

Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades como coadjuvantes no manejo do *craving* em um dependente de *crack*

Cue exposure treatment and coping skills training as adjuvant therapies in the management of craving in a crack cocaine addict

Renata Brasil Araujo¹, Alexandre Didó Balbinot², Maria da Graça Tanori de Castro³, Marcelo Rossoni da Rocha⁴, Sandro Rene Pinto de Sousa Miguel⁵, Mírian Cohen⁵, Rosemeri Siqueira Pedroso⁶

Resumo

Objetivo: Tem-se observado um aumento da prevalência de dependentes de *crack* em amostras clínicas, o que torna necessária a realização de pesquisas quanto a estratégias de tratamento direcionadas a essa clientela. O objetivo deste estudo foi descrever o caso de um dependente de *crack* internado no qual foram utilizados o tratamento de exposição a estímulos (TEE) e o treinamento de habilidades (TH) como coadjuvantes ao tratamento tradicional.

Descrição do caso: O paciente é do sexo masculino, 29 anos de idade, solteiro, ensino médio completo. Era dependente de *crack* e de maconha e fazia uso nocivo de álcool. O paciente já estava internado havia 2 semanas e tinha passado por um protocolo de quatro sessões com entrevista motivacional e prevenção à recaída. Foram feitas seis sessões, ao longo de 2 semanas, de TEE e TH, nas quais o paciente foi exposto *in vivo* e pela imaginação a estímulos evocadores de fissura, como cachimbo de *crack*, isqueiro, pedras simuladas, lembranças de locais e amigos associados ao uso da droga. Ele também foi treinado para utilizar estratégias de manejo da fissura. Após 3 meses da alta hospitalar, foi realizado *screening* toxicológico para avaliar a manutenção de abstinência. O paciente avaliou o uso das técnicas como importante para a manutenção da abstinência após 3 meses da alta e para sua baixa média de fissura pelo *crack*.

Comentários: Talvez o TEE e o TH para manejo da fissura possam ser úteis como coadjuvantes no tratamento de dependentes de *crack*. Tal uso deve ser avaliado em ensaios clínicos para demonstrar seu real benefício.

Descritores: Usuários de drogas, cocaína *crack*, transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Abstract

Objective: An increased prevalence of crack cocaine users has been observed in clinical samples over the past years, underscoring the need for conducting research and developing treatment strategies aimed at this population. The objective of this study was to describe the case of a crack cocaine addict (inpatient) submitted to cue exposure treatment (CET) and coping skills training (CS) as adjuvant approaches to the conventional addiction treatment.

Case description: A male patient, 29 years old, single, with complete high school, was dependent on crack cocaine and marijuana and also had a diagnosis of harmful alcohol use. The patient had been hospitalized for 2 weeks and had undertaken a protocol comprising four motivational interview and relapse prevention sessions. Six sessions of CET and CS were carried out over 2 weeks, including both *in vivo* and imaginal exposure to stimuli evoking craving for crack cocaine, such as a crack pipe, a lighter, and simulated crack cocaine rocks (*in vivo* exposure), or remembering places and friends associated with drug use (imaginal exposure). The patient was also trained to use strategies for the management of craving. Three months after hospital discharge, toxicological screening was performed to assess abstinence. CET and CS were considered by the patient to be important techniques for the maintenance of abstinence and of a low level of craving 3 months after discharge.

Comments: These findings suggest that the two techniques may be useful as adjuvant therapies in the treatment of crack cocaine dependents. CET and CS should be assessed in clinical trials in order to demonstrate their real benefits.

Keywords: Drug users, crack cocaine, substance-related disorders.

¹ Doutora em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS. Coordenadora, Programa de Dependência Química, Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, RS. ² Residente, Educação Física, Hospital Psiquiátrico São Pedro. ³ Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica, PUCRS. ⁴ Acadêmico de Psicologia Clínica, PUCRS. Estagiário, Psicologia Clínica, Hospital Psiquiátrico São Pedro. ⁵ Residente, Psiquiatria, Hospital Psiquiátrico São Pedro. ⁶ Doutoranda, Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS.

