

**Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo no Tratamento
do Abuso de Benzodiazepínicos**

Tatiara Dávila Martins

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia

**Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo no Tratamento do Abuso de
Benzodiazepínicos**

Tatiara Dávila Martins

Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização
em Psicoterapia: terminologia cognitivo-comportamental sob orientação da
professora MS. Silvia Mendes da Cunha

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Instituto de Psicologia
Programa de Pós Graduação em Psicologia

Dezembro, 2011

Agradecimentos

Agradeço a minha querida professora Silvia Mendes Cunha, a quem eu guardo profundo carinho e admiração.

SUMÁRIO

Resumo.....	5
Capítulo I	
Introdução.....	6
1.1 Benzodiazepínicos: uso, abuso e dependência.....	7
1.2 Psicoterapia Cognitiva e Comportamental (TCC).....	10
1.3 Entrevista Motivacional e Prevenção à Recaída.....	11
1.4 Psicoterapia Cognitiva e Comportamental em Grupo.....	13
Capítulo II	
Relato da experiência de coordenadora de grupo para tratamento da dependência de benzodiazepínicos.....	15
Capítulo III	
Conclusões.....	25
Referências.....	26

RESUMO

Entre os diversos tipos de tratamentos aos quais as terapias cognitivas e comportamentais têm sido aplicadas com sucesso encontra-se o uso em problemas de dependência de benzodiazepínicos. Este artigo, em parte, revê modelos de tratamento para a dependência química como os de Prevenção de Recaídas, a Entrevista Motivacional e, principalmente, os modelos cognitivos. Com base em evidências da literatura para o desenvolvimento de programas de tratamento efetivos, é descrito um modelo de tratamento em grupo que foi usado com grupos de pacientes dependentes de benzodiazepínicos em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas do município de Alvorada, região metropolitana de Porto Alegre. Os resultados são apresentados indicando que este tipo de tratamento poderia ser uma alternativa a outros tratamentos em uso, porém pesquisas empíricas são necessárias para validar a abordagem cognitivo-comportamental em grupo para os problemas de abuso e dependência de medicamentos controlados.

Descritores: depressão, Terapia Cognitivo-Comportamental, Ansiedade; transtornos relacionados ao abuso de benzodiazepínicos.

CAPÍTULO I

Introdução

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais prescritas no mundo. São utilizados principalmente como ansiolíticos e hipnóticos, além de possuir ação relaxante e anticonvulsivante. Estima-se que o consumo de benzodiazepínicos dobra a cada cinco anos (Silva, 1999).

Nos anos de 1988 e 1989, o consumo brasileiro de benzodiazepínicos foi de aproximadamente 20 doses diárias definidas, semelhante ao dos Estados Unidos. Segundo Silva (1999). O consumo crescente de benzodiazepínicos pode ser resultado de um período particularmente turbulento que caracterizou as últimas décadas da humanidade. A diminuição progressiva da resistência para tolerar o estresse, a introdução profusa de novas drogas e a pressão do *marketing* crescente por parte da indústria farmacêutica ou, ainda, hábitos de prescrição inadequada por parte dos médicos podem ter contribuído para o aumento da procura pelos benzodiazepínicos.

No ano de 1999, foi realizado estudo em dois municípios brasileiros, no qual foi analisado um universo de 108.215 notificações e receitas especiais retidas em farmácias, drogarias, postos de saúde, hospitais. Esse estudo indicou descuido no preenchimento das notificações e receitas especiais e, inclusive, indícios de falsificações, na forma de prescrições por médicos falecidos e notificações com numeração oficial repetida. Essa realidade indica a necessidade de uma ampla revisão no atual sistema de controle dessas

substâncias, bem como do papel dos profissionais de saúde nesse sistema. Entender que a dependência está relacionada à cognição e ao comportamento é importante. Torna-se essencial estudar novas propostas terapêuticas que possam vir a contribuir evitando a dependência desses medicamentos (Silva, 1999).

1.1 Benzodiazepínicos: uso, abuso e dependência

Os benzodiazepínicos (BZD) são drogas hipnóticas e ansiolíticas bastante utilizadas na prática clínica, podendo ser usados em até 20% da população, dependendo da faixa etária. As drogas ansiolíticas diminuem a ansiedade, moderam a excitação e tem efeito calmante (Laranjeira, 2011).

