



ARTIGO DE REVISÃO

## **Métodos cognitivos e comportamentais para quando o paciente não está disponível para parar de beber**

**Cognitive and behavioral methods when the patient is not available to stop drinking**

**Métodos cognitivos y conductuales para cuando el paciente no está disponible para dejar de beber**

*Samuel Pombo<sup>a,b</sup>*

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica – Lisboa – Portugal.

<sup>b</sup> Hospital de Santa Maria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Lisboa – Portugal.

DOI 10.5935/2318-0404.20200003

**Instituições:** Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica – Lisboa – Portugal.

Hospital de Santa Maria, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental – Lisboa – Portugal.

### **Resumo**

As orientações para a prática clínica dos Transtornos Relacionados ao Álcool (TRA) preconizam que a avaliação dos pacientes deve ser efetuada desde logo sob os princípios da abordagem motivacional e que devem ser disponibilizadas intervenções psicológicas baseadas na terapia cognitivo-comportamental para prevenção da recaída ou treinamento do beber “moderado” (quando apropriado), que possam ser combinadas com fármacos. Considerando que existem poucas evidências sobre o que fazer quando os pacientes não estão preparados para parar totalmente de beber ou no período que antecede o início de um programa de desintoxicação medicamentosa assistida, esta revisão incidu sobre os vários métodos comportamentais e cognitivos que podem ser aplicadas

nos casos em que a cessação total do consumo do álcool não se coloca como objetivo terapêutico imediato. As seguintes abordagens foram apresentadas: método BRENDA, Intervenção Comportamental para Preparação da Abstinência, Método Comportamental de Extinção de *Sinclair*, Experiência de um Mês de Abstinência e as Técnicas de Moderação/Controle. Foram discutidos e caracterizados vários métodos comportamentais que permitem repensar radicalmente os tratamentos tradicionais para o TRA.

**Palavras-chaves:** Métodos comportamentais; Psicoterapia; Transtornos Relacionados ao Álcool; Beber

## Abstract

Guidelines for the clinical practice of alcohol use disorders (AUD) suggest that patient assessment should be carried out immediately under the principles of the motivational approach and that psychological interventions based on cognitive behavioral therapy should be available to prevent relapse or “moderate” (when appropriate) drinking, which can be combined with medication. Given that there is little evidence on what to do when patients are not fully prepared to stop drinking or in the period preceding the start of a medically assisted detoxification program, this review focused on the various behavioral and cognitive methods that may be applied in cases where the total cessation of alcohol consumption is not an immediate therapeutic goal. The following approaches were presented: the BRENDA method, Behavioral Intervention for Abstinence Preparation, Sinclair’s Behavioral Extinction Method, One Month Abstinence Experience and the Moderation/Control Techniques. Several behavioral methods have been discussed and characterized allowing a radical rethinking of traditional treatments for AUD.

**Keywords:** Behavioral methods; Psychotherapy; Alcohol use disorders; Drinking

## Resumen

Las orientaciones para la práctica clínica de las perturbaciones del uso del alcohol (PUA) preconizan que la evaluación de los pacientes debe ser efectuada desde el principio bajo los principios del abordaje motivacional y que deben ser disponibles intervenciones psicológicas basadas en la terapia cognitivo-conductual para prevenir la recaída o entrenar el beber “moderado” (cuando sea apropiado), las cuales pueden ser combinadas con fármacos. Teniendo en cuenta que hay pocas evidencias sobre qué hacer cuando los pacientes no están preparados para parar totalmente de beber o en el período anterior al inicio de un programa de desintoxicación médicamente asistida, esta revisión se centró en los diversos métodos conductuales y cognitivos que pueden ser aplicados en los casos en que el cese total del consumo de alcohol no se plantea como objetivo terapéutico inmediato. Se presentaron los siguientes enfoques: método BRENDA, intervención conductual para la preparación de la abstinencia, método de extinción conductual Sinclair, Experiencia de un mes de abstinencia y técnicas de moderación/control. Se discutieron y caracterizaron varios métodos comportamentales que permiten repensar radicalmente los tratamientos tradicionales para las PUA.

**Palabras clave:** Métodos conductuales; Psicoterapia; Trastorno de uso del alcohol; Beber

## Introdução

Os Transtornos Relacionados ao Álcool (TRA) e os Transtornos Aditivos (TA) definem patologias do comportamento com um curso clínico heterogêneo<sup>1</sup>. Historicamente, o seu tratamento tem sido caracterizado pela prescrição de abstinência total (desintoxicação), seguido de uma abordagem de prevenção de recaída relativamente “forçada”. Por exemplo, por meio de uma estadia num ambiente terapêutico de maior controle comportamental “externo” (clínicas ou comunidades terapêuticas) ou através da utilização de medicamentos aversivos<sup>2</sup>. Embora os tratamentos orientados para a abstinência possam ser úteis para muitos pacientes com TRA (pe., com dependência física), outros não obtêm qualquer tipo de ajuda porque os modelos tradicionais parecem não se adequar aos seus padrões de consumo ou aos seus objetivos terapêuticos. Ocorre uma relutância em procurar ajuda porque se teme ser envolvido num tratamento que não corresponde à visão do que é necessário<sup>3</sup>. Em outras situações, o afastamento do sistema terapêutico tem a ver com o receio deserotulado de “alcoólatra”, o qual parece ser o principal fator a adiar ou a obstruir a procura de ajuda para as TRA<sup>4,5</sup>. Na verdade, catalogar o paciente de “alcoólatra” como condição para receber tratamento ou recomendar abstinência total é, na maioria das vezes, apenas uma garantia de maior resistência à mudança e ao tratamento.

A este propósito, e de acordo com as *guidelines* do *National Institute of Health and Clinical Excellence* para a prática clínica no âmbito dos TRA e TA, recomenda-se como princípios gerais de intervenção: efetuar uma intervenção motivacional logo como parte integrante da avaliação inicial, em que esta deve conter os elementos de entrevista motivacional; disponibilizar intervenções para promover a abstinência, prevenir a recaída ou beber moderadamente (quando apropriado); para os indivíduos com dependência moderada propor inicialmente uma intervenção psicológica (por ex., terapias cognitivo-comportamentais); para indivíduos dependentes que tenham um parceiro(a) regular que está disposto a participar no tratamento, sugerir terapia de casal; para indivíduos com TRA que não tenham respondido às intervenções psicológicas, ou que especificamente solicitaram uma intervenção farmacológica, considerar a introdução de acamprosato ou naltrexona oral em combinação com uma intervenção psicológica e para indivíduos com dependência grave, considerar tratamento médico especializado<sup>6</sup>. No essencial, assume-se que a abstinência absoluta não é condição *sine qua non* para se receber tratamento e se recomenda que se deva ter em consideração todo um vasto leque de intervenções terapêuticas para além das abordagens clássicas para tratar os TRA, sendo os objetivos terapêuticos aferidos em razão da gravidade do caso, do subtipo clínico de adição e da motivação do indivíduo<sup>7,8</sup>.

A terapia psicológica para os TRA e TA visa genericamente resolver a ambivalência, melhorar o reconhecimento e o controle dos estímulos associados ao consumo de álcool e o *craving* (“fissura”), reduzir os danos relacionados ao álcool e prevenir a recaída. As técnicas terapêuticas devem ser fornecidas no contexto de uma aliança terapêutica bem desenvolvida numa terapia que se quer estruturada e orientada por objetivos<sup>7</sup>.

O modelo cognitivo-comportamental, muitas vezes aludido como uma abordagem mais diretiva, concentra-se nos padrões disfuncionais de pensamento e comportamento. Ao longo dos anos, as abordagens cognitivas e comportamentais para os TRA têm demonstrado evidência científica da sua eficácia, designadamente as intervenções de inspiração motivacional, treino de competências sociais e a prevenção de recaída<sup>2,9,10</sup>.

As taxas de adesão aos tratamentos comportamentais para os TRA que requerem abstinência total ao álcool são preocupantes<sup>12</sup>. Para além disso, no contexto clínico parece existir uma divergência de interesses entre pacientes com TRA e profissionais de saúde mental, relativamente ao apoio psicoterapêutico. Enquanto os profissionais de saúde mental estão mais engajados em disponibilizar terapias psicológicas com os pacientes abstinentes<sup>9,12</sup>, é disso exemplo o modelo de prevenção da recaída *Marlatt* e *Gordon*<sup>9</sup>, algumas evidências sugerem que a receptividade dos pacientes para apoio psicoterapêutico após a abstinência do álcool é limitada<sup>11</sup>. Num estudo verificou-se que a maioria dos pacientes que procuraram tratamento para os TRA não consideravam a necessidade de tratamento nem apoio psicológico após a desintoxicação do álcool e que mais de 40% dos que completaram a desintoxicação não iriam participar em algum tipo de intervenção pós-desintoxicação<sup>11</sup>. Estes dados permitem pensar que, efetivamente, o contacto terapêutico com o paciente desintoxicado ou abstinente é incerto (muitos abandonam o tratamento<sup>12</sup>) e que o período em que este usa álcool parece ser bem mais importante do que se poderia esperar, não devendo ser desperdiçado com o: “procure-me só quando estiver motivado para parar de beber!”. Deste modo, a questão que se coloca é: o que fazer quando o paciente com TRA procura ajuda mas não quer parar de beber? ou não está ainda preparado para tomar uma decisão de abstinência total do álcool? Que abordagens ou técnicas comportamentais se devem utilizar? A este propósito, a literatura já disponibiliza alguns métodos comportamentais que permitem repensar radicalmente os tratamentos tradicionais, os quais se apresentam como menos intrusivos, restritivos e dispendiosos, mais apelativos aos pacientes e obviamente com provável bom resultado, por exemplo, com um efeito protetor para a saúde<sup>6,11,13</sup>.