Recebido em 12/10/2010. Aceito em 22/12/2010. Não foram declarados conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Como citar: Araujo RB, Balbinot AD, Castro MGT, Rocha MR, Miguel SRPS, Cohen M, et al. Tratamento de exposição a estímulos e treinamento de habilidades como coadjuvantes no manejo do *craving* em um dependente de *crack*. Trends Psychiatry Psychother. 2011;33(3):181-8.

Introdução

A fissura – ou *craving* – associada ao uso de *crack* é um fenômeno que vem sendo discutido mais frequentemente devido ao aumento da prevalência do uso dessa substância em amostras clínicas¹. Como o pico de ação do *crack* é muito rápido (cerca de 8 a 10 segundos após o consumo) e seu efeito é fugaz, os usuários em pouco tempo relatam desejo de usar a droga novamente². Não existem medicações comprovadamente eficazes para tratar a fissura da cocaína/*crack*; no entanto, vários estudos estão sendo feitos com vários fármacos, como o valproato³, que não mostrou bons resultados. Outras classes de fármacos avaliadas, com resultados pouco promissores, foram os antidepressivos⁴ e a gabapentina⁵. O topiramato apresentou resultados mais promissores⁶, bem como N-acetilcisteína⁷, modafinil⁸, dissulfiram^{7,9}, ondansetron⁸ e a imunoterapia⁸.

Nos transtornos de adição, tanto a fissura quanto a recaída podem ocorrer mesmo após longos períodos de abstinência, tornando seu tratamento um desafio para os profissionais que trabalham nessa área¹⁰. Os estímulos associados ao uso de drogas evocam a memória da experiência desse uso¹¹ e apresentam propriedades reforçadoras que promovem a repetição do comportamento. Especificamente com relação à cocaína, a liberação de dopamina no corpo estriado aumenta quando dependentes dessa substância olham um estímulo associado a seu consumo¹².

O estudo do papel das respostas condicionadas na recaída motivaram o início do estudo das técnicas de exposição a estímulos no tratamento de dependentes químicos. Entre essas respostas condicionadas encontram-se alterações na frequência cardíaca, na condutância da pele e no relato de fissura^{13,14}. Foltin & Haney¹³ demonstraram que as respostas condicionadas podem ser reduzidas após várias sessões de extinção.

O tratamento de exposição a estímulos (TEE) é utilizado como coadjuvante no atendimento de dependentes de substâncias psicoativas como álcool¹⁵, ópio¹⁶, nicotina¹⁷ e cocaína¹⁸. Segundo Childress et al.¹⁹, a apresentação continuada de estímulos condicionados a um dependente, sem que este possa fazer uso da substância, gera uma diminuição das respostas condicionadas fisiológicas e de fissura através da extinção. Os autores estudaram 37 dependentes de cocaína, com período de abstinência entre 7 e 10 dias, randomizados em quatro grupos, como segue: 1) psicoterapia de suporte + extinção; 2) psicoterapia de suporte + atividades para compensar a atenção voltada aos pacientes que participavam do grupo que faria a extinção; 3) aconselhamento em adição + extinção; e 4) aconselhamento em adição + atividades para compensar a atenção voltada aos pacientes que participavam do grupo que faria a extinção. Todas

as modalidades de tratamento duravam 2 semanas em regime hospitalar. Na segunda fase do estudo, houve seguimento ambulatorial por 2 meses, com sessões semanais de extinção ou atividades substitutas e psicoterapia ou aconselhamento, conforme o grupo. Os resultados mostraram uma redução da fissura e dos sintomas que mimetizavam o efeito ou os sintomas da abstinência. A redução foi mais gradual na fissura e mais rápida nas outras duas variáveis subjetivas avaliadas, sendo que a extinção quase total foi alcançada após a sexta sessão. No que diz respeito às variáveis fisiológicas, houve diminuição tanto da temperatura corporal quando da condutância da pele durante as sessões de exposição, mas mesmo após a última sessão, essas variáveis ainda apresentavam alterações. No período de seguimento de 2 meses, os dois grupos tratados com as técnicas de exposição apresentