07

DO ACOMPANHAMENTO PSICOTERAPÊUTICO À PSICOTERAPIA UMA ABORDAGEM À TOXICODEPENDÊNCIA

ANA ISABEL TAVARES

RESUMO: Neste artigo a autora apresenta uma panorâmica geral sobre os modelos terapêuticos cognitivos na abordagem da toxicodependência, dando particular ênfase ao modelo de Prochaska e DiClemente. É um modelo que considera o tratamento da toxicodependência como um processo, no qual não se procura de imediato a abstinência total de drogas, nem se considera a recaída como um insucesso no tratamento. Neste contexto do tratamento, também se aborda as questões relacionadas com o estabelecimento da relação terapêutica, a motivação para o tratamento e a definição de objectivos terapêuticos.

Palavras-chave: Modelos Cognitivos; Relação Terapêutica; Motivação para Tratamento; Objectivos Terapêuticos.

RÉSUMÉ: Dans ce texte l'auteur présente une approche des modèles thérapeutiques cognitifs sur la dépendance des drogues, donnant l'emphase particulière au modèle de Prochaska et DiClemente. C'est un modèle qui considère le traitement de la dépendance comme un procès, dans lequel immédiatement ne se regarde pas la totale abstinence des drogues, ni se considère la rechute comme un échec dans le traitement. Dans ce contexte du traitement, ce texte approche également les questions reliées avec la relation thérapeutique, la motivation pour le traitement et la définition des objectifs thérapeutiques.

Mots-clé: Modèles Cognitifs; Relation thérapeutique; Motivation pour traitement; Objectifs thérapeutiques.

ABSTRACT: In this paper the author presents an overview on the cognitive therapeutic models regarding drug addiction, giving particular emphasis to the model of Prochaska & DiClemente. It is a model that considers the treatment of drug addiction as a process, in which immediately does not look the total abstinence of drugs, nor considers the relapse as a failure. In this context of treatment, this paper also approaches the questions related with the therapeutic relationship, the motivation for the treatment and the definition of therapeutic goals.

Key Words: Cognitive Models; Therapeutic relationship; Motivation for treatment; Therapeutic goals.

1. INTRODUÇÃO

A problemática da toxicodependência não é um fenómeno do século XX, e já anteriormente se apresentava como uma entidade clínica complexa. Vários foram os enquadramentos tentados, tanto para a compreensão como para a abordagem clínica, mas todos se revelam, de uma maneira ou outra, insuficientes. Desde os anos 50, quando a abordagem cognitiva se começou a desenvolver, os modelos de terapêuticos de Ellis e de Beck também deram o seu contributo na análise e intervenção na toxicodependência. Mais recentemente, o modelo de prevenção da recaída de Marlatt e o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente têm sido referências a considerar para quem trabalha com esta problemática. O sentido deste artigo consiste num esforço de sistematizar e promover a capacidade reflexiva sobre as diferentes modalidades e modelos de intervenção na toxicodependência, tendo em conta uma abordagem cognitiva. Outras abordagens, nomeadamente a psicodinâmica, também trouxeram os seus contributos, mas o seu desenvolvimento não se enquadra nos objectivos deste artigo.

Se tentar compreender e definir estratégias de intervenção é importante, não menos é o desafio de estabelecer a relação terapêutica, trabalhar as questões da motivação para o tratamento e a definição dos objectivos terapêuticos. Frequentemente, o indivíduo com um problema de toxicodependência procura a consulta pressionado pela família ou mesmo entidades judiciais, o que a acrescentar às suas características pessoais, muitas vezes tornam a relação terapêutica difícil, desencadeando nos próprios terapeutas as mais variadas reacções. No entanto, é no contexto desta relação terapêutica que se definirão os objectivos de trabalho conjunto, que serão abordados na última parte deste trabalho.