O mecanismo de ação baseia-se na atuação nos sistemas inibitórios de neurotransmissão do ácido-gama-amino-butírico (GABA), além de provável ação direta na indução do sono não REM. Os hipnóticos e ansiolíticos tipos benzodiazepínicos melhoram a eficiência do sono por diminuir sua latência, aumentar o tempo total de sono e por diminuir o número de despertares durante a noite (Cordioli, 2005).

O uso de ansiolíticos e hipnóticos, benzodiazepínicos ou não, foi disseminado nas últimas décadas por aumento de distúrbios do humor e transtornos ansiosos. Além disso, a fácil posologia, maior segurança, dependência, melhor conhecimento da classe médica e da população sobre a importância do sono e de suas doenças como: insônia, parassônias, dentre outras (Nastasy, 2002).

Transtornos relacionados a substâncias geralmente causam prejuízos importantes e complicações graves, resultando em deterioração da saúde geral do indivíduo, além de

produzir efeitos negativos nos contextos pessoal, social e profissional. O uso prolongado de BDZ, ultrapassando períodos de 4 a 6 semanas pode levar ao desenvolvimento de tolerância, abstinência e dependência (Laranjeira, 2011).

Embora sejam drogas relativamente seguras, restrições à sua utilização têm sido cada vez maiores, devido à incidência dos efeitos colaterais, relacionados à depressão do sistema nervoso central. Dentre eles, os principais são a diminuição da atividade psicomotora, o prejuízo na memória, a desinibição paradoxal, a tolerância e dependência e a potencialização do efeito depressor pela interação com outras drogas depressoras, principalmente o álcool. Além disso, a depressão e a distímia podem ocorrer conseqüentemente ao uso de alprazolam e clonazepam (Laranjeira, 2011)

A orientação médica relacionada ao uso dos benzodiazepínicos é um fator muito importante para minimizar a incidência dos efeitos colaterais. Os pacientes que utilizam medicação benzodiazepínica devem ser orientados sobre a ocorrência da diminuição da atenção que, conseqüentemente, pode aumentar o risco de acidentes com automóveis e outras atividades psicomotoras. Gorenstein (1993) relata que a administração prolongada de benzodiazepínicos, mesmo em doses baixas, induz a prejuízos persistentes nas funções cognitivas e psicomotoras. Outra característica relevante deste tipo de medicamento é o aparecimento da tolerância e dependência. O efeito da dependência deve ser amplamente prevenido pelo médico através do uso de dosagens mínimas e por períodos de tratamento o mais curto possível e pela seleção cuidadosa do paciente, evitando prescrever esse tipo de medicamento a pacientes com história ou propensos à drogadição.

O retorno do paciente ao médico periodicamente é um fator de importância para o monitoramento da dose, avaliação dos efeitos colaterais e da resposta terapêutica. A prescrição racional de benzodiazepínico deve ser encorajada e feita em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso, sempre objetivando estabelecer um bom vínculo com o paciente. Com esse tipo de abordagem, é possível minimizar os efeitos colaterais e evitar o desenvolvimento de dependência (Cordeiro, 2010).

Como efeito colateral ao uso de benzodiazepínicos, podemos encontrar efeitos adversos, como fraqueza, náuseas e vômitos, dores abdominais, diarreia, dores articulares, dores torácicas, além de incontinência urinária. Efeitos contrários aos desejados podem ocorrer em alguns pacientes, como ansiedade, pesadelos, taquicardia, alucinações, hostilidade e alteração do comportamento.

A dependência é caracterizada pela síndrome da abstinência, uma série de sintomas e sinais após a suspensão abrupta do uso de qualquer substância. É comum em pacientes em uso de benzodiazepínicos, mesmo em doses baixas e em pouco tempo de uso. Abuso do uso de benzodiazepínicos é comum quando pacientes aumentam a dose recomendada ou o medicamento é usado sem orientação médica. Fatores associados, como características pessoais, condições sociais e profissionais, bem como distúrbios psiquiátricos podem favorecer o abuso (Laranjeira, 1999).

