas.

Apresentar os seguintes pontos de discussão aos participantes:

*Aqui estão três pontos que podes usar para te ajudar a sentir melhor quando estiveres triste ou deprimido: **Tomar consciência, Responder e Agir**. O primeiro passo é tomar consciência dos pensamentos que te deixam em baixo. O segundo passo é responder a esses pensamentos com outros mais positivos e realistas. E o terceiro passo é agir em conformidade com estes novos pensamentos. É preciso prática para utilizar estes três passos, mas assim que te habituares a usá-los, poderás sentir-te melhor.*

- **PASSO 1: TOMAR CONSCIÊNCIA.** *O primeiro passo é reconhecer quando te estás a sentir deprimido. Alguns sinais que te ajudam a perceber quando estás deprimido incluem os seguintes (escrever a lista no quadro):*

**Sinais de Depressão:**

- Dificuldade de concentração e problemas de memória
- Dificuldade em terminar tarefas ou falhar na escola ou no trabalho
- Incapacidade de apreciar coisas que antes eram divertidas
- Perda de confiança ou dificuldade em tomar decisões
- Mudanças de humor, chorar, lamentar-se, falar sobre tristeza ou pensar em suicídio
- Pouca energia ou sentir-se cansado
- Dormir muito ou não conseguir dormir
- Mudanças de peso: diminuição ou aumento de apetite

*Estes sinais passam facilmente despercebidos quando estás realmente deprimido, por isso é importante tomares consciência deles o mais cedo possível.*

*Os sentimentos não são tão fáceis de reconhecer como podes pensar. Às vezes, as pessoas estão demasiado ocupadas ou distraídas para se aperceberem de como se sentem. Aqui estão algumas dicas para te ajudar a reconhecer os teus sentimentos depressivos:*

- **Presta atenção às tuas mudanças de humor.** *Quando te começas a sentir triste, envergonhado, aborrecido, sozinho ou rejeitado, tenta perceber o que se está a passar e como te estás a sentir. Dormes demasiado, lamentas-te e tens alterações no apetite?*
- **Assume os teus sentimentos.** *Assume a responsabilidade pelos teus sentimentos. Formula afirmações com “eu”, tais como “eu sinto-me”, “eu penso”, etc. Se tiveres dificuldade em reconhecer os teus sentimentos, começa por falar sobre eles. Conta às pessoas como realmente te sentes a dado momento.*
- **Confirma com o teu corpo.** *Podes descobrir muito sobre os teus sentimentos através da tensão muscular, postura, expressão facial e através da maneira como caminhas ou te movimentas.*
- **Repara nos pensamentos negativos que tens quando te sentes triste ou deprimido.** *Os pensamentos negativos podem ser um problema quando se tornam automáticos (i.e., como um hábito), pois na maior parte das vezes eles não são verdadeiros! Por exemplo, se um amigo te diz que não quer ir contigo ao cinema, podes começar a pensar de forma negativa e repetitiva “ninguém quer sair comigo”. Se permitires que esse pensamento se repita vezes sem conta, podes mesmo começar a acreditar nele e começas a sentir-te sozinho e deprimido – mesmo que haja outros amigos que possam ir contigo ao cinema sem hesitar!*
- **PASSO 2: RESPONDE.** *Assim que começas a ter pensamentos negativos, podes começar a responder-lhes. Primeiro, debes separar o que é realmente verdade daquilo que o*

*pensamento negativo te diz ser a verdade. Uma boa maneira de o fazer é perguntar e responder a algumas questões sobre ti próprio e os teus pensamentos automáticos.*

- **Pergunta “Quais são as provas?”.** *Se fosses um juiz num tribunal, considerarias haver provas suficientes para comprovar que o pensamento negativo reflete a verdade? Por exemplo, a tua namorada não te ligou esta noite e agora tens pensamentos negativos: “Ela vai acabar comigo!”. O juiz pergunta “O facto de ela não te ter ligado é prova suficiente de que ela vai acabar contigo?” (Bem, na verdade, não. Ela pode estar ocupada. De facto, podem existir muitas razões para ela não ter ligado.)*
- **Substitui o pensamento negativo por um mais realista.** *Se o pensamento negativo não passar no tribunal, substitui-o por outro com maior probabilidade de ser verdadeiro ou espera até teres mais provas. Por exemplo, podes pensar “Lá por ela não me ter ligado, não quer dizer que vamos acabar. Vou esperar até estar com ela amanhã na escola e depois terei uma ideia melhor do que se está a passar. Até lá, vou ouvir música e não pensar nisso.”*
- **PASSO 3: AGE.** *Responder apenas aos teus pensamentos não irá ser suficiente para deixares de te sentir deprimido. Age de acordo com o teu novo pensamento ou crença. Se agires de forma diferente, podes mudar os teus hábitos de pensamento antigos e fortalecer os novos. Tens de fazer alguma coisa para desafiáres os teus pensamentos automáticos. Aqui estão algumas ações que podes adotar para te ajudar a ultrapassar os teus sentimentos depressivos:*
  - **Faz uma pequena lista de atividades que te fazem sentir bem e outra lista de atividades que te fazem sentir mal.** *Agora, faz um plano para o dia de hoje que inclua uma ou duas atividades extra que te façam sentir bem e menos uma ou duas atividades que te façam sentir mal.*
  - **Usa estratégias de resolução de problemas para partires para a ação.** *Estas podem-te ajudar a sentir que tens controlo sobre a tua vida. Aqui estão alguns passos:*

1. Reconhece que há um problema.
2. Identifica o problema.
3. Encontra soluções.
4. Toma uma decisão.
5. Pensa no resultado da tua decisão.



**Fase 4: Exercício “Pensamentos” (10 minutos)**

Este exercício foi adaptado do Auerbach (1997). Pedir aos participantes para completarem o exercício “*Pensamentos*”. Esta atividade ajuda as pessoas a tomarem consciência dos pensamentos negativos. Solicitar aos membros do grupo para identificar os erros que caracterizam o seu estilo de pensamento.