2. A ABORDAGEM COGNITIVA DA TOXICODEPENDÊNCIA

A abordagem cognitiva desenvolveu-se principalmente nos países anglo-saxónicos. É uma abordagem individual, centrada nas cognições, isto é, nos processos através dos quais o sujeito adquire informação sobre si próprio e sobre o contexto onde está inserido, e que regula o seu comportamento. Partindo de um modelo de processamento da informação, o sujeito trata a informação em função de esquemas adquiridos, os quais, com a ajuda dos processos cognitivos, transformam a informação em pensamentos, imagens mentais, que interagem com os comportamentos. O comportamento desadaptado seria então uma perturbação no tratamento da informação, levando o indivíduo a tomar decisões que lhe são prejudiciais. Neste sentido, os modelos que se integram na abordagem cognitiva têm como objectivo distinguir os esquemas, as etapas que se desenrolam nos processos interactivos que vão da informação ao pensamento e ao comportamento. Por sua vez, as técnicas e estratégias de intervenção visam, de uma forma geral, reduzir os comportamentos de fracasso, modificando os pensamentos e as crenças inadaptadas, e ensinando técnicas de controlo.

O modelo da Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis, desenvolvido nos anos 50, conceptualiza a toxicodependência como um fenómeno multifactorial, não negando os factores biológicos e de personalidade, embora considere que a ênfase posta nos factores biológicos poderá dar origem a estratégias de intervenção que reforcem a incapacidade de actuar terapêuticamente nestes casos. A TRE chama a atenção para maximizar a influência de factores psicossociais para a intervenção, fazendo assim a integração dos factores cognitivos e emocionais na intervenção na toxicodependência. Deste modo, os objectivos terapêuticos gerais centram-se na modificação do pensamento do toxicodependente, através de estratégias de modificação dos processos de pensamento. A TRE considera dois tipos de estratégias de intervenção, (**a**) as de natureza mais geral (utilizadas para outro tipo de problemas) e (**b**) as estratégias mais específicas para a toxicodependência. Em relação às estratégias gerais, o cerne da intervenção terapêutica baseia-se no processo de disputa das crenças inadaptadas do toxicodependente. Ao questionar a evidência, criando dissonância cognitiva através de argumentos lógicos, científicos ou filosóficos que permitam invalidar determinadas crenças, demonstrando a disfuncionalidade da crença, pretende tornar o pensamento mais flexível e, por isso, mais funcional. As estratégias específicas em relação à toxicodependência, decorrem directamente da

identificação das dinâmicas cognitivas, tentando combater a ansiedade, o desânimo, a autocondenação, e as crenças irracionais acerca das emoções.

O modelo proposto por A. Beck para a compreensão da dependência, considera que os indivíduos têm uma predisposição para o uso de substâncias. Dentro desta predisposição aborda factores como uma sensibilidade acrescida a sentimentos desagradáveis, uma motivação deficiente para controlar o seu comportamento, a impulsividade, a procura de sensações e a intolerância ao tédio, e uma baixa tolerância à frustração associada, na maioria dos casos, a alternativas sociais insuficientes para obter sensações agradáveis, com o acréscimo da ausência da esperança em obtê-las. A dependência constitui então uma forma de automedicação para a ansiedade ou da depressão e vai instalar-se como um círculo vicioso. Beck (1993, cit. in Soares, 2001) define o seu modelo de terapia cognitiva como "colaborativa, activa, baseada em grande parte num questionamento aberto e muito focalizada ou estruturada". A intervenção terapêutica situa-se entre estes dois momentos, ajudando o indivíduo a ultrapassar um sentimento de impotência face à situação do impulso, e promovendo a aquisição de técnicas de controlo do comportamento. A abordagem terapêutica consiste em enfraquecer as crenças ou pensamentos que mantêm o comportamento compulsivo e, ao mesmo tempo, mostrar ao sujeito diferentes formas de controlar e modificar o seu comportamento. A aplicação deste modelo baseia-se em técnicas activas, nas quais o cliente em interacção com o psicoterapeuta vai fazendo uma descoberta progressiva das crenças e pensamentos desadequados, testando a sua validade empírica, e definindo para cada um deles técnicas de autocontrolo. Quanto maior for a percepção de controlo interno, menor é a intensidade da compulsão para consumir, assim como a probabilidade da recaída. Na medida em que se pretende modificar o sistema de crenças do indivíduo, esta abordagem também permite tratar os aspectos subjacentes ao comportamento toxicodependente como, por exemplo, depressão, ansiedade, perturbações de personalidade, assim como todos os aspectos da vida (problemas sociais, jurídicos, etc.) que contribuem para aumentar o *stress* do cliente e conduzir a uma possível recaída.