1.2 Psicoterapia Cognitiva e Comportamental (TCC)

Segundo Rangé (2004), a terapia cognitiva visa à reeducação de pensamentos e de crenças distorcidos ou disfuncionais. Na terapia cognitiva, o paciente aprende que seu sistema de crenças é o que causa seus estados de humor, assim como seus comportamentos. Além disso, o paciente entende que os eventos externos, experiências da infância e a genética são agentes que influenciam a maneira como o indivíduo reage a eles.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma terapia ativa que propõe o reconhecimento das vinculações entre pensamento, afeto e comportamento. Da mesma forma, visa examinar as evidências a serviço de pensamentos que são automaticamente distorcidos, e ensina o sujeito a substituir esses pensamentos por interpretações mais lógicas e orientadas para a realidade, determinando afeto e comportamento mais positivos. Dessa forma, a TCC propõe-se a diminuir a angústia que está relacionada com a distorção cognitiva e erros de processamento de idéias.

Já o treinamento comportamental tem como intuito a modificação de hábitos. Este leva o paciente a ter controle sobre fatores que antes pensava não ter, fato que o fazia sentir-se impotente. Este treinamento é uma parte bem prática da terapia e traz resultados rápidos, dependendo da motivação do paciente e dos passos a serem planejados em conjunto entre o mesmo e o psicoterapeuta (Knapp,2004).

O foco Cognitivo da terapia tem como pilar ensinar o paciente a entender sua maneira de pensar e suas reações às situações, das quais ele pode ter maior ou menor controle. Isto se inicia através do exame dos pensamentos automáticos. Segundo Knapp

(2004) os pensamentos automáticos são os diálogos internos, que ocorrem em forma de pensamento ou de imagens mentais e derivam de crenças primitivas. As crenças definem o filtro que utilizamos para absorver e perceber as experiências pelas quais passamos. Em outras palavras, as crenças são como óculos que colocamos e que através dos mesmos enxergamos o mundo, os outros e a nós mesmos. A visão que temos através desses “óculos” gera interpretações e os pensamentos automáticos são a concretização destes. É comum também quando se está com certa crença ativada que se generalize ou aumente as interpretações.

As técnicas básicas da terapia cognitiva para o abuso de drogas demandam, em primeiro lugar, fortalecimento da aliança terapêutica através de um entendimento empático do problema do paciente, em combinação com aceitação incondicional. A relação terapêutica e a conceitualização de casos desempenham um importante papel. É através delas que um terapeuta pode entender a resistência do paciente. É essencial explorar o significado e função das ações aparentemente oposicionistas e autodestrutivas do paciente, avaliando suas crenças sobre a terapia, mas também é importante avaliar as próprias crenças do terapeuta sobre o paciente. Saber como usar sentimentos desagradáveis em colaboração na relação terapêutica como algo útil e lucrativo para o processo terapêutico (Junior El, 2004)

1.3 Entrevista Motivacional e Prevenção à Recaída

Há diversos estágios de mudança quando um sujeito inicia o processo de mudança de algum comportamento. (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). No

que diz respeito à dependência química, o sujeito passa por diversos estágios até assumir que tem um problema e agir em direção à mudança, além de manter a abstinência. Tais estágios definirão a prontidão de um indivíduo em abandonar o uso de substâncias. Primeiro há um estágio chamado de pré-contemplação, no qual há uma negação da existência do problema. Segundo, há um estágio de contemplação; depois vem o estágio de preparação no qual a pessoa começa a fazer planos concretos para atingir a mudança. Após esse momento pode ter início o estágio de ação, redução real e cessação do uso de substância. Finalmente, há um estágio de manutenção, no qual mudanças de atitudes e estilo de vida em longo prazo resultarão na recuperação contínua ou em uma nova recaída.

Miller & Rollnick (2001) defendem a idéia de que as pressões para abandonar o uso de uma substância tendem a piorar seu uso e que, alternativamente, o terapeuta que trabalha com dependentes deve conduzir entrevistas não-diretivas aumentando a ambivalência quanto ao uso de substância. Em cada sessão, há ações concebidas de acordo com o estágio de mudança do paciente. Assim, no estágio de pré-contemplação, a tarefa terapêutica é aumentar as dúvidas. No estágio de contemplação, é desejável que o terapeuta aponte a falta de equilíbrio, fornecendo razões para mudar ou não. Na preparação para o estágio de ação, a tarefa é ajudar o cliente a determinar a melhor estratégia para a mudança. No estágio de ação, é desejável ajudar o cliente a se movimentar rumo à mudança, valorizando seus esforços. No estágio de manutenção, espera-se que o terapeuta auxilie o cliente a identificar estratégias para prevenção de recaídas, como o fortalecimento da auto-eficácia. Caso haja recaídas, o terapeuta deve

ajudar o cliente a recomeçar o processo, avaliando se o paciente não desenvolveu uma resposta de enfrentamento satisfatória. Se o paciente não desenvolveu resposta satisfatória frente a situações de risco sua auto-eficácia será menor. Portanto, haverá uma maior probabilidade de mais recaídas, como os respectivos efeitos de violação, que incluem dissonância cognitiva, auto-atribuição e culpa e perda de controle.

O desenvolvimento de habilidades para enfrentamento efetivo precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas (Cordioli, 1998).

1.4 Psicoterapia Cognitiva e Comportamental em Grupo

A TCC é aplicada na forma grupal desde suas origens, em 1960. Estudos comprovaram que ela é tão efetiva na forma grupal como na forma individual, sendo que, em muitos transtornos, a forma grupal é mais eficaz que a individual. Yalom (1995) descreve inúmeras qualidades terapêuticas que aparecem com primazia na terapia em grupo, não ocorrendo no formato individual. São eles: instalação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, capitulação corretiva do grupo familiar primário e do aprendizado interpessoal, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, coesão grupal e catarse.

Para os autores, a terapia em grupo facilitaria a aprendizagem dos comportamentos e cognições. O próprio *setting* terapêutico facilita a aprendizagem

interpessoal, sendo o grupo fonte de reforçamento, através da modelação e da instalação de esperança em que o progresso do outro é incentivo para si. O estabelecimento de objetivos e avaliações constantes dos mesmos feitos em grupo faz com que o sentimento de pertencimento aumente, além da eficácia das metas terapêuticas. A coesão grupal, quando os membros são reforçadores entre si, cria laços afetivos e essa aliança é tão importante quanto aquela existente entre cliente e terapeuta.

CAPÍTULO II

Relato da experiência de coordenadora de grupo para tratamento da dependência de benzodiazepínicos

O relato da experiência a seguir diz respeito à coordenação de grupo realizada pela autora do presente trabalho. Após coordenar durante um ano o grupo de acompanhamento para pacientes dependentes de benzodiazepínicos de um serviço especializado em saúde mental, concluí-se que há bons indicativos da eficácia das seguintes intervenções terapêuticas: treinamento de habilidade social, treinamento de autocontrole, entrevista motivacional breve, manejo de estresse, terapia comportamental e reforçamento. Observou-se, também, que há indicativos de melhora dos pacientes através das técnicas sensibilização encoberta e contratos comportamentais.

O grupo em questão ocorre com frequência semanal, com duração de uma hora cada encontro. Os usuários do grupo são pacientes encaminhados pelas Unidades de Atenção Primária e Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. O grupo é aberto, ou seja, é permitida a inserção de novos integrantes e no mês de novembro de 2011 (mês do presente relato) estava composto por 17 participantes. O objetivo foi desenvolver um programa de acompanhamento em grupo para dependentes de benzodiazepínicos baseado numa abordagem cognitivo-comportamental, visando à remissão completa de seu uso.

Muitos pacientes do grupo coordenado apresentam, além da dependência de benzodiazepínicos, sintomas ansiosos e de sintomas de depressão. Estudos apontam para a efetividade da TCC no tratamento desses transtornos. Algumas técnicas utilizadas no grupo foram: treinamento de habilidades intra e interpessoais, identificação de situações de alto risco, reestruturação cognitiva, treinamento da assertividade e treinamento de relaxamento. O desenvolvimento de habilidades para enfrentamento efetivo precisa envolver habilidades sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, lidar com emoções e fazer reestruturações cognitivas.

Como base para o treinamento de habilidades, duas categorias de fatores deveriam ser consideradas como predisponentes para o abuso desses: fatores interpessoais (suporte social, relações conjugais e familiares, relações no trabalho) e fatores intrapessoais (processos cognitivos, estados de humor, baixa autoestima, intolerância a frustrações, insegurança, timidez).

A identificação de fatores e a capacidade de lidar com eles foram desenvolvidos na intervenção com o grupo. Os objetivos específicos foram: 1) desenvolver aprendizagem e prática de novos comportamentos substitutos para o comportamento de tomar medicamento sem necessidade, através de treinamento de habilidades inter e intrapessoais; 2) ensinar estratégias de enfrentamento que podem ser usadas para lidar com situações de alto risco (internas e externas) que poderiam levar ao comportamento de uso; 3) estabelecer estratégias gerais de mudanças no estilo de vida; e 4) desenvolver

estratégias que favoreçam a manutenção do processo de mudança nos hábitos produzidos pelo tratamento.

O treinamento de habilidades interpessoais envolvia a aprendizagem em reconhecer sinais de tristeza, angústia, isolamento; desenvolvimento da capacidade de começar, manter e mudar comportamentos com familiares e amigos; fortalecimento de comportamentos assertivos, como "dizer não" ou "pedir mudanças nos comportamentos de outras pessoas". Habilidades intrapessoais eram associadas com o aprendizado de estratégias de relaxamento muscular e/ou respiratório; manejo da raiva; e reestruturação cognitiva para reduzir ansiedade e/ou estados de humor depressivo. Outras habilidades consideradas importantes foram a identificação de situações de alto risco de recaída, como, por exemplo, doença familiar, formatura de um filho, ou seja situações em que esteja sentindo-se deprimido e que venha a reforçar crenças que facilitam o uso. Ações para incentivar o aumento de frequência de atividades, principalmente atividades agradáveis, foram usadas como estratégias para mudança de estilo de vida, além de estímulos para participar de novos grupos sociais.

As hipóteses foram de que o treinamento de habilidades sociais seria eficaz no tratamento desse transtorno; que ocorreria a abstinência, definida como remissão pela Classificação Internacional de Doenças - CID10, como sua meta final. Além disso, outras hipóteses foram que o comportamento adictivo é funcionalmente associado a déficits de habilidades de enfrentamento de situações problemáticas do cotidiano; e que a aquisição de habilidades para reconhecer e lidar com situações de risco contribuiu para um estado de Remissão Completa Inicial.

O texto abaixo descreve as intervenções realizadas no grupo de acompanhamento, as mesmas basearam-se em um protocolo utilizado no tratamento da dependência de álcool, porém adaptadas para a população em questão.

A primeira sessão serve para introduzir o plano de trabalho, as regras e normas que guiarão o trabalho em grupo, apresentação de cada membro, incluindo um relatório breve de seu problema para propósitos de avaliação. Os objetivos podem ser deixar os pacientes confortáveis, interagindo entre si e sendo aconselhados sobre os princípios gerais do grupo, objetivos, procedimentos e regras. O modelo de prevenção de recaídas pode ser introduzido, bem como o modelo cognitivo e o modelo de treinamento de habilidades sociais.

A segunda sessão pode ser usada para gerenciar pensamentos relativos aos benzodiazepínicos, na qual, através de discussões e exercícios em grupo, pode-se incentivar o uso de pensamentos substitutos para pensamentos sobre esses medicamentos. Pode-se realizar uma matriz de vantagens e desvantagens referentes ao comportamento de usar para tornar mais explícito os benefícios de não usar comparados aos de fazer uso desses fármacos, baseado na experiência prévia de cada membro com o medicamento.

A terceira sessão pode ser dedicada ao desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, reconhecendo que os problemas de fato existem, mas que podem ser resolvidos. O primeiro passo é saber como identificar o problema. Deve-se realizar um *brainstorm*, no qual soluções diferentes, mesmo aquelas que são aparentemente estranhas, são propostas. Os prós e contras de cada solução devem ser

objetivamente analisados, e uma hierarquia deve ser estabelecida, na qual a alternativa mais promissora é selecionada e usada. Se funcionar e resolver o problema, então é suficientemente bom; se não, o item seguinte deve ser usado, depois o próximo, e assim sucessivamente. Técnicas de dramatização e discussão de grupo também podem ser usadas.