Neste artigo pretende-se fazer uma revisão dos métodos comportamentais utilizados no uso nocivo e nos TRA para quando os pacientes não planejam parar de beber ou ainda não estão disponíveis para essa decisão.

## **Metodologia**

O presente artigo de revisão da literatura incide sobre várias abordagens motivacionais, cognitivas e comportamentais, adequada aos TRA e TA, e que podem ser utilizadas quando o paciente não está abstinente do consumo do álcool, não planeja ou não manifesta uma intenção formal de parar de beber. Importa referir que esta revisão não tem como objetivo apurar exaustivamente todas as abordagens psicossociais disponíveis na literatura para os TRA mas sim apresentar, com rigor descritivo, algumas das abordagens comportamentais inovadoras para os TRA, desenhadas especificamente para o período ativo de consumo do álcool, já com algum respaldo científico. Em complemento, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que abrangeu as seguintes bases de dados eletrónicas e motores de busca: *Cochrane library*, *Medline (Pubmed)*, *Scienccdirect*, *Web*

of Knowledge, PsycINFO, PsycARTICLES, EBSCO PUBLISHING e Scielo (Scientific Electronic Library Online). A estratégia de pesquisa combinou os seguintes descritores/headings pré-definidos (Medical Subject Headings, MeSH) e outros termos importantes: “Behavioral Interventions”, “Counseling interventions”, “Alcohol use disorders”, “Alcohol dependence”, “Drinking”. Além de artigos publicados em revistas científicas, incluiu-se também a literatura publicada em livros ou jornais disponíveis comercialmente. Também foi analisada as listas de referências bibliográficas dos artigos identificados por esta investigação. Esta revisão oferece citações representativas em vez de completas. Artigos que contemplavam abordagens psicológicas comportamentais ajustadas para pacientes em período de abstinência do álcool, nomeadamente prevenção da recaída, foram excluídos da análise.

## Resultados

Serão analisadas em detalhe 5 abordagens comportamentais: 1. Intervenção Comportamental para Preparação da Abstinência, 2. Intervenção Motivacional BRENDA, 3. Método Comportamental de Extinção de Sinclair, 4. Técnicas de Moderação e Controle do Consumo do Álcool e 5. Experiência de um Mês de Abstinência.

### 1. Intervenção Comportamental para Preparação da Abstinência (ICPA)

A ICPA<sup>11,14,15,16</sup> é uma abordagem apropriada para um subtipo de pacientes que apresentam uma dependência do álcool com sintomatologia de privação física<sup>1,14</sup> mas que não vão iniciar de imediato uma desintoxicação do álcool medicamente assistida. Este modelo pode ser aplicada enquanto o paciente aguarda uma desintoxicação em ambulatório ou um internamento hospitalar. Tem como objetivo terapêutico preparar o paciente para parar futuramente o consumo do álcool. Este novo paradigma de tratamento reconhece as evidências que mostram o efeito adverso que a desintoxicação medicamente assistida poderá ter no funcionamento cognitivo<sup>17,18</sup>, o papel protetor limitado que a medicação usada na desintoxicação tem<sup>18,19</sup> e a limitada participação dos pacientes desintoxicados em programas de prevenção de recaídas<sup>11</sup>. Repetidas tentativas de desintoxicação podem ter um impacto negativo no funcionamento cognitivo. Este fato pode explicar a deterioração cognitiva evidente nos pacientes que tem um padrão de consumo pouco estável com frequentes alternâncias entre intoxicações e interrupções abruptas do álcool. Deste modo, a ICPA concentra-se na estabilização da quantidade e do padrão de consumo do álcool e nas mudanças de estilo de vida, de forma a recuperar o controle parcial sobre o consumo de álcool e preparar um plano posterior de desintoxicação. É uma abordagem que, para além de preparar o indivíduo para a desintoxicação, propõe-se a ajudar o paciente a alcançar e sustentar a abstinência. Por via da estabilização do padrão de consumo, permite ao paciente recuperar o controle parcial sobre o processo de tomada de decisão envolvido no uso do álcool<sup>20,21</sup> e ganhar a confiança (autoeficácia) previamente perdida pelo processo mantido de falta de controle sobre a substância.

A tabela 1 apresenta os resultados de uma avaliação clínica longitudinal do modelo ICPA<sup>15</sup>.

**Tabela 1** – Médias e desvios-padrão de três variáveis de *outcome* clínico no início e fim do tratamento e após um mês de *follow-up*.

	Início	Fim	Follow-up
	N M (DP)	N M (DP)	N M (DP)
SADQ	35 32.03 (12.76)	32 25.91 (13.69)	35 10.83 (10.37)
AUQ	34 37.06 (13.74)	33 26.33 (11.81)	35 11.09 (5.96)
DTC	35 250.29	34 399.41	35 745.71

Legenda: N (Número); M (Média); DP (Desvio-Padrão); SADQ (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire); AUQ (The Alcohol Urge Questionnaire); DTC (Drug Taking Confidence Questionnaire). O dados revelaram que os pacientes pontuaram significativamente melhor após o tratamento e continuaram a melhorar no seguimento do primeiro mês<sup>15</sup>.

A abordagem solicita que o doente estabilize e tente controlar o seu consumo: “hoje vamos discutir e explorar formas de estabilizar e controlar o seu consumo do álcool por um curto período de tempo enquanto se prepara para parar de beber” (Mensagem: Use o álcool como se fosse “medicação”). Se explora os sintomas associados ao consumo do álcool mais difíceis de o paciente lidar. O objetivo deste exercício é preparar os pacientes para entender o conceito de controle e estabilidade e como os sintomas serão reduzidos através do consumo do álcool. Se discute também a importância da estabilidade e do controle. Se explica que a redução será apenas segura e produtiva num contexto de estabilização do consumo e que reduções maiores impróprias levam na maioria das vezes a um aumento do consumo de álcool e a um malefício geral. Para estabilizar o consumo, se introduz regras como: evitar flutuações e reduções heroicas, ter tempos de beber estáveis, fazer redução por etapas, melhorar a hidratação e a nutrição. Podem igualmente ser sugeridas estratégias de controlo do consumo (ver tabela 2).

Se perspetiva a interrupção do consumo sem compromisso definitivo e se explora o “vazio” que ficará quando o álcool for descontinuado (Como acha que se vai sentir?). Seguidamente se deve abordar as várias formas de lidar com esse “vazio”.

A mensagem-chave de que o paciente JÁ ESTÁ EM TRATAMENTO deve ser reforçada. Diga-lhe: “O seu processo já começou, já se está a desintoxicar ao estabilizar e reduzir o seu consumo”. Se recomenda também que o paciente seja alertado para os riscos da abstinência de álcool e explicado o que é uma desintoxicação e a importância de preparar a desintoxicação: na privação o cérebro permanece hiperativo e superexcitado, o que é tóxico para o cérebro. Desintoxicações repetidas tornam a pessoa menos capaz de lidar com o estresse e os períodos de abstinência se tornam cada vez mais curtos e as recaídas por mais tempo e mais graves<sup>17,18</sup>.

**Tabela 2** – Estratégias para recuperar o controle do consumo.

- 
- Mantenha um diário de consumo
  - Defina uma hora “não vou beber antes...”
  - Faça a bebida durar
  - Não consuma álcool para anular a sede. Comece com um refrigerante.
  - Mude a bebida para algo com menor graduação
  - Mantenha-se ocupado entre as bebidas programadas
  - Mantenha e repita as atividades que o ajudam a manter seu ritmo de beber estável
  - Evite frequentar os lugares onde bebe mais
  - Coma antes de sair para beber
  - Não beba “em rodadas”
- 

## 2. Intervenção motivacional BRENDA

A abordagem BRENDA<sup>22,23,24</sup> (\*acrônimo abaixo) nasceu como abordagem psicossocial expressamente desenhada para apoiar a eficácia de certos medicamentos antagonistas opióides, os quais podem ser usados em uma perspectiva comportamental de “redução de danos”<sup>2,20</sup>. Na prática clínica, os componentes da abordagem BRENDA integram atualmente as orientações e as boas práticas do tratamento dos TRA e TA<sup>6</sup>. Se aconselha uma intervenção motivacional ao longo do todo o acompanhamento terapêutico, desencorajando claramente o uso de métodos confrontativos e punitivos. Esta abordagem está particularmente indicada para os casos de uso nocivo do álcool ou com uma dependência moderada.

A abordagem BRENDA define 6 etapas:

**B (*Biopsychosocial evaluation*)** – embora a avaliação deva ser por definição abrangente, muitas vezes, ela acaba por incidir tendencialmente na componente biológica. Este modelo contempla uma avaliação integrada recorrendo ao modelo biopsicossocial. Embora possa incluir evidentemente uma história clínica detalhada e a pesquisa de marcadores bioquímicos, destaca também uma avaliação criteriosa da condição psicológica e social do paciente. A avaliação da saúde psicológica e do funcionamento social é importante em uma variedade de condições médicas, e isso é especialmente verdadeiro para os TA. Por exemplo, a comorbilidade psiquiátrica é bastante comum<sup>25</sup>.

**R (*Report to the patient on assessment*)** – a devolução da informação resultante da avaliação deve ser efetuada sob os princípios da abordagem motivacional. O clínico não deve se servir dos dados clínicos para fortalecer a argumentação e endurecer o confronto. O confronto e a argumentação excessiva são

contraproducentes e conduzem o paciente a um estado defensivo de maior intensidade, aumentando assim a sua resistência e diminuindo a probabilidade de mudança. É de um ambiente acrítico e de apoio que se proporciona um espaço para a mudança natural ao invés da imposição. A argumentação e confronto imprimem uma luta de poder infrutífera. No sentido de prevenir ou reverter esta interação potencialmente nociva, o clínico deve saber tolerar e compreender as “resistências” dos pacientes<sup>24</sup>. Se sugere que a informação da avaliação deve ser devolvida ao paciente à medida que se vai aferindo a reação imediata a essa comunicação. Isso permitirá ao clínico, em modo de conversação, ajuizar o estágio motivacional. O diagnóstico também deve ser comunicado de uma forma motivacional. Procurando, por exemplo, qual o termo que o paciente melhor aceita para caracterizar o seu problema (“bebedor compulsivo”), podendo até utilizar expressões do próprio discurso do paciente. Caso contrário será rejeitado (exemplo: “alcoólatra”; “viciado”).

**E (*Empathic understanding of the patient’s problema*)** – postula a compreensão empática do problema do paciente, não apenas de uma forma conceitual do próprio (clínico), mas sim de uma forma interventiva. Ou seja, o clínico deve formular verbalizações, gestos empáticos que comunicam ao paciente que o está a compreender (“vejo que está frustrado por não ter conseguido o que queria”...). A expressão empática é sustentada pelos princípios da aceitação incondicional, respeito e escuta reflexiva. A empatia traduz um processo de escuta reflexiva que clarifica e amplia a experiência pessoal do paciente, sem impor a opinião pessoal do terapeuta. Permite a compreensão fundamental da experiência vivencial do paciente, respeitando a sua autonomia e liberdade de escolha. Por exemplo, ser empático é ter uma atitude de validação das emoções negativas que normalmente aparecem num encontro terapêutico marcado pela zanga, humilhação, ressentimento ou ansiedade<sup>26</sup>.

**N (*Needs expressed by the patient that should be addressed*)** – reconhece que as necessidades individuais dos pacientes devem ser respeitadas e identificadas colaborativamente na consulta. Isso pode ser feito abordando a ambivalência típica dos pacientes com TA. Normalmente os pacientes comparecem no contexto clínico (hospitalar ou de cuidados de saúde primários) em registo de ambivalência face à mudança, e num duelo motivacional interno entre os custos e os benefícios de mudar. Há uma dissonância entre o “querer” e as “necessidades” (ganhos do consumo). Exemplo: o paciente até pode aceitar que tem um problema, mas... existe a crença de que o problema é controlável: “Quero parar mas continuo a beber...”.

**D (*Direct advice on how to meet these needs*)** – Oferece todas as opções de tratamento e procura encontrar as melhores intervenções de forma a atender as necessidades específicas do paciente (Opinião/sugestão diretiva). Os objetivos não devem ser impostos unilateralmente pelo clínico. Se negocia o plano de mudança. Isso pode envolver a definição de metas, *brainstorming* sobre opções de mudança, averiguar a viabilidade do plano (“acha que o consegue por em prática?”) etc... A eficácia dos objetivos será superior se os objetivos foram pessoalizados, ou seja, incorporando as motivações pessoais do paciente. Se considera todas as abordagens psicológicas e farmacológicas disponíveis<sup>6</sup>.

**A (*Assessing and adjusting treatment*)** – preconiza o acompanhamento longitudinal do paciente

tendo como orientador a flexibilidade. Para o efeito, o clínico deve conferir ao longo de todo o processo a multiplicidade de respostas e comportamentos do paciente às suas sugestões e ajustar o tratamento sempre que necessário. O processo de revisão pode ocorrer periodicamente ao longo de várias semanas ou meses e consiste fundamentalmente numa reavaliação dos problemas, reforço de qualquer mudança positiva (por mais pequena que pareça ser) e avaliação dos objetivos com eventual redefinição de metas, se necessário.

### 3. Método comportamental de extinção de *Sinclair*

O Método comportamental de extinção de *Sinclair*, ou método *Sinclair*, como é vulgarmente conhecido, é um método de extinção comportamental farmacológica que tem como objetivo terapêutico a redução do consumo do álcool<sup>27</sup>. Dado que se acredita que o reforço positivo do álcool é essencialmente mediado pela libertação de endorfinas – opióides endógenos, ao se bloquear com um medicamento antagonista opiáceo esses receptores, diminuímos supostamente o reforço positivo do álcool. Diminuindo o reforço, o comportamento diminui e irá se extinguir com o tempo. Por outras palavras, se extingue a relação entre prazer e beber.

O método comportamental é o seguinte: se prescreve um medicamento antagonista opióide para o paciente tomar antes de beber. Em seguida, o paciente é instruído para tomar o medicamento um pouco antes de tomar uma bebida (1 hora), devendo continuar a beber como habitualmente. Se o paciente aderir, o autor sugere que as suas taxas de consumo normalmente diminuirão ao longo de vários meses para taxas normais ou abaixo das taxas normais de consumo social. Não haverá necessidade de desintoxicação, porque a desintoxicação ocorrerá de forma natural e gradual (e, portanto, com segurança) durante um período de meses<sup>27</sup>. Existem 3 paradigmas clínicos em que este método comportamental de extinção pode ser aplicado: 1. quando a desintoxicação não é necessária, 2. em modo extinção seletiva – usado apenas antes dos episódios expectáveis de consumo e 3. tratamento indefinido (abordagem “redução de danos”). Esta intervenção comportamental apenas poderá ser conduzida por profissionais médicos.

### 4. Técnicas de moderação/controle do consumo do álcool

Embora controverso<sup>28</sup>, a literatura tem mostrado que, em alguns casos, o controle do uso do álcool pode ser um objetivo alcançável em indivíduos com TRA<sup>29,30</sup>. Os resultados do tratamento de um ano foram relatados em 70 dependentes do álcool do sexo masculino que foram incluídos num projeto que envolvia várias técnicas da “terapia do comportamento”. Os achados apoiaram a visão de que alguns pacientes podem adquirir e manter um comportamento controlado de uso do álcool durante pelo menos um período de acompanhamento de 1 ano<sup>31</sup>. Posteriormente, um estudo em 70 bebedores-problema, em tratamento cognitivo-comportamental direcionado ao consumo controlado, veio confirmar os mesmos resultados aos 6 meses e 2 anos<sup>32</sup>.

As técnicas de moderação/controle do uso do álcool se aplicam quando o paciente tem como objetivo

terapêutico moderar o uso do álcool. As abordagens de moderação enquadram-se no modelo geral de “redução de danos”, no qual as estratégias de tratamento são planejadas para minimizar os danos associados aos comportamentos aditivos. O treino de moderação é muito diferente de simplesmente encorajar o paciente a “usar o controle”. É uma intervenção que responsabiliza o paciente e o trata como adulto capaz de tomar as suas próprias decisões. O treino de moderação é apresentado ao paciente como uma oportunidade de recolha de informação sobre o problema. Ajudar a descobrir pontos problemáticos ou situações de risco, refletir sobre os limites apropriados do consumo e aprender alternativas que possam ser úteis para apoiar o consumo moderado de álcool. O paciente e o clínico analisam os dados dessa experiência para fazer inferências adequadas sobre as modificações, seja no comportamento ou nos parâmetros de consumo, para que se alcance o objetivo final – beber com maior segurança e sem problemas. O treino passa por definir critérios, regras, limites e ajudar o indivíduo a aprender a beber de forma diferente. Por exemplo: beber mais devagar, espaçar deliberadamente as bebidas, intercalar água ou refrigerantes entre bebidas alcoólicas, ter sempre água ou outra bebida não alcoólica disponível, se fidelizar a uma bebida não alcoólica, evitar beber para matar a sede, diluir o vinho com refrigerantes, optar por cerveja sem álcool, comer antes de beber, renunciar às bebidas destiladas substituindo-as pelas fermentadas, evitar beber em grupo em padrão de “rodada”, não beber vários dias consecutivos, evitar beber em ocasiões emocionalmente complicadas...

## **5. Experiência de um mês de abstinência**

Embora por definição a experiência de um mês de abstinência integre o modelo clínico do treino de moderação do consumo do álcool<sup>29</sup>, parece ser uma boa opção para casos que estão ambivalentes sobre o seu problema com o álcool. Esta abordagem propõe trinta dias de abstinência que visam aprender mais sobre o papel do álcool na vida do indivíduo. O período de abstinência também é útil para desfazer padrões de consumo excessivos, identificar “gatilhos” para beber e exercitar a capacidade para lidar com esses impulsos. Ao se abster, o indivíduo provavelmente experimentará muitas dessas tentações e, ao encontrar formas de lidar com elas, ganhará competências. Para além disso, o período de abstinência de 30 dias diminui a tolerância, de modo a que se indivíduo voltar a beber, terá maior efeito com quantidades menores de álcool.

Quando a abstinência é razoavelmente boa por algumas semanas (como costuma acontecer), a confiança do indivíduo constrói-se e, às vezes, viabiliza mesmo a continuidade da abstinência para além do 1º mês, todavia, em outros casos, esse ganho de autoconfiança pode abalar ou afrouxar o compromisso inicial e possibilitar um deslize. Nesse caso, é preciso uma intervenção imediata para reforçar o propósito e prevenir que o excesso de confiança do indivíduo redunde em uma falta de preocupação com os deslizes frequentes. Na verdade, descobrir que foi inesperadamente fácil fazer os primeiros 30 dias de abstinência pode criar uma ilusão enganadora e até por em causa a continuidade do trabalho clínico. Por exemplo, pode levar o indivíduo a pensar que a facilidade com que conseguiu estar 30 dias abstinente significa que não tem qualquer problema com o álcool.

## Discussão

Porque a prática clínica dos TRA recomenda uma intervenção psicológica estruturada, eventualmente combinada com uma abordagem farmacológica<sup>2,6</sup>, num contexto de grande multiplicidade e heterogeneidade dos TA<sup>1,25</sup>, vários objetivos terapêuticos devem ser preconizados para além da tradicional abstinência estrita. Embora os estudos mostrem que existem intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas eficazes para os TRA<sup>2</sup>, as estatísticas indicam que este transtorno passa geralmente sem tratamento<sup>33</sup>. A percentagem de pacientes que procuram ajuda formal para tratamento é baixa e dos que procuram, muitos desistem prematuramente<sup>34</sup>. O recente relatório *Facing Addiction in America*<sup>35</sup> destaca o fato de que apenas cerca de 1 em cada 10 pessoas com um transtorno por uso de substâncias recebe qualquer tipo de tratamento especializado. Diferentes hipóteses têm sido formuladas para explicar o contato breve, ou inexistente, destes pacientes com o sistema terapêutico. É um fato que a disponibilidade de recursos de tratamento pode ser um fator, mas outra razão parece estar relacionada a generalização de uma abordagem orientada intransigentemente para a abstinência total como único objetivo terapêutico, o que naturalmente desencorajará a procura de ajuda num contexto motivacional em que muitas vezes já é periclitante<sup>36</sup>.

Nesta perspectiva, os objetivos do tratamento devem ser negociados com o paciente e não devem ser impostos unilateralmente pelo clínico. Se deve aferir com o paciente quais os objetivos que ele considera aceitáveis. Os clínicos, por vezes, não têm consciência de que se tornam mais investidos nos objetivos terapêuticos do que os próprios pacientes e tendem a “forçá-los” a aceitar que só aquela solução (abstinência total) permitirá a recuperação plena<sup>37</sup>.

A literatura no âmbito da terapia cognitiva e comportamental para os TA já disponibiliza vários modelos de intervenção testados e validados cientificamente<sup>7,20,21</sup>, no entanto, pouco se sabe sobre o que fazer e que intervenção utilizar antes dos pacientes iniciarem um programa de desintoxicação alcoólica. Nesta revisão foram examinadas 5 abordagens comportamentais: a Intervenção Comportamental para Preparação da Abstinência, a Intervenção Motivacional BRENDA, o Método Comportamental de Extinção de *Sinclair*, as Técnicas de Moderação e Controle do Consumo do Álcool e a Experiência de um Mês de Abstinência. Atualmente, estas metodologias terapêuticas alternativas, mais atrativas e de maior flexibilidade para o trabalho terapêutico, já gozam de suporte científico<sup>14,15,24,27,30</sup> e não são apenas meras suposições ideológicas. Todavia, ostentam também limitações. Estas abordagens devem ter sempre como prioritário a garantia de segurança dos pacientes, particularmente se está presente um diagnóstico de TRA com sintomas de privação físicos severos. Nestes casos, um tratamento medicamente assistido orientado para a abstinência deve ser explicitamente recomendado.

Relativamente ao treino de moderação e controle do consumo do álcool, importa referir que esta intervenção contém riscos, pois o consumo do álcool mesmo no limiar de moderação interfere com a capacidade de decisão e juízo crítico, não devendo ser apropriada para indivíduos que apresentem uma dependência fisiológica do álcool, tenham um problema de saúde que implique abstinência total ou que tenham um padrão autodestrutivo de consumo do álcool. Para além disso, o acordo de controle do consumo do álcool pode ser

ambíguo para alguns pacientes, levando-os enganadoramente a pensar que eles realmente não têm nenhum problema com o álcool na medida em que o conseguem “controlar”. Na verdade, em um paciente com TRA a moderação não é fácil e, na maioria das vezes, é muito mais difícil e requer muito mais trabalho do que a abstinência.

Em suma, os métodos comportamentais não-dirigidos a uma abstinência absoluta podem fornecer uma opção mais realista e atrativa para os indivíduos com TA que questionam a sua capacidade de se privar completamente do álcool. Estas intervenções têm a capacidade de melhorar a qualidade de vida dos pacientes bem como o seu potencial de sobrevivência. Não devem ser encaradas como um fim em si mesmo mas enquadradas numa abordagem gradual de tratamento e facilitação de entrada dos indivíduos no sistema de saúde.

## Referências

1. Pombo S, da Costa NF, Figueira ML, Ismail F, Lesch OM. Multidimensional alcoholism typologies: could they guide clinical practice? Results from a 3-month prospective study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2015, 19(2):137-47.
2. Hester RK & Miller WR. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches.* USA. Pearson Education Inc, 2003.
3. Vannicelli M. Leader Dilemmas and Countertransference Considerations in Group Psychotherapy with Substance Abusers. *International Journal of Group Psychotherapy.* 2001, 51(1):43-62.
4. Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB, Gaskin J. Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addict Behav.* 1994, 19(6):691-6.
5. Grant BE. Barriers to alcoholism treatment: Reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol.* 1997, 58:365-371.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. London: NICE. NICE clinical guideline 115, 2011.
7. Pombo S. Psychotherapy according to the clinical picture of alcohol dependence: what should be done? *International Journal of Psychology and Neuroscience.* 2016, 2 (2):195-215.
8. Witkiewitz K, Litten RZ and Leggio L. Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Sci Adv.* 2019, 5(9): eaax4043.
9. Marlatt GA & Gordon JR. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addiction behaviour.* New York: Guilford Press, 1985.
10. Finney JW, Monahan SC. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol.* 1996, 57:229-243.
11. Kouimtsidis C, Drabble K, Ford L. Implementation and evaluation of a three stages community treatment programme for alcohol dependence. A short report. *DEPP.* 2012, 19:81-83.

12. Mattson ME, Del Boca FK, Carroll KM, Cooney NL, DiClemente CC, Donovan D, Kadden RM, McRee B, Rice C, Rycharick RG, Zweben A: Compliance with treatment and follow-up protocols in project MATCH: Predictors and relationship to outcome. *Alcohol Clin Exp Res* 1998, 22(6):1328-1338.
13. Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult Clin Psychol.* 2000, 68(4):573-9.
14. Kouimtsidis C, Kolli S. Preparation for alcohol detoxification group programme. Service users' evaluation of individual sessions. *Journal of Substance Use.* 2014, 19:184-187.
15. Kouimtsidis C, Charge KJ, Moch J, Stahl D. 2016. Abstinence Preparation Group Intervention for dependent alcohol users. How does it work? Results of a process study. *Journal of Substance Use.* 2017, 22:1-7.
16. Kouimtsidis C. Structured Preparation before Alcohol Detoxification; A Shift from the Current Treatment Paradigm. *J Addict Res Ther.* 2017, 8:326.
17. Duka T, Gentry J, & Ripley T, Borlikova G, Stephens, JN, Veatch LM, Becker HC & Crews FT. Consequences of multiple withdrawal from alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2004, 28:233-246.
18. Duka T, Trick L, Nikolaou K, Gray MA, Kempton MJ, Williams H, Critchley HD, & Stephens DN. Unique brain areas associated with abstinence control are damaged in multiply detoxified alcoholics. *Biological Psychiatry.* 2011, 70:545-552.
19. Noel X, Van der Linden M & Schmidt N. Supervisory attentional system in non-amnesic alcoholic men. *Archives of General Psychiatry.* 2001, 58:1152-1158.
20. Monti PM, Abrams DB, Kadden RM, & Cooney NL. *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide.* London: Guilford Press, 1989.
21. Marlatt AG & Donovan DM (eds.). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours.* New York: The Guildford Press, 2005.
22. Volpicelli JR, Pettinati HM, McLellan AT. *Combining medication and psychosocial treatments for addictions: The BRENDA approach.* New York: The Guilford Press, 2001.
23. Starosta AN, Leeman RF and Volpicelli JR. The BRENDA Model: Integrating Psychosocial Treatment and Pharmacotherapy for the Treatment of Alcohol Use Disorders. *J Psychiatr Pract.* 2006, 12(2): 80-89.
24. Rome AM. An Evidence-based Analysis of the 'BRENDA Approach': Psychosocial Interventions for Dependent Alcohol Drinkers. *J Gen Practice.* 2015, S:1.
25. Pombo S & Lesch OM. The alcoholic phenotypes among different multidimensional typologies: similarities and their classification procedures. *Alcohol & Alcohol.* 2009, 44:46-54.
26. Miller WR e Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change;* New York: Guilford Press, 2002.
27. Sinclair JD. Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism.* 2001, 36: 2-10.
28. Ambrogne JA. Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *J Subst Abuse Treat* 2002;22:45-53.

29. Sobell MB & Sobell LC. Controlled drinking research (Letter to the Editor). *Addiction*. 1994, 89: 483-84.
30. Sobell MB, Sobell LC. Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate? *Addiction*. 1995, 90(9):1149-53.
31. Sobell MB, Sobell LC. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome. *Behav Res Ther* 1973;11:599-618.
32. Sanchez-Craig M, Annis HM, Bornet AR, MacDonald KR. Random assignment to abstinence and controlled drinking: evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *J Consult Clin Psychol* 1984;52:390-403.
33. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Smith SM, Huang B, Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*. 2015, 72(8): 757-766.
34. Ryan RM, Plant RW and O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*. 1995, 20:279-297.
35. Department of Health and Human Services (HHS). *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health (HHS)*, 2016.
36. Sanchez-Craig M & Lei H. Disadvantages of imposing the goal of abstinence on problem drinkers: an empirical study. *British Journal of Addictions*. 1986, 81, 505-512.
37. Washton AM and Zweben JE. *Treating Alcohol and Drug Problems in Psychotherapy Practice Doing What Works*. New York, NY, US: Guilford Press, 2006.

Contribuições: Samuel Pombo - Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Revisão e Edição.

### **Correspondência**

*Samuel Pombo*

e-mail: samuelpombo@gmail.com

Submetido em: 08/04/2019

Aceito em: 16/02/2020