O aspecto central do modelo de prevenção da recaída, desenvolvido por Marlatt, é a consideração que os processos de recuperação da toxicodependência se caracterizam por uma elevada taxa de recaídas e que as mudanças e sua manutenção são eventualmente induzidas por determinantes, nomeadamente estados emocionais negativos, conflitos interpessoais e pressões sociais. O modelo de Marlatt utiliza dois conceitos para a compreensão da abstinência e da recaída no toxicodependente – auto-eficácia e situação de alto risco. O conceito de auto-eficácia refere-se a quanto maior for o tempo em que o indivíduo permanece abstinente, maior é a percepção de auto-eficácia e de autocontrole. Uma situação de alto risco é qualquer situação que possa constituir uma ameaça à percepção de controlo e que possa aumentar o risco de recaída. A intervenção psicológica no quadro deste modelo vai passar por uma identificação das várias situações de alto risco. Os objectivos de intervenção consistem em: (**a**) Prevenir a ocorrência de lapsos iniciais após ter iniciado o programa de tratamento; (**b**) Evitar que os lapsos (situações de retorno ao consumo) possam evoluir para uma total recaída. Este modelo é apresentado como um programa de autocontrolo, essencialmente cognitivo-comportamental, que combina três componentes fundamentais: (**a**) Treino de Competências; (**b**) Intervenções Cognitivas; (**c**) Estratégias destinadas a mudar o estilo de vida dos indivíduos.

O modelo transteórico de Prochaska e Diclemente é tridimensional, na medida em que aborda a conceptualização do processo terapêutico tendo em conta o momento em que o indivíduo se encontra (Quando), que processos afectivos e cognitivos lhe estão subjacentes (Como) e em que nível de intervenção se vai trabalhar (O quê). No seu modelo, os autores apresentam os vários estádios de mudança, que fundamentam uma dimensão temporal do processo de mudança, os processos de mudança, que se referem a como ocorrem essas mudanças, e os níveis de mudança que têm a ver com o grau de complexidade que o indivíduo atinge quer na relação consigo próprio, como com o mundo e os contextos com que interage. A motivação do indivíduo é considerada como uma etapa de disponibilidade do indivíduo para o tratamento e não apenas como uma variável dicotómica – está ou não está motivado para

o tratamento. Prochaska e DiClemente tentam delimitar e descrever os elementos essenciais das fases do processo de mudança que qualquer indivíduo com um comportamento dependente passa, com ou sem ajuda terapêutica. Definem como sendo os estádios de mudança:

1. **Pré-contemplação** – neste estádio os indivíduos não planeiam mudar o comportamento, na medida em que o estilo de vida actual não representa um problema para si próprios e, quando recorrem a tratamento, fazem-no por pressões externas, o que significa que quando estas desaparecem, podem voltar ao estilo de vida inicial.
2. **Contemplação** – há uma tomada de consciência do problema, e o indivíduo nesta fase esforça-se por compreender a sua dependência, as suas causas, as suas consequências, o seu possível tratamento e manifesta necessidade de falar sobre ele.
3. **Preparação** – nesta fase, o indivíduo desencadeia algumas mudanças comportamentais, no sentido de concretizar a tomada de decisão de abandonar o comportamento dependente.
4. **Acção** – o indivíduo muda o seu comportamento (conseguindo abster-se do consumo), assim como as condições ambientais que o afectam, no sentido de abandonar a dependência, podendo desencadear um maior reconhecimento e reforço social.
5. **Manutenção** – o indivíduo procura manter e consolidar os progressos obtidos na fase anterior e prevenir uma possível recaída, que pode acontecer nesta fase.

É na sequência da fase de manutenção que acontece a fase de finalização, acontecendo a total extinção do comportamento dependente, assim como a manutenção de um novo padrão de comportamento sem esforço suplementar para a manutenção do restante reportório comportamental do indivíduo. Considera-se esta fase o fim do processo de mudança.