**Fase 5: Exercício de Grupo (15 minutos)**

Fazer com que os participantes imaginem o seguinte cenário usando os três passos – tomar consciência, responder, agir:

*Estás de castigo durante os próximos 2 meses porque chegaste uma noite a casa drogado e foste apanhado pelos teus pais. É um fim de semana prolongado, ninguém está em casa e não tens nada para fazer. Os teus pais não estão em casa e não vão voltar nas próximas horas. Em que é que pensas? Como podes responder aos teus pensamentos sobre consumir? O que podes fazer?*

**Fase 6: Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos)**

Distribuir aos membros do grupo os folhetos “*Lidar com a Depressão*” e “*Erros de Pensamento*”, bem como, o exercício de prática em contexto de vida real “*Lidar com a Depressão e os Pensamentos Negativos*”. Pedir aos participantes para os analisar e completar antes da próxima sessão.

## PENSAMENTOS

(Adaptado de Auerbach, 1997)

O objetivo deste exercício é ajudar-te a identificar os pensamentos negativos automáticos e a responder-lhes. Anota um ou dois exemplos para cada pensamento negativo automático que te poderá causar problemas. Depois, identifica uma ou duas respostas que possas usar para desafiar os teus pensamentos. Uma lista mais completa destes pensamentos negativos está no folheto Erros de Pensamento.

### **Acreditar no perfeccionismo** (*Pensar que se não és perfeito, és um falhado*)

Exemplos:

Respostas:

### **Catastrofizar ou dramatizar** (*Pegar em algo pequeno que tenha acontecido e exagerá-lo*)

Exemplos:

Respostas:

### **Generalizar** (*Pensar que se algo acontece uma vez, vai acontecer sempre*)

Exemplos:

Respostas:

### **Esperar o pior** (*Iniciar algo novo assumindo que vai correr mal*)

Exemplos:

Respostas:

**Deitares-te abaixo** (*Pensar em coisas que te fazem sentir mal contigo mesmo*)

Exemplos:

Respostas:

**Usar o pensamento tudo ou nada** (*Ver as coisas a preto e branco, sem meio-termo*)

Exemplos:

Respostas:

**Personalizar** (*Pensar que todas as situações e acontecimentos estão relacionados contigo*)

Exemplos:

Respostas:

**Ler mentes** (*Assumir que sabes o que as outras pessoas estão a pensar*)

Exemplos:

Respostas:

## LIDAR COM A DEPRESSÃO

Usa os três passos para te ajudar a ultrapassar a depressão

### 1. TOMAR CONSCIÊNCIA

**Apercebe-te dos sintomas da depressão.**

- Apercebe-te do teu humor e das situações que o influenciam.
- Apercebe-te dos teus pensamentos negativos automáticos.

### 2. RESPONDER

**Responde aos pensamentos negativos automáticos.**

- Faz perguntas e desafia as “verdades” por detrás desses pensamentos.
- Substitui os pensamentos negativos por outros positivos.

### 3. AGIR

**Age de forma diferente.**

- Usa as competências de resolução de problemas para lidar com questões que te preocupam.
- Desenvolve atividades positivas.
- Diminui o teu envolvimento em atividades negativas.
- Recompensa-te pelos passos positivos que dás.

## ERROS DE PENSAMENTO

Segue-se uma lista de erros de pensamento que te faz ver as coisas pior do que elas são. Cometes algum destes erros? O que podes mudar?

Tipos de Erros	Exemplos
<b>Personalizar:</b> Pensar que todas as situações ou acontecimentos giram à tua volta ou estão relacionados contigo.	“Toda a gente estava a olhar para mim e a pensar por que é que eu estava aqui. Eu sei que elas deviam estar a falar de mim.”
<b>Exagerar:</b> Pensar em situações negativas com uma proporção desmedida.	“Isto é a pior coisa que me podia ter acontecido.”
<b>Minimizar:</b> Ignorar os fatores positivos ou negligenciar os fatores negativos de uma situação.	Ignorar o positivo: “Tirar boa nota no teste foi fácil”.  Negligenciar o negativo: “Comprar droga num bairro perigoso não tem problema porque não acontece nada de mal”.
<b>Pensamento tudo ou nada:</b> Ver as coisas a preto e branco, sem meio-termo.	“Ou sou um vencedor ou um falhado; ou sou bom ou sou mau”.
<b>Tirar conclusões precipitadas:</b> Estabelecer uma ligação falsa entre determinadas circunstâncias e um resultado.	“Falhei o teste; nunca vou conseguir entrar na faculdade”. “O meu coração está acelerado. Devo estar a ter um ataque de coração”.
<b>Generalizar:</b> Pensar que se algo acontece uma vez, vai acontecer sempre.	“Nunca vou conseguir deixar de fumar droga. Faço sempre asneira”.
<b>Culpares-te a ti próprio:</b> Culpares-te em vez de identificares comportamentos específicos que podes alterar.	“Sou péssimo”.
<b>Ler mentes:</b> Assumir que sabes o que as outras pessoas estão a pensar.	“A minha mãe está chateada comigo porque pensa que eu ando a consumir outra vez”.
<b>Catastrofizar ou dramatizar:</b> Pegar em algo pequeno que tenha acontecido e exagerá-lo.	“Como já tive duas recaídas, nunca vou conseguir manter-me abstinente”.
<b>Esperar o pior:</b> Entrar numa nova situação e assumir que as coisas não vão resultar ou que vais falhar mesmo antes de tentares.	“Nunca vou conseguir passar a esta disciplina. Mais vale desistir”.
<b>Deitares-te abaixo:</b> Pensar coisas que te fazem sentir mal contigo mesmo.	“Não mereço que as coisas melhorem. Não sou uma boa pessoa, tal como o meu pai (ou a minha mãe) disse”.

## **EXERCÍCIO DE PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL**

### **LIDAR COM A DEPRESSÃO E PENSAMENTOS NEGATIVOS**

De que forma o meu humor, atitudes e ações são reflexo da minha depressão? Quais são os sinais?

Quais são os pensamentos negativos que surgem automaticamente com a minha depressão? O que penso, em geral, sobre a minha situação atual, o meu mundo e sobre mim?

Que questões posso colocar a mim mesmo para desafiar estes pensamentos negativos automáticos?