As sessões subseqüentes podem ser inicialmente usadas para o treinamento de habilidades sociais, com o objetivo de desenvolver as habilidades básicas de comunicação com base na consideração de que o diálogo é o primeiro passo no estabelecimento de relações interpessoais. Com o objetivo de estabelecer o início de um diálogo, deve-se iniciar com um tema que favoreça uma resposta, fazendo perguntas "abertas". Essas perguntas sempre incluem advérbios, como *quando, desde quando, onde, o que, como, por que* etc. A resposta será mais longa, o que pode favorecer a identificação de possíveis experiências em comum. Técnicas de comunicação recomendam que as pessoas falem sobre si mesmas, descrevendo fatos e experiências em suas vidas para favorecer a descoberta de identidades ocasionais entre os falantes. É extremamente importante manter o foco no desenvolvimento da escuta e da observação. O diálogo pode ser encerrado educadamente, deixando os integrantes com um sentimento de que foi agradável conversar com ela. Os obstáculos que podem prejudicar uma comunicação eficiente em cada um precisam ser identificados, de forma que possam ser superados.

Na primeira sessão na qual o *treinamento assertivo* foi iniciado realizou-se após o fortalecimento de habilidades sociais básicas. Essas habilidades tiveram o intuito

de ensinar o paciente a aprender a expressar os próprios sentimentos de forma direta, honesta e apropriada, falando clara, firme e decididamente, estabelecendo contato visual e usando enunciados na primeira pessoa ("Eu" prefiro quando você age assim; "Eu" não gosto quando você grita comigo, etc.). Com o uso de dramatizações, debates e exercícios, os membros do grupo aprenderam a dizer "não" e a sugerir alternativas. Eles também aprenderam a solicitar mudanças no comportamento de outras pessoas, caso elas insistam em invadir seus espaços gerando, dessa forma, ansiedade. Outras sessões nesta área tiveram como foco ofertar e receber elogios, receber críticas de outras pessoas, criticar outras pessoas, evitar e ser resistente ao comportamento de usar os medicamentos em situações corriqueiras, etc.

Sessões subseqüentes foram utilizadas para melhorar relacionamentos interpessoais, com o objetivo de desenvolver habilidades para enfrentar dificuldades e conflitos que ocorrem no contexto de relacionamentos. Para estabelecer uma comunicação efetiva, é extremamente importante combinar habilidades, como ser assertivo, demonstrar conhecimento de como lidar com sentimentos positivos, fazer e receber críticas construtivas sobre os comportamentos perturbadores de outras pessoas antes que sentimentos negativos se acumulem, elogiar e receber elogios, ouvir ativamente. Ser um ouvinte dinâmico ajuda a construir proximidade, apoio e compreensão. Falar diretamente com as pessoas, de forma que ele(a) saiba o que você pensa, sente e quer. Enfatizou-se algumas habilidades pessoais, como expressar sentimentos empática e assertivamente, habilidades de discussão ou negociação, além de resolução de conflitos e problemas, mudança pessoal e ajuda (para fazer os outros

mudarem). Generalização e transferência para situações cotidianas dependeram do entendimento e treinamento consistentes de cada um para atingir este objetivo.

A importância da comunicação não-verbal sempre foi apontada durante os grupos, uma vez que deve haver uma correspondência entre comportamento verbal (*o que é dito*) e não-verbal (*como é dito*). Para tanto, os diferentes componentes do comportamento não-verbal devem ser discutidos: postura, espaço (distância) entre as pessoas e perante a vida, contato visual, sinais com a cabeça, expressão facial, tom de voz, gestos e mímica. Foram utilizados no decorrer dos atendimentos grupais, dinâmicas, dramatizações, poesia, música, filmes.