Ao longo dos vários estádios, existem processos de mudança que estão subjacentes às mudanças atitudinais e comportamentais do indivíduo face ao comportamento dependente. Existem determinados processos que são mais comuns a umas fases do que outras. Assim, os processos de mudança de aumento da consciencialização, vivência do dramático e reavaliação ambiental são comuns no estádio da pré-contemplação, podendo prolongar-se para o estádio de contemplação. Neste estádio pode iniciar-se o processo de auto-reavaliação, processo que se poderá estender até grande parte do estádio de preparação. Por outro lado, é no estádio da preparação que se inicia o processo de autolibertação continuando no estádio da acção, apesar de neste último também ocorrerem os processos de gestão de contingências, relações de ajuda, contracondicionamento e controle de estímulos. Para além dos estádios de mudança e dos processos subjacentes à própria mudança, este modelo conceptualiza cinco níveis hierárquicos de mudança, pelos quais passa a avaliação e intervenção terapêuticas. Os níveis de mudança são os seguintes:

1. Sintoma/situacional;
2. Cognições desadaptadas;
3. Conflitos interpessoais actuais;
4. Conflitos sistémicos/familiares;
5. Conflitos intrapessoais.

Considera-se inicialmente a intervenção ao nível do sintoma/situacional, na medida em que as mudanças ocorrem mais facilmente a este nível e o motivo inicial da procura de ajuda do indivíduo toxicodependente passa pela eliminação do sintoma. Por outro lado, a mudança no primeiro nível irá ter necessariamente implicações nos níveis seguintes. Neste modelo, as estratégias de intervenção são adaptadas a cada fase. Para além das estratégias centradas no desenvolvimento de uma relação terapêutica segura, através de escuta empática, fornecimento de informação objectiva e não moralizadora, e não pressionando as mudanças comportamentais, as restantes estratégias remetem fundamentalmente para o modelo cognitivo-comportamental. A integração na intervenção terapêutica dos estádios, processos e níveis de mudança realiza-se através da intencionalidade do terapeuta em fazer desenvolver no indivíduo todos os processos através das várias fases de mudança, consoante o nível de mudança que se está a trabalhar. Em relação aos níveis de mudança, pode eventualmente não se chegar a trabalhar todos, tendo o indivíduo legitimidade para querer trabalhar apenas, por exemplo, os níveis do sintoma, das cognições desadaptadas e dos conflitos interpessoais actuais. Esta questão, obviamente, deverá ser negociada

com o terapeuta, tanto no início do projecto terapêutico como noutros momentos como, por exemplo, de avaliação intermédia.

3. DO ACOMPANHAMENTO PSICOTERAPÊUTICO À PSICOTERAPIA – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O aconselhamento psicológico (que também pode ser denominado por acompanhamento psicoterapêutico) é um nome genérico atribuído a um modelo de ajuda que envolve um técnico, que fornece ajuda especializada face a face a um cliente que procura ajuda. Deste modo, o acompanhamento psicoterapêutico está intimamente relacionado e é difícil de distinguir da psicoterapia. De uma maneira geral, as tentativas para distinguir o acompanhamento psicoterapêutico da psicoterapia focam-se em vários tipos de comparação, assentando em critérios como a duração, os objectivos terapêuticos e as estratégias de intervenção. Deste modo, o acompanhamento psicoterapêutico é visto como tendo uma duração menor do que a psicoterapia e estando orientado para objectivos mais específicos e imediatos, enquanto que a psicoterapia está mais orientada para mudanças de personalidade, cujos objectivos são definidos em termos de mudanças a longo prazo. Em termos das estratégias, o acompanhamento psicoterapêutico é visto como enfatizando o planeamento racional, a resolução de problemas, a tomada de decisão, e gestão de *stress* em situações práticas e, neste sentido, está geralmente focado para os problemas que surgem da sua vida quotidiana. O acompanhamento psicoterapêutico frequentemente também é mais preventivo do que remediativo, no sentido em que oferece ajuda em relação a problemas e dificuldades antes destes assumirem proporções que possam desencadear rupturas completas no funcionamento. Já a psicoterapia, com características menos directivas, pretende chegar à origem de alguns problemas e dificuldades que o indivíduo apresenta. Estas diferenças são práticas, distinções básicas que no seu conjunto têm algum valor na definição de ênfases que podem ajudar a distinguir a prática do aconselhamento/acompanhamento psicoterapêutico da psicoterapia. As diferenças que são significativas tendem a situar-se no centro das orientações filosóficas e de atitude que afectam o enquadramento de objectivos em vez do uso de determinadas técnicas ou orientações teóricas.