Quais os passos que devo dar para agir de maneira diferente? Que estratégias de resolução de problemas devo usar? Que atividades agradáveis devo desenvolver? Que atividades desagradáveis devo evitar ou fazer com menos frequência?

## LIDAR COM A DEPRESSÃO

### PORQUÊ

- O humor negativo e a depressão são comuns durante o processo de recuperação. Isto pode dever-se aos efeitos das drogas ou resultar dos problemas causados pelos consumos. Embora a depressão, em geral, melhore com a abstinência, algumas pessoas continuam deprimidas por algum tempo.
- A depressão pode levar à recaída se não aprenderes a lidar com os sentimentos negativos de uma forma mais produtiva.

### ORIENTAÇÕES

- Tomar consciência dos pensamentos negativos.
- Responder aos pensamentos negativos.
- Agir com base nos novos pensamentos.

## SESSÃO 12: LIDAR COM OS PENSAMENTOS SOBRE CANÁBIS

<b>PONTOS-CHAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar pensamentos que levam ao consumo de canábis e lidar com esses pensamentos antes que ocorra uma recaída.</li> </ul>
<b>FASES E DURAÇÃO DA SESSÃO (75 MINUTOS)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Breve revisão do progresso (10 minutos);</li> <li>Revisão do exercício de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos);</li> <li>Racional para as competências de <i>coping</i>: lidar com os pensamentos sobre canábis (20 minutos);</li> <li>Exercício de grupo (15 minutos);</li> <li>Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos);</li> <li>Conclusão (15 minutos).</li> </ol>
<b>MATERIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Folheto “Lidar com os pensamentos sobre a canábis”;</li> <li>Prática em contexto de vida real “Lidar com pensamentos sobre canábis”;</li> <li>Póster “Lidar com os pensamentos sobre a canábis”.</li> </ul>

### DESCRIÇÃO DA SESSÃO

#### Fase 1: Breve revisão do progresso (10 minutos)

Inicia-se a sessão revendo com os membros do grupo os esforços levados a cabo para alcançar ou manter os objetivos relacionados com o consumo de canábis. Devem-se reforçar as estratégias de *coping* utilizadas para evitar o consumo de canábis.

#### Fase 2: Revisão dos exercícios de “Prática em contexto de vida real” (10 minutos)

Rever o exercício “Lidar com a depressão e pensamentos negativos” distribuído na sessão anterior.

Tal como nas sessões anteriores, o foco deve ser colocado nos adolescentes que realizaram a atividade.

Os jovens deverão ler as suas respostas, devendo os restantes dar *feedback* relativamente àquilo que foi dito. Quem traz a atividade realizada deve ser reforçado pelos seus esforços.



### Fase 3: Racional para as competências de coping: Lidar com os pensamentos sobre a canábis (20 minutos)

Apresentar os seguintes pontos de discussão, ajustando a apresentação às capacidades dos participantes para a compreensão dos conceitos e termos a abordar.

- *É normal ter pensamentos sobre fumar canábis. Quase todas as pessoas que deixam de consumir álcool e/ou drogas pensam ocasionalmente em consumir outra vez. Não há nenhum problema em relação a isto, desde que não se aja de acordo com estes pensamentos. Podes sentir-te culpado pelos pensamentos (mesmo sem teres agido em conformidade com eles) e podes até tentar tirá-los da cabeça. O propósito desta sessão é identificar esses pensamentos ou sentimentos que podem levar a uma recaída e aprender novas formas de conseguires parar antes de recaíres. Por vezes, os pensamentos são óbvios, mas outras vezes podem surgir quase sem repararmos.*
- *É importante que as pessoas que se mantêm abstinentes tomem consciência dos estados de humor que os pode colocar em risco de recaída. Um estado de humor de risco é aquele que os leva a ficar vulneráveis. Os pensamentos negativos relacionados com estes estados podem aparecer sob a forma de justificações. As justificações mais comuns que podem levar a uma recaída (adaptado de Kadden et al., 1992) são as seguintes:*
  1. **Memórias felizes associadas ao consumo.** *Algumas pessoas que estão a tentar deixar de consumir pensam na canábis como um amigo há muito tempo perdido. Por exemplo “eu lembro-me dos dias em que eu levava uns charros para as festas e me divertia”; “O que é um fim de semana sem droga ou álcool?”*
  2. **Pôr-se à prova.** *Por vezes, depois de algum tempo sem consumir, algumas pessoas sentem-se com excesso de confiança. Por exemplo, “aposto que consigo fumar só hoje com o pessoal e amanhã controlo-me outra vez”. Às vezes, o excesso de confiança mistura-se com a curiosidade. Por exemplo, “Como será se der só uma passa?”*
  3. **Crise.** *Durante uma crise, a pessoa poderá dizer “preciso de dar uma passa” ou “só consigo lidar com isto se fumar um charro.”*
  4. **Sentir-se desconfortável com a vida sem consumir.** *Algumas pessoas apercebem-se de que, depois de deixarem de fumar canábis, estão mais atentas aos problemas das suas vidas. Por exemplo: “Fico muito irritadiço quando estou com os meus amigos. Quero é estar bem com os meus amigos nem que tenha que fumar” ou “Quando não consumo não sou divertido”.*