Utilizou-se, também, o treinamento de relaxamento muscular e respiratório, além do uso de técnicas imaginárias, considerando que muitos pacientes utilizam a automedicação para relaxar e controlar tensões, estresse e ansiedade. É importante aprender a estar consciente das tensões corporais e aprender a relaxar, tensionando e relaxando grupos musculares. Esse relaxamento muscular progressivo vem sendo amplamente usado em TCC. Exercícios de relaxamento muscular foram realizados em grupos, e exercícios de técnicas imaginárias de visualização positiva. Outro tipo de relaxamento foi treinado nesta sessão, exercícios de técnica respiratória, descritos como respiração diafragmática, como aqueles realizados em ioga e/ou aulas de meditação.

Com relação ao aprendizado de técnicas intrapessoais, as primeiras tiveram como foco a prevenção de tristeza e humor depressivo, já que esses são os principais fatores relacionados a recaídas. Portanto, aprender a discriminar estímulos que causam esses sentimentos e saber como funcionar sob o efeito dessa emoção é muito

importante. Assim, vale a pena tentar definir a tristeza e humor depressivo e apontar seus efeitos positivos e negativos. Foi essencial discriminar quais situações causam tais emoções, direta ou indiretamente, e quais respostas a manifestam (reações internas). É muito importante enfatizar que esse estado de humor, como qualquer emoção, tem um período de duração, e que, com o passar do tempo, ela necessariamente será reduzida. Neste sentido, deve-se primeiro explicar que a primeira coisa que uma pessoa pode fazer quando sente-se dessa forma é não fazer *nada*. Em segundo lugar, a pessoa deve iniciar a respiração diafragmática. Em terceiro lugar, elas devem refletir sobre a interpretação feita do fato que pode estar originando tristeza para verificar se é uma avaliação correta, se há distorções ou se outras interpretações podem ser oferecidas. Finalmente, se a pessoa já se acalmou, ela pode começar a falar assertivamente sobre o problema consigo mesma. Situações que causam tristeza em membros do grupo sempre foram analisadas durante esse processo, questionar tais crenças perante uma situação de estresse ou angústia é uma forma de ajudar os membros do grupo a aprender a manejar seus sentimentos e comportamentos de maneira segura e autosuficiente e, principalmente auxilia na elaboração de uma nova crença.

Durante as sessões de grupo, os participantes atingiram reversões de pensamentos negativos, resultado obtido através do relato verbal dos pacientes. Aprender a identificar pensamentos negativos ou pessimistas é importante para mudá-los e ser mais capaz de perceber como eles influenciam nossos sentimentos. Ser capaz de aprender a reestruturar esses pensamentos substituindo-os por outros pensamentos mais realistas é útil e necessário para combater sentimentos tristes disfuncionais e

encontrar formas de lidar com emoções negativas decorrentes de eventos reais negativos, que são outra forma de recaída. Portanto, essa habilidade foi incorporada através de exercícios práticos usando planilhas de registro em cartazes e no quadro branco para pensamentos disfuncionais e dramatizações em grupo. Em alguns momentos se fez necessário tentar alterar crenças irracionais e irrealistas dos participantes, substituindo-as por crenças mais realistas.

Semanalmente, ocorre uma revisão da prevenção de recaídas e dos modelos cognitivos (pensamentos automáticos e crenças), do treinamento de habilidades sociais (assertividade, comportamento não-verbal, receber e fazer críticas, negociação) e da importância da empatia nos relacionamentos. O treinamento de relaxamento é praticado em algumas sessões, bem como o treinamento de resolução de problemas. Destina-se uma atenção especial ao manejo de sentimentos como raiva, medo, tensão, angústia, insegurança, tristeza e alegria.

Salienta-se durante as sessões o aumento de atividades agradáveis com o objetivo de incentivar a importância da quantidade de tempo dedicado ao lazer e a atividades que oferecem prazer é uma forma de evitar pensamentos negativos. Tentativas de desenvolver uma variedade de atividades agradáveis e desejos antes nunca permitidos. Utiliza-se o quadro branco para listar tais projetos, enfatizando a identificação de obstáculos. O aumento da rede de apoio social é um objetivo necessário para adquirir e manter relacionamentos interpessoais que podem fornecer o apoio para que um indivíduo se sinta mais confiante em suas habilidades. Tentar identificar como as interações podem ser uma fonte de apoio.

No decorrer desta experiência, observou-se a importância de prestar alguma atenção a planos emergenciais para uma variedade de situações de estresse que podem surgir de maneira inesperada e incluir estratégias para resolvê-las. Além disso, é necessário lidar com problemas persistentes, considerando as mudanças ocorridas desde que o grupo foi formado e identificando problemas que ainda estão presentes.

Sessões com foco em um diálogo sobre prevenção de recaídas são utilizadas para aumentar a consciência de que percepções errôneas da realidade resultam em decisões (aparentemente) irrelevantes, mas que podem causar recaídas. É importante destacar a capacidade de pensar sobre cada escolha, antecipando riscos e analisando as recaídas e decisões aparentemente irrelevantes que podem ter levado a elas. Uma análise do tratamento é por vezes realizada com intuito dar e receber um *feedback* e, dessa forma, produzir mudanças.

Observa-se neste grupo, que alguns integrantes, conseguiram deixar de fazer uso dos medicamentos supracitados. Pelo menos, 6 dos 17 pacientes estão em abstinência. Nota-se que eles adquiriram um juízo crítico a respeito da doença, além de maior autocontrole perante o uso. Salienta-se que a maioria dos pacientes alcançaram maior qualidade de vida e percebem grupo como um espaço para aliviar as tensões e angústias, o que torna a busca por abstinência um objetivo secundário, mas não menos importante.

CAPÍTULO III

Conclusões

O trabalho com indivíduos que tenham problemas de abuso de benzodiazepínicos é geralmente muito gratificante, e talvez seja por isso que é estimulante. Ao lidar com pacientes adictivos, é importante para o terapeuta estar "focado", tentando sempre demonstrar esperança e confiança no processo de mudança através de reforçamento, mas ao mesmo tempo, não exercendo quaisquer formas de pressão. Enquanto os terapeutas devem oferecer *feedback*, educação, técnicas e apoio a seus pacientes, eles não podem assumir a responsabilidade pelos problemas dos pacientes. Os terapeutas devem sempre tentar permanecer calmos numa situação de crise e auxiliar o paciente na resolução de seu problema, sabendo que não devem resolver as crises para seus pacientes.

O uso de benzodiazepínicos embora esteja entre as drogas mais utilizadas no mundo, ainda não recebeu um olhar crítico perante seu uso tanto por parte da sociedade civil quanto dos profissionais atuantes. Infelizmente existe pouca literatura em relação ao tratamento desta dependência em específico, o que dificulta programas de prevenção. Embora seja notável a evolução positiva desses pacientes após participarem do grupo de acompanhamento baseado em terapia cognitiva e comportamental, serão necessárias pesquisas estruturadas para validar a abordagem para os problemas de uso, abuso e dependência de medicamentos controlados

Referências

- American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4 ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Carlini EA, Galduroz JCE, Noto AR, Nappo SA. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Páginas e Letras; 2005.
- Cordioli AV. Psicofármacos: consulta rápida. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.p.102-5, 352-5
- Cordioli AV, Psicoterapias abordagens atuais. Porto Alegre: Artemed, 1998. 2. Ed.
- Cordeiro DC. Hipnóticos e barbitúricos. In Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica a prática clínica. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 247-9
- Gorenstein C. Os benzodiazepínicos são realmente inócuos? Rev ABP-APAL 1993;5(4):153-4.
- Junior EL. Dependência Química. In Knapp P, Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Knapp P, Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- Laranjeira R. O uso racional de benzodiazepínicos. Jornal da Associação Médica Brasileira, São Paulo, dez. 1995. p. 5.
- Laranjeira R, Castro LA. Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In: Bernik MA editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 187-98.
- Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001.
- Nastasy H, Ribeiro M, Marques ACPR. Projeto diretrizes: abuso e dependência dos benzodiazepínicos. São Paulo: Associação Médica Brasileira; 2002.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross J. In search of how people change. *Am Psychologist*. 1992;47(9):1102-14.

Range B. Terapia cognitiva. In Cordioli AV, Psicoterapias abordagens atuais. Porto Alegre: Artemed, 1998. 2. Ed.

Silva JA. História dos Benzodiazepínicos. In: Bernik MA, editor. Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência. São Paulo (SP): Edusp; 1999. p. 15-28.