No entanto, independentemente da conceptualização da toxicodependência, a intervenção terapêutica nesta problemática tem como legitimidade a realização de um desejo e pedido de mudança por parte do indivíduo (Morel *et al.*, 1998, a e b). Assim, mesmo considerando que a intervenção deve ter em conta o funcionamento biológico, psicológico e do meio, é possível verificar que o acompanhamento psicoterapêutico pode ser anterior ao processo de psicoterapia, ou mesmo que a intervenção pode ficar por um acompanhamento psicoterapêutico, não estando no caso da toxicodependência ainda consensual a duração do mesmo. Este facto é mais visível na discussão ainda presente à volta da fase da finalização no modelo transteórico de Prochaska e DiClemente. Também é possível ao nível do acompanhamento psicoterapêutico usar-se uma abordagem mais cognitiva, e se se avançar para um processo de psicoterapia, poder usar-se uma abordagem mais psicodinâmica.

No que se refere aos objectivos a definir, podemos considerar que as intervenções psicológicas têm pelo menos dois níveis distintos de objectivos: um *1º nível*, no qual se pretende promover mudanças ao nível do comportamento relacionado com o consumo de drogas e depois em relação ao seu "estilo de vida" (podem ser definidos como objectivos mais específicos, mas nem sempre imediatos, como veremos) e um *2º nível*, no qual os objectivos estão mais ligados à mudança ao nível do funcionamento mental, e por isso, objectivos a longo prazo. Se considerarmos os níveis hierárquicos de mudança do modelo de Prochaska e DiClemente, o acompanhamento psicoterapêutico pode-se ficar pelos objectivos de intervenção dos níveis 1 a 4, sendo o nível 5 (conflitos intrapessoais), provavelmente onde se situa a psicoterapia. Apesar de tudo, o que me parece ressaltar como mais relevante de toda a literatura é a importância da negociação dos objectivos e sua avaliação (que pode levar a redefinições) entre terapeuta e cliente.

No que se refere às estratégias de intervenção, o acompanhamento psicoterapêutico pode utilizar técnicas mais específicas, quer a nível comportamental como cognitivo, como vimos anteriormente, sendo a psicoterapia

uma modalidade que exige a utilização de técnicas que atingem níveis mais profundos da personalidade. Por outro lado, o carácter mais preventivo do acompanhamento psicoterapêutico é visível nos modelos cognitivos que preconizam a prevenção da recaída, encarando-a como parte do processo de mudança, permitindo assim a possibilidade do cliente não entrar em ruptura ao nível do seu funcionamento, nem da relação terapêutica/institucional.

Apesar de existirem algumas diferenças básicas entre o acompanhamento psicoterapêutico e a psicoterapia, há alguns aspectos ainda importantes e que estão ligados às características comuns da população toxicodependente, independentemente da modalidade de intervenção terapêutica a utilizar. Estes aspectos referem-se:

1. **Motivação para a mudança**;
2. **Objectivos Terapêuticos**;
3. **Relação Terapêutica** (apresentada em último lugar, na medida em que é uma dimensão transversal, que atravessa todo o processo terapêutico).

1. Motivação para a Mudança

O resultado de qualquer intervenção depende não só do uso adequado de estratégias de tratamento como também da persistência do cliente na tentativa de implementação das estratégias. O terapeuta deve ser considerado como um catalisador da motivação, utilizando estratégias de intervenção que têm como objectivo aumentar a motivação para os comportamentos de *coping* e que incluem a reatribuição, treino de expectativas e de resolução de problemas. Miller tem desenvolvido um trabalho vasto sobre a motivação e define-a como "a probabilidade de que uma pessoa inicie, dê continuidade e permaneça num processo de mudança específico"(1985, cit. in Davidson, 1996).