5. **Duvidar de si próprio.** Algumas pessoas duvidam da sua capacidade para serem bem-sucedidas. Por exemplo, “não tenho força de vontade” ou “eu tentei deixar várias vezes antes e não resultou; por que devo esperar que desta vez seja diferente?”
6. **Fugir.** Grande parte das pessoas querem evitar lembrar-se de situações, problemas ou experiências passadas desagradáveis. Habitualmente tenta-se procurar alívio para sentimentos de fracasso, rejeição, desilusão, vergonha ou tristeza. As pessoas cansam-se de se sentirem mal, incomodadas e chateadas. Só querem escapar de tudo e de si próprias. Podem não querer necessariamente consumir, mas querem acabar com esse mal-estar e sentirem-se calmas ou em paz.
7. **Relaxar.** Pensamentos sobre querer relaxar são perfeitamente normais, mas podem tornar-se um problema quando se espera ficar relaxado sem se fazer nada por isso. Em vez de tentar relaxar com alguma atividade, o indivíduo escolhe o caminho mais curto: consumir álcool ou drogas.
8. **Socializar.** Muitas pessoas são tímidas ou sentem-se desconfortáveis em contextos sociais ou quando conhecem pessoas novas e podem ver a canábis como um meio para se sentirem mais confiantes.
9. **Melhorar a autoimagem.** Quando as pessoas têm uma baixa autoestima ou se sentem mal consigo mesmas, muitas vezes voltam a pensar nas drogas como um meio para se sentirem mais confiantes e para aliviarem esse mal-estar.
10. **Fantasiar.** Maior parte das pessoas gosta de sonhar acordada ou de ter fantasias. Quando as pessoas estão aborrecidas ou infelizes com as suas vidas procuram entusiasmo. A fantasia levada ao extremo pode conduzir ao consumo de canábis ou álcool para que essas fantasias pareçam reais.
11. **Não querer saber.** Alguns indivíduos parecem desistir de definir objetivos para as suas vidas. Pensam que nada importa e que não existe razão para tentar. Tal atitude leva a que essas pessoas baixem a guarda e a que não se importem de se manterem ou não abstinentes.
12. **Falta de controlo.** Esta atitude é o oposto do pôr-se à prova. Se as pessoas não acreditarem que conseguem controlar o seu craving, estão-se a colocar em risco de recaída. Aqueles que sentem que não têm controlo poderão desistir da luta antes ainda de tentarem deixar de consumir. Esta atitude difere da atitude “não querer saber”. Nessa situação, os indivíduos não se sentem necessariamente impotentes; apenas não querem

*fazer o esforço para continuar. Pelo contrário, a falta de controlo corresponde a um sentimento de impotência face aos seus desejos e à capacidade de não consumir.*

Explicar que todos os que tentam deixar de fumar canábis de vez em quando têm pensamentos sobre voltar a consumir. Fornecer a seguinte lista de estratégias para lidar com esses pensamentos:

- **Desafia os Pensamentos.** Por exemplo: “Acabar o secundário é mais importante do que consumir neste momento. Eu vou conseguir”, “Se os meus amigos forem verdadeiros, vão respeitar o facto de eu querer fazer outra coisa para além de consumir” ou “Eu posso namorar sem ter de consumir e sentir-me bem comigo mesmo”. Um aspeto importante ao desafiar os pensamentos sobre consumir substâncias é visualizar não apenas aquilo que não devemos fazer mas também aquilo que vamos fazer em alternativa ao consumo de drogas.
- **Faz uma lista das vantagens da abstinência.** As vantagens podem incluir um aumento da autoestima, um maior autocontrolo, não ter problemas com a lei e/ou não desiludir amigos e familiares. Prestar mais atenção aos benefícios (ex.: mais saúde, melhor memória, pensar com mais clareza) do que às perdas (ex.: não sentir os efeitos da canábis) irá fortalecer a tua decisão de não consumir. Podes também trazer contigo um cartão onde te relembras dos benefícios de te maneres abstinente sempre que estiveres tentado a consumir.
- **Faz uma lista de experiências desagradáveis ligadas ao consumo de canábis.** Tenta lembrar-te dos sentimentos negativos que tiveste devido ao consumo de canábis. Faz uma lista de experiências desagradáveis, tais como, problemas com a justiça, com a família, más notas ou paranóia. Tenta visualizar uma experiência negativa que tenhas tido com canábis. Acrescenta estes sentimentos negativos e experiências desagradáveis ao teu cartão.
- **Distrai-te com outros pensamentos.** Pensa em algo para além da canábis. Por exemplo, pensa em planos para as férias, nas pessoas de quem gostas ou em passatempos. Concentra-te em algo que queiras fazer.
- **Reforça o teu sucesso ao lidar com a canábis.** Relembra-te do sucesso que tens tido até agora. Por exemplo: várias semanas de abstinência, estares envolvido no tratamento ou continuares em tratamento.
- **Adia a tua decisão de consumir.** Adia a ideia de consumir drogas por 30 minutos. A maior parte dos impulsos para consumir são como as ondas: crescem, atingem o seu pico e depois desvanecem. Se esperares, a onda passa.
- **Afasta-te ou muda a situação.** Se um sítio ou uma atividade te fazem pensar em consumir canábis, vai para outro lado ou ocupa-te de outra forma.

- **Liga a alguém que te ajude e com quem possas falar.** Essa pessoa poderá ajudar-te a clarificar os teus pensamentos ou a distrair-te.

#### **Fase 4: Exercício de Grupo (15 minutos)**

Pedir aos participantes para pensarem nas justificações que usam para consumirem canábis e para selecionarem da lista acima formas de lidarem com essas justificações. Por exemplo:

- **Justificação:** “Deixar a canábis tem sido mais fácil do que aquilo que eu pensava. Não devia estar assim tão viciado.”
- **Estratégia de coping:** Desafia os pensamentos. “Devo ser maluco. O que é que estou a dizer? Deixar as drogas não tem sido fácil. Andava com vontade de fumar a toda a hora nestes últimos dias. Se não tivesse uma dependência, teria deixado de consumir por mim há mais tempo. Estou só com saudades de consumir e a começar a convencer-me a desistir de continuar. Acho que vou fazer outra coisa.”

#### **Fase 5: Exercício de prática em contexto de vida real (5 minutos)**

Pedir aos participantes para escreverem listas de itens dentro das três seguintes categorias. Cada lista deve conter entre 5 a 10 itens.

- Consequências positivas que esperas por já não consumires canábis
- Consequências negativas do consumo de canábis
- Situações de maior risco com as quais te podes deparar e que poderão dificultar o abandono dos consumos ou a manutenção da abstinência.

Pedir aos participantes para usarem esta informação para avaliarem o quão empenhados estão no processo de abstinência. As classificações variam de 1 (nenhum empenho) a 10 (extremamente empenhado).

#### **Fase 6: Conclusão (15 minutos)**

**Nota do Terapeuta:** É importante abordar a fase da conclusão antes da sessão final. Ao começar a sessão 10, os terapeutas devem abordar o tópico da conclusão. A primeira referência à conclusão pode ser breve. No entanto, os terapeutas devem ressaltar que resta um número limitado de sessões, devem analisar como essas sessões irão decorrer e esclarecer qualquer questão ou reação por parte dos participantes.

A conclusão pode ser problemática para muitos dos participantes e pode conduzir a uma deterioração clínica ou ao abandono antes do final do programa. Várias semanas antes do final, os terapeutas devem analisar a calendarização das sessões para se consciencializarem, bem como aos participantes, acerca das questões envolvidas.

Durante a última sessão, dedicar algum tempo às questões finais. No mínimo, a conclusão deve incluir uma revisão e sumário do decorrer do programa, suscitar nos participantes reações e sentimentos acerca do mesmo, questionar sobre os prós e contras do programa para o participante e discutir os seus planos para o futuro. Na maior parte dos casos, 15 a 20 minutos serão suficientes para concretizar a conclusão.

### **Feedback do Terapeuta para os Membros do Grupo**

Durante a conclusão, o terapeuta deve exemplificar como dar *feedback* positivo e como fornecer sugestões para continuar a mudança. O *feedback* aos membros do grupo deve ser breve e sem qualquer juízo de valor e deve projetar uma visão positiva do futuro. Pode incluir referências ao progresso dos participantes em relação aos objetivos estabelecidos, assim como quaisquer contribuições feitas pelos membros do grupo para o sucesso de um colega ou do grupo no geral. O terapeuta pode usar esta oportunidade para sugerir mudanças futuras e para identificar áreas que precisam de um maior desenvolvimento. Os membros do grupo devem ser estimulados a manter os sucessos alcançados durante as sessões, bem como, a fazer mudanças positivas nas suas vidas.

### **Feedback entre os Membros do Grupo**

Os membros do grupo partilharam muitas experiências e discutiram aspetos íntimos das suas vidas. Estão em condições para fornecer *feedback* válido sobre o progresso uns dos outros e sobre as áreas que precisam de uma maior atenção. Esta atividade estruturada para fornecer *feedback* é a última oportunidade para interagirem uns com os outros e é uma conclusão apropriada do trabalho do grupo. Os participantes devem ser encorajados a apoiarem-se e a focarem-se em conquistas positivas.

### **Feedback do Grupo para o Terapeuta**

Os membros do grupo devem também ser encorajados a fornecer ao terapeuta comentários positivos e negativos relativamente à sua experiência no grupo. Este *feedback* deve incluir recomendações para melhorar as sessões de grupo, assim como comentários acerca do estilo do terapeuta. Como os participantes estão menos habituados a este papel, podem precisar de encorajamento e de lembrar as competências de *coping* aprendidas no grupo (ex.: ser assertivo em vez de agressivo ou passivo; fazer críticas construtivas em vez de destrutivas). O terapeuta pode perguntar aos membros do grupo quais as experiências que foram especialmente úteis ou proveitosas e as suas reações aos respetivos exercícios de prática em contexto de vida real. O terapeuta pode estimular comentários relativamente à sua performance como líder do grupo (ex.: em que medida foi útil, a sua abertura a novas sugestões). A maioria dos participantes irá usar esta

oportunidade para fornecer informação útil e apropriada. Em raras ocasiões, um membro do grupo irá abusar desta oportunidade. No entanto, uma rápida e assertiva intervenção pode transformar uma crítica destrutiva numa oportunidade para exemplificar competências importantes ao grupo.

### **Despedidas**

Reservar tempo para os membros do grupo fazerem as despedidas. Indubitavelmente este processo já terá começado durante a fase de *feedback* desta sessão.

## LIDAR COM PENSAMENTOS SOBRE CANÁBIS

Seguem-se algumas estratégias para lidar com os pensamentos sobre o consumo de canábis:

- **Desafia os teus pensamentos.** Precisas mesmo de consumir? Consegues divertir-te sem fumar um charro.
- **Pensa nas vantagens de não consumir.** Podem incluir um aumento de autoestima, maior autocontrolo, mais saúde, uma melhoria na memória, pensamentos mais claros, não ter problemas legais e/ou não desiludir amigos e familiares.
- **Lembra-te das experiências negativas relacionadas com o consumo de drogas e dos problemas que tiveste por consumir.** Podem incluir institucionalizações, problemas com a justiça, com a família, más notas ou paranóia.
- **Distrai-te com outros pensamentos.** Pensa noutra coisa para além da canábis. Pensa em pessoas de quem gostas ou em algo que queiras fazer.
- **Reforça o teu sucesso.** Pensa há quanto tempo deixaste de consumir, como estás envolvido no programa e nas razões de te manteres abstinente.
- **Concentra-te no positivo.** Pensa nas vantagens que tens por deixar de consumir.
- **Utiliza fotografias de pessoas que estão satisfeitas com o teu sucesso.**
- **Adia a tua decisão de consumir.** Se mais nada resultar, olha para o relógio e adia a decisão de consumir por 30 minutos ou mais.
- **Afasta-se ou muda a situação.** Se um local ou atividade te fizer pensar em consumir canábis, vai para outro sítio ou ocupa-te de outra forma.
- **Liga a alguém que te ajude e com quem possas falar.** Essa pessoa pode ajudar-te a clarificar os teus pensamentos ou a distrair-te.

## **EXERCÍCIO DE PRÁTICA EM CONTEXTO DE VIDA REAL**

### **LIDAR COM PENSAMENTOS SOBRE CANÁBIS**

Uma forma de lidar com pensamentos sobre canábis é lembrares-te das vantagens da abstinência e dos efeitos negativos que o consumo causou na tua vida. Faz uma lista desses aspetos nesta folha. Depois, copia essa lista para um cartão pequeno que possas trazer contigo. Lê o cartão sempre que sentires um desejo de fumar canábis.

Vantagens da abstinência:

Efeitos negativos do consumo:

Situações de alto-risco que me poderão levar à recaída:



## LIDAR COM PENSAMENTOS SOBRE CANÁBIS

### PORQUÊ

- Aprende a identificar pensamentos e sentimentos que podem conduzir ao consumo de canábis.
- Antecipa-te a uma possível recaída.