Uma das áreas que tem vindo a ser estudada no contexto da motivação e que tem muito valor para a compreensão da toxicodependência e definição de estratégias de intervenção, é a área do *conflito motivacional ou ambivalência*. Sincoff (1990, cit. in Davidson, 1996) definiu ambivalência como "tendências simultâneas de aproximação-evitamento, manifestadas comportamentalmente, cognitivamente ou afectivamente e dirigidas para uma determinada pessoa ou experiência". Quando definida desta maneira, a ambivalência pode resultar em angústia e, mais do que isso, talvez na incapacidade de tomar decisões de vida importantes. A ambivalência, se considerarmos o modelo de estádios de Prochaska e DiClemente, está mais presente em certos momentos do processo, nomeadamente os que antecedem a determinação de mudar. Este modelo tem sido muito referenciado no que diz respeito ao desenvolvimento de estratégias que promovem a resolução da ambivalência, através da entrevista motivacional.

A entrevista motivacional foi desenvolvida por Miller *et al.* (1983, 1991, 1993, cit in Davidson, 1996) e tem como objectivo promover a aceitação e a preparação para a mudança. Rollnick e colaboradores (1992, cit. in Davidson, 1996) vai ainda mais longe considerando que a entrevista motivacional tem como objectivo explorar a ambivalência e os conflitos, e encorajar os clientes a expressarem as suas preocupações e argumentos em relação à mudança. Deste modo, a entrevista motivacional assenta nos seguintes princípios gerais: **(1)** manutenção da empatia; **(2)** incremento da discrepância entre os comportamentos actuais do indivíduo e os objectivos definidos pelo cliente/terapeuta, promovendo a motivação; **(3)** não utilização de confronto e argumentação, na medida em que estes provocam reactividade no indivíduo; **(4)** utilização da resistência para chegar a um ponto diferente daquele de onde o cliente partiu; **(5)** promoção da auto-eficácia. No modelo de Prochaska e DiClemente, a entrevista motivacional é utilizada em duas fases, sendo a 1ª fase desenvolvida nos estádios da pré-contemplação e contemplação, e a 2ª fase no estádio da preparação. Relativamente às estratégias da 1ª fase, salientam-se as perguntas abertas, escuta reflexiva, afirmações de compreensão e suporte ao cliente, sumarizações, afirmações do cliente automotivacionais (reconhecimento do problema, expressão de preocupação com esse problema, expressão da intenção de mudar e optimismo). A 2ª fase da entrevista, no estádio da preparação, tem como objectivo fortalecer o compromisso de mudança, utilizando-se estratégias como sumarizações (resumos que facilitam a transição entre as duas fases), questões abertas centradas na mudança e no passo seguinte, informações e sugestões, negociação de um plano, e finalização. Esta última implica um reforço do compromisso do cliente com o plano pensado entre

cliente/terapeuta, tornando-o público e, se possível, dando os primeiros passos para a sua implementação. Os estádios da acção e da manutenção não são livres de ambivalência, podendo esta ser fomentada por pressões do meio social ou do próprio cliente, angustiado com as implicações da continuação da mudança.

2. Objectivos Terapêuticos

As abordagens cognitivas da toxicodependência enfatizam a importância de se delinear de forma clara os objectivos a atingir, no contexto de uma relação terapêutica na qual o indivíduo esteja activamente implicado. A importância da definição dos objectivos tem a ver com o facto de dar um sentido, um rumo ao processo terapêutico, assim como permitir fazer avaliações dos progressos terapêuticos. Dois dos objectivos padrão das abordagens cognitivas são a redução da dependência de substâncias e o treino de competências de resolução de problemas. No entanto, um dos contributos desta abordagem é o facto de se definirem objectivos a curto/médio prazo e a longo prazo, sendo os primeiros mais direccionados para questões mais específicas e práticas do quotidiano e relacionadas com a mudança de estilo de vida, e os objectivos a longo prazo mais relacionados com mudanças ao nível do funcionamento mental.

A abordagem cognitiva foi inovadora na medida em que não considera a abstinência um objectivo a atingir de imediato, mas sim uma aproximação à abstinência de forma gradual através da redução dos consumos. Exemplo disto, de uma forma mais clara, é o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente. Outro aspecto inovador em termos terapêuticos, foi o facto de considerar a recaída como parte do processo de tratamento do toxicodependente e não como o falhanço de determinado modelo de intervenção, estando subjacente a importância de avaliações e redefinições dos objectivos durante o processo terapêutico. Para além do modelo de Prochaska e DiClemente, o modelo de prevenção de recaída de Marlatt também é um bom exemplo da integração da recaída no processo de evolução do toxicodependente em tratamento.

3. A Relação Terapêutica

A relação terapêutica é centrada no desejo de mudança do indivíduo que pede ajuda, e caracterizada pela intencionalidade e pelo quadro institucional onde se desenvolve. A qualidade do acolhimento é frequentemente determinante e tem consequências duradouras sobre o próprio seguimento. De uma maneira geral, o estabelecimento de uma relação terapêutica assenta num triplo envolvimento:

- Do lado do terapeuta: respeitar a pessoa acolhida, abster-se de julgar a sua condição, ajudá-la a escolher sem escolher por ela, ser garante das condições mínimas da relação (o tempo, a escuta, a segurança, a continuidade, etc.);
- Do lado do doente: ir ao encontro, não trazer prejuízo à integridade do terapeuta, dos outros doentes ou da instituição, e estar em condições de falar;
- Do lado da instituição: proteger o espaço da relação, garantir a competência da equipa terapêutica, a confidencialidade e o segredo profissional, propor serviços que permitam cuidados e ajudas materiais mínimas, se necessário.

Beck (1993, cit. in Soares, 2001) aponta um conjunto de dificuldades particularmente presentes na relação terapêutica com os utentes toxicodependentes, designadamente nem sempre iniciam o tratamento de forma voluntária, têm frequentemente expectativas disfuncionais acerca da terapia e praticam muitas vezes actos ilícitos, que colocam as questões da confidencialidade difíceis de gerir. Devido a alguns destes aspectos e mesmo outros, a ruptura na relação terapêutica pode acontecer e é definida por Safran & Segal (1990, cit. in Soares, 2001) como "um ponto de interacção entre o terapeuta e o utente em que a qualidade da relação terapêutica é afectada ou prejudicada". Estas rupturas podem acontecer por confrontação, quando o utente expressa a sua zanga ou aparece na consulta sob o efeito de substâncias, ou por retraimento, desinvestindo emocionalmente do processo terapêutico. O desinvestimento em relação ao processo terapêutico é visível através de vários sinais que vão desde o utente manifestar cepticismo em relação ao tratamento, faltas frequentes ao tratamento, podendo neste contexto acontecer o abandono do programa terapêutico.

Bill e Ernst (1989, cit. in Davidson, 1996) falam da importância da combinação de estratégias de prevenção do abandono e de estratégias da entrevista motivacional. Parece que um dos aspectos importantes é o indivíduo

encontrar uma equipa profissional tranquila e segura, que encoraje o indivíduo a discutir assuntos de relevância prática imediata, evitando uma posição dicotómica. Outro aspecto importante é a negociação clara e genuína de objectivos de tratamento entre terapeuta e utente, envolvendo este de forma activa e responsabilizada. Quando o terapeuta verificar sinais de potencial ruptura na relação terapêutica, deve interromper o processo e analisar conjuntamente com o utente o que está a acontecer, na medida em que o relacionamento entre terapeuta e utente deve ter tanto de verdade como de limites.

4. CONCLUSÃO

A abordagem cognitiva encara a toxicodependência como um fenómeno multidimensional, onde se integram as dimensões biológica, psicológica e social, importantes a ter em conta quando se define um plano de intervenção nesta problemática.

Os vários modelos desenvolveram-se com base em algumas características comuns à população toxicodependente, características essas que se pretendem mudar na intervenção psicoterapêutica. Deste modo, verifica-se que estes indivíduos têm uma grande dificuldade em fazer mudanças básicas na sua vida, baseada frequentemente em crenças erróneas ou distorcidas sobre si próprio e que bloqueiam a mudança. Além disso, frequentemente experienciam uma hipersensibilidade a sentimentos negativos, com uma ansiedade desconfortante e baixa resistência à frustração. Por outro lado, uma incapacidade de pensar o hedonismo a longo prazo, recorrendo muitas vezes a situações de prazer imediatas através do recurso às substâncias. É neste sentido que verificamos algumas pessoas com comportamentos caracterizados pela impulsividade, assim como uma intolerância ao tédio, o que as faz continuamente procurar sensações novas através das substâncias.

As cognições e as emoções dos indivíduos com problemas de toxicodependência sustentam muitas vezes a manutenção do comportamento de consumo de substâncias e o tipo de pensamento destas pessoas caracteriza-se por ser rígido e dicotómico, sendo as distorções cognitivas mais salientes as generalizações, a abstracção selectiva, a catastrofização e a não validade empírica de algumas cognições.