### ORIENTAÇÕES

Estratégias para lidar com os teus pensamentos:

1. Desafia-os.
2. Faz uma lista das vantagens de não consumir.
3. Faz uma lista das experiências negativas relacionadas com o consumo.
4. Distrai-te.
5. Premeia-te.
6. Adia a tua decisão de consumires.
7. Afasta-te ou muda a situação.
8. Telefona a alguém.

## BIBLIOGRAFIA

### Manuais originais:

Sampl, S., & Kadden, R. (2001) *Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 1*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD384

Webb, C.; Scudder, M.; Kaminer; Y., and Kadden, R. (2002) *The Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy Supplement: 7 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 2*. DHHS Pub. No. (SMA) 02-3659. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

### Bibliografia adicional (Dados para Portugal):

Balsa, C.; Vital, C. & Urbano, C. (2014) *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).Lisboa.

[http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/135/III\\_InqueritoNacionalConsumo\\_deSPnaPG%202012.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf)

Carapinha, L.; Balsa, C.; Vital, C.; Urbano, C. (2015) *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis. Portugal /2012*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Lisboa.

[http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/145/EstimativaConsumoAltoRiscoCannabisPortugal2012.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/145/EstimativaConsumoAltoRiscoCannabisPortugal2012.pdf)

Carapinha, L. & Calado, V. (2016). *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Lisboa.

[http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTUDOS/Attachments/172/DDN\\_2015\\_Relatorio\\_final\\_pt.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/172/DDN_2015_Relatorio_final_pt.pdf)

Feijão, F. (2016) European School Survey Project on Alcohol and other Drugs: Portugal/2015 (ESPAD\_PT/2015). Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências/2015 (ECATD\_CAD/2015). Síntese de Resultados: A situação em 2015. Análise comparativa 2003/2007/2011/2015. Resultados Preliminares.

[http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/ESPAD-PT\\_%20ECATD\\_CAD-2015.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Documents/2016/ESPAD-PT_%20ECATD_CAD-2015.pdf)

ESPAD Group (2016) ESPAD REPORT 2015 – Results from the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2810/86718

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2016) *Relatório Europeu sobre Drogas. Tendências e Evoluções*. Lisboa doi:10.2810/220354

Schettino, J.; Leuschner, F.; Kasten, L.; Tossman, P & Hoch, E (2015) Treatment of Cannabis-Related Disorders in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon. doi: 10.2810/122632

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD): Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação (2015) *Relatório Anual • 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Lisboa

[http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/77/Relatório%20Anual%20a%20Situação%20do%20País%20em%20Matéria%20de%20Drogas%20e%20Toxicodependências%202014.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/77/Relatório%20Anual%20a%20Situação%20do%20País%20em%20Matéria%20de%20Drogas%20e%20Toxicodependências%202014.pdf)

World Health Organization [WHO] (2016). The Health and Social Effects of Nonmedical Cannabis Use. World Health Organization: Geneve.

#### **Bibliografia dos Manuais Originais:**

Adler, I., & Kandel, D. B. (1981). Cross-cultural perspectives on developmental stages in adolescent drug use. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 701–715.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. *Cannabis youth treatment (CYT) cooperative agreement: 1999 site visit protocol*. (1999). Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*, *88*, 305–325.

Carroll, K. M. (Ed.). (1997). *Improving compliance with alcoholism treatment*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series. Volume 6. NIH Pub. No. 97–4143. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Carroll, K. M., & Nuro, K. F. (1996). *The technology model: An introduction to psychotherapy research in substance abuse*. Yale University Psychotherapy Development Center, Training Series No. 1. Sponsored by the National Institute on Drug Abuse.

Carroll, K. M., Kadden, R. M., Donovan, D. M., Zweben, A., & Rounsaville, B. (1994). Implementing treatment and protecting the validity of the independent variable in treatment matching studies. *Journal of Studies on Alcohol* (Suppl. 12), 149–155.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1997). *Youth risk behaviors in the United States, 1997*. Rockville, MD: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC 2 Westat Inc. (Available online at <http://www.cdc.gov/epo/mmwr/preview/mmwrhtml/0054432.htm>)

Cohen, S. (1979). A new ball game. *Drug Abuse and Alcoholism Newsletter*, *8*, (4).

Cohen, S. (1980). Cannabis: Impact on motivation, Part I. *Drug Abuse and Alcoholism Newsletter*, *9*, (10).

Cohen, S. (1981). Cannabis: Impact on motivation, Part I. *Drug Abuse and Alcoholism Newsletter*, *10*.

D’Zurilla, T., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior motivation. *Journal of Abnormal Psychology*, *78*(1), 107–126.

Dennis, M. L. (1999). *Global appraisal of individual needs: Administration guide for the GAIN and related measures* (Version: 12/99). Bloomington, IL: Chestnut Health Systems. Web site: [www.chestnut.org/li/gain](http://www.chestnut.org/li/gain).

Dennis, M. L., & McGeary, K. A. (1999). Adolescent alcohol and marijuana treatment: Kids need it now. *TIE Communiqué* (pp. 10–12). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Dennis, M. L., Babor, T., Diamond, G. C., Donaldson, J., Godley, S., Tims, F., Chirkos, T., Fraser, J., French, M. T., Glover, F., Godley, M., Hamilton, N., Herrell, J., Kadden, R., Kaminer, Y., Lennox, R., Liddle, H., McGeary, K. A., Sampl, S., Scott, C., Titus, J., Unsicker, J., Webb, C., & White, W. L. (1998). *Treatment for cannabis use disorders general research design and protocol for the Cannabis Youth Treatment (CYT) cooperative agreement*. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.

Dennis, M. L., Godley, S., & Titus, J. (1999). Co-occurring psychiatric problems among adolescents: Variations by treatment, level of care and gender. *TIE Communiqué* (pp. 5–8 and 16). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Dennis, M. L., Titus, J. C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S. H., Tims, F., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., French, M., Godley, M. D., Hamilton, N., Liddle, H., & Scott, C. (under review). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: A multisite study of five approaches to outpatient treatment for adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*.

Dennis, M. L., Webber, R., White, W., Senay, E., Adams, L., Bokos, P., Eisenberg, S., Fraser, J., Moran, M., Ravine, E., Rosenfeld, J., & Sodetz, A. (1996). *Global appraisal of individual needs (GAIN), Vol. 1: Administration, scoring, and interpretation*. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.

Dennis, M., Dawud-Noursi, S., & Muck, R. (in press). The need for developing and evaluating adolescent treatment models. In S. J. Stevens & A. R. Morral (Eds.), *Adolescent drug treatment: Theory and implementation in eleven national projects*. Binghamton, NY: Haworth Press.

Dision, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54(9), 755–764.

Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 890–904.

Ensminger, M. E., Brown, C. H., & Kellam, S. G. (1982). Sex differences in antecedents of substance use among adolescents. *Journal of Social Issues, 38*(2), 25–42.

Farrell, M., Danish, S. J., & Howard, C. W. (1992). Relationship between drug use and other problem behaviors in urban adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 705–712.

Godley, M. D., Markwood, A., Lesch, W., Grimm, J. L., Blue, R., & Robinson, D. (1996). *Youth study on substance use: Comparing the 1990, 1993 and 1995 results*. Bloomington, IL: Illinois Department of Alcoholism and Substance Abuse and Lighthouse Institute Publications.

Godley, S. H., Diamond, G., & Liddle, H. (1999, August). *Cannabis youth treatment study treatment models: Principles, interventions, mechanisms*. Paper presented at the 107th Annual Convention of the American Psychological Association, Boston.

Godley, S. H., Meyers, R. J., Smith, J. E., Karvinen, T., Titus, J. C., Godley, M. D., Dent, G., Passetti, L., & Kelberg, P. (2001). *The adolescent community reinforcement approach for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 4*. DHHS Pub. No. (SMA) 01–3489. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Gomberg, E. S. (1986). Women: Alcohol and other drugs. In B. Segal (Ed.), *Perspectives on drug use in the United States* (pp. 75–109). New York: Haworth Press, Inc.

Gordon, T. (1970). *Parent Effectiveness Training*. New York: Wyden Press.

Hall, W. (1995). The health risks of cannabis. *Australian Family Physician, 24*, 1237–1240.

Hamilton, N. L., Brantley, L. B., Tims, F. M., Angelovich, N., & McDougall, B. (2001). *Family support network for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 3*. DHHS Pub. No. (SMA) 01–3488. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Hartwell, S., Ungemack, J., Babor, T. F., Stevens, M., & Bel Boca, F. (1996). *State of Connecticut: Adolescent substance abuse treatment needs assessment: The 1995 adolescent alcohol and drug use school survey*. Farmington, CT: University of Connecticut Health Center.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 64–105.

Herrell, J., Babor, T., Brantley, L., Dennis, M., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S., Hamilton, N., Liddle, H., Tims, F., Titus, J., & Webb, C. (1999, August). *Treatment of adolescent marijuana abuse: A randomized clinical trial. A cooperative agreement funded by the Center for Substance Abuse Treatment*. Paper presented at the 107th Annual Convention of the American Psychological Association, Boston.

Hoffart, A. (1994). Use of treatment manuals in comparative outcome research: A schema-based model. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *8*(1), 41–54.

Holloway, E., & Neufeldt, S. (1995). Supervision: Its contribution to treatment efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(2), 207–213.

Hops, H. (1998, January). From adolescent to adulthood: A 10-year family perspective on substance use and abuse. Address at the Eighth International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, Santa Fe, NM.

Institute for Social Research (ISR). (1997). *Monitoring the Future Study*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.

Jaffe, A., Brown, J., Korner, P., & Witte, G. (1988). Relapse prevention for the treatment of problem drinking: A manual for therapists and patients. Unpublished manuscript. New Haven, CT: Yale University School of Medicine; Farmington, CT: University of Connecticut Health Center.

Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). The social-psychological framework. In R. Jessor & S. L. Jessor (Eds.), *Problem behavior & psychosocial development: A longitudinal study of youth*, (pp. 17–42). New York: Academic Press.

Johnson, R. A., Hoffmann, J. P., & Gerstein, D. R. (1996). *The relationship between family structure and adolescent substance use*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

Kadden, R. M., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R. (Eds.)(1992). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (Vol. 3). Project MATCH Monograph Series. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Kaminer, Y. (1994). *Adolescent substance abuse: A comprehensive guide to theory and practice*. New York: Plenum Medical Book Company.

Kandel, D. B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 21*, 328–347.

Kandel, D. B., & Davies, M. (1996). High school students who use crack and other drugs. *Archives of General Psychiatry, 53*, 71–80.

Kandel, D. B., & Faust, R. (1975). Sequences and stages in patterns of adolescent drug use. *Archives of General Psychiatry, 32*, 923–932.

Kandel, D. B., & Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: Developmental patterns of involvement in drugs. *American Journal of Public Health, 83*, 851–855.

Kandel, D. B., Yamaguchi, K., & Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: Further evidence for the gateway theory. *Journal on Studies on Alcohol, 53*, 447–457.

Kleinman, P., Wish, E., Deren, S., Rainone, G., & Morehouse, E. (1988). Daily marijuana use and problem behaviors among adolescents. *International Journal of the Addictions, 23*, 87–107.

Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Antonuccio, D., & Teri, L. (1984). Group therapy for depression: The *coping* with depression course. *International Journal of Mental Health, 13*, 3–4, 8–33.



Liddle, H. A. (in press). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 5*. DHHS Pub. No. (SMA) 02–3660. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Lundqvist, T. (1995). Specific thought patterns in chronic cannabis smokers observed during treatment. *Life Sciences, 56*(23/24), 2141–2144.

Markwood, A., McDermeit, M., & Godley, M. (1999). *Youth study on substance use: Comparing the 1995, 1997 and 1998 results* (Report to the Illinois Department of Human Services). Bloomington, IL: Chestnut Health Systems.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention*. New York: Guilford.

McKeown, R. E., Jackson, K. L., & Valois, R. F. (1997). The frequency and correlates of violent behaviors in a statewide sample of high school students. *Family and Community Health, 20*(4), 38–53.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.