Tendo em conta estes conhecimentos, a intervenção terapêutica implica abranger as dimensões biológica, psicológica e social de forma a se desenvolver um trabalho integrado com os toxicodependentes. As abordagens desenvolvidas neste artigo salientam a importância do papel activo e responsabilizante do indivíduo no processo de tratamento, no contexto de uma relação terapêutica dinâmica, colaborativa e securizante. Por outro lado, a definição de objectivos a curto ou longo prazo, em função dos diferentes níveis de mudança, também é negociado na relação, tendo o indivíduo legitimidade de querer apenas uma intervenção de acompanhamento psicoterapêutico, ou após algumas mudanças significativas em termos comportamentais e de estilo de vida, reformular objectivos e avançar para a psicoterapia. No entanto, é importante que o indivíduo tenha a noção que passado o impacto negativo do consumo, continua a ser necessário trabalhar a sua organização interna, de forma a desenvolver mais recursos para viver sem o recurso às substâncias. A recaída é conceptualizada, nos modelos cognitivos, como parte integrante do processo terapêutico. Isto é, a percepção da mudança através de estádios, nem sempre progredindo de forma sequencial, permite-nos aceitar com outro quadro de referência os avanços e recuos de um indivíduo em processo de tratamento.

Para terminar, como refere Isabel Prata (2001), os estudos de avaliação revelam-nos que não há soluções mágicas no tratamento de toxicodependentes. Resta-nos, pois, aceitar os limites da nossa intervenção e manter a capacidade de discutir e desenvolver as diferentes modalidades de intervenção psicológica, procurando, na prática clínica tentar utilizar o melhor possível os diversos recursos existentes.

Contacto:
Ana Isabel S. Tavares
Estagiária de Psicologia Clínica
CAT – Ocidental do Porto
R. Diogo Botelho, 1651/1653
4150-268 Porto
E-mail: ana-i@sapo.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Davidson, R. (1996). *Questões motivacionais no tratamento do comportamento aditivo*.

Morel, A.; Hervé, F. & Fontaine, B. (1998, a). "As abordagens psicológicas". *Cuidados ao Toxicodependente* (cap. 10), 1ª edição. Lisboa: CLIMEPSI.

Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998, b). "As modalidades dos cuidados". *Cuidados ao Toxicodependente* (cap. 13), 1ª edição. Lisboa: CLIMEPSI.

Prata, I. (2000). "Intervenções psicológicas nas toxicodependências: algumas questões". *Toxicodependências,* 6 (2): 47-53.

Soares, A. (2001). "Proposta integrativa na terapia cognitiva da toxicodependência". *Toxicodependências,* 7 (2): 29-49.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Blocher, D. (1987). *The Professional Counselor*. N. Y: Macmillan Publishing Company.

Edwards, G. & Gare, C. (Eds.). *Psicoterapia e Tratamento de Adições*. SP, Brasil: Artes Médicas.

Ellis, A. *et al.* (1988). "A rational-emotive theory of addiction". *Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers*. New York: Pergamon Press.

Gossop, M. (1996). "Tratamentos cognitivos e comportamentais para o uso inadequado de substâncias." In Edwards, G. & Gare, C. (Eds.), *Psicoterapia e Tratamento de Adições*. SP, Brasil: Artes Médicas.

Greenwood, V. (1985). "RET and substance abuse". *Clinical Applications of Rational-Emotive Therapy*. New York: Plenum Press.

Marlatt, A. (1985). "Cognitive assessment and cognitive intervention procedures for relapse prevention." In A. Marlatt & J. Gordon (Eds.), *Relapse Prevention*. New York: The Guilford Press.

Santos Silva, J. A. (2001). "As redes sociais e o percurso na toxicodependência. O tratamento como instrumento de reinserção". *Toxicodependências,* 7 (1): 23-34.

Sutton, S. (1996). "Os "Estágios de Mudança" podem orientar o tratamento das adições? Um exame crítico do modelo de Prochaska e DiClemente." In Edwards, G. & Gare, C. (Eds.), *Psicoterapia e Tratamento de Adições*. SP, Brasil: Artes Médicas.