Miller, W. R., Brown, J. M., Simpson, T. L., Handmaker, N. S., Bien, T. H., Luckie, L. F., Montgomery, H. A., Hester, R. K., & Tonigan, J. S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1995). *Motivational enhancement therapy (MET) manual*. (Vol. 2). Project MATCH Monograph Series. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Millsaps, C. L., Azrin, R. L., & Mittenberg, W. (1994). Neuropsychological effects of chronic cannabis use on the memory and intelligence of adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 3*, 47–55.

Moncher, F., & Prinz, R. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review, 11*, 247–266.

Monitoring the Future (MTF). (1999). *Percent past-year drug and alcohol use among twelfth graders: 1975–1999 Monitoring the Future*. (Available on line at <http://monitoringthefuture.org>)

Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. New York: Guilford.

Musty, R. E., & Kaback, L. (1995). Relationships between motivation and depression in chronic marijuana users. *Life Sciences*, 56(23/24), 2151–2158.

National Institute on Drug Abuse. (August 1986). *Marijuana*. NIDA Capsules. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Nowinski, J. (1990). *Substance Abuse in Adolescents & Young Adults: A Guide to Treatment*. New York: W. W. Norton & Company.

Office of Applied Studies (OAS). (1997). *National admissions to substance abuse treatment services. The Treatment Episode Data Set (TEDS) 1992–1995*. (Advanced Report No. 12, prepared by B. Ray, R. Thoreson, L. Henderson, & M. Toce). Rockville, MD: OAS, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Orlandi, M. A. (Ed.). (1995). *Cultural Competence for evaluators*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Office of Applied Studies. (1995). *Drug abuse warning network. Annual medical examiner data 1995* (Series D–1, prepared by CSR, Inc). Rockville, MD: Author.

Office of Applied Studies. (1996) [Prepared by Bacellar, H., Brittingham, A., Choy, W., Gerstein, D., Chadialy, R., Gray, F., Hoffmann, J., Johnson, R., & Larison, C.] *National household survey on drug abuse: Main findings 1994*. Rockville, MD: Author.

Office of Applied Studies. (1999). *Treatment episode data set (TEDS) 1992–1997: National admissions to substance abuse treatment services*. Rockville, MD: Author. (Available online at <http://www.icpsr.umich.edu/SAMHSA/teds.html>)

Office of Applied Studies. (2000). *National household survey on drug abuse: Main findings 1998*. Rockville, MD: Author. (Available online at <http://www.samhsa.gov/oas>)

Patterson, G. (1998, January). Family factors in the etiology of addictive disorders: Implications for prevention. Address at the Eighth International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, Santa Fe, NM.

Pope, H. G., & Yurelun-Todd, D. (1996). The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. *Journal of the American Medical Association*, 275(7), 521–527.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching alcoholism patients to treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130–1145.

Rob, M., Reynolds, I., & Finlayson, P. F. (1990). Adolescent marijuana use: Risk factors and implications. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, 47–56.

Sampl, S., & Kadden, R. (2001). *Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 1*. DHHS Pub. No. (SMA) 01–3486. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Schwartz, R. H. (1987). Marijuana: An overview. *Pediatric Clinics of North America*, 34, 305–317.

Siegal, H. A., Rapp, R. C., Fisher, J., Cole, P., & Wagner, J. H. (1993). Treatment dropouts and noncompliers: Two persistent problems and a programmatic remedy. In J. A. Inciardi, F. A. Tims, & B. W. Fletcher (Eds.), *Innovative approaches in the treatment of drug abuse: Program models and strategies. Contributions in criminology and penology* (pp. 109–122). Westport, CT: Greenwood Press.

Solowij, N. (1995). Do cognitive impairments recover following cessation of cannabis use? *Life Sciences*, 56(23/24), 2119–2126.

Solowij, N., Grenyer, B., Chesher, G., & Lewis, J. (1995). Biopsychosocial changes associated with cessation of cannabis use: A single case study of acute and chronic cognitive effects, withdrawal and treatment. *Life Sciences*, 56(23/24), 2127–2134.

Stark, M. J., & Kane, B. J. (1985). General and specific psychotherapy role induction with substance-abusing clients. *International Journal of the Addictions*, 20(8), 1135–1141.

Steinberg, K. S., Carroll, K., Roffman, R. A., & Kadden, R. M. (1997). *Marijuana treatment project therapist manual*. Unpublished manuscript. Farmington, CT: University of Connecticut Health Center.

Stephens, R. S., & Roffman, R. A. (1996). Treating adult marijuana dependence. Marijuana use: Basic mechanisms, epidemiology, natural history, and clinical issues. A symposium conducted at the Fifty-Eighth Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence, San Juan, Puerto Rico.

Stephens, R. S., Roffman, R. A., & Simpson, E. E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 92–99.

Tims, F., Hamilton, N., Dennis, M., & Brantley, L. (1999, August). *Characteristics and problems of adolescent marijuana users in treatment*. Paper presented at the 107th Annual Convention of the American Psychological Association, Boston.

Titus, J., Dennis, M., Diamond, G., Godley, S., Babor, T., Donaldson, J., Herrell, J., Tims, F., & Webb, C. (1999, August). *Treatment of adolescent marijuana abuse: A randomized clinical trial. Structure of the cannabis youth treatment study*. Paper presented at the 107th Annual Convention of the American Psychological Association, Boston.

Webb, C., & Babor, T. (1999, August). *Cannabis youth treatment study: Referral sources*. Paper presented at the 107th Annual Convention of the American Psychological Association, Boston.

Webb, C., Scudder, M., Kaminer, Y., & Kadden, R. (2002). *The motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy supplement: 7 sessions of cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 2*. DHHS Pub. No. 02–3659. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Weinstein, C. S., & Shaffer, H. J. (1993). Neurocognitive aspects of substance abuse treatment: A psychotherapist's primer. *Psychotherapy*, 30, 317–333.

White, W. (1993). *Critical incidents: Ethical issues in substance abuse prevention and treatment*. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems. Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 363–375.

Zweben, A., & Li, S. (1981). The efficacy of role induction in preventing early dropout from outpatient treatment of drug dependency. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8(2), 171–183.

Zweben, A., Pearlman, S., & Li, S. (1988). A comparison of brief advice and conjoint therapy in the treatment of alcohol abuse: The results of the marital systems study. *British Journal of Addiction*, 83, 899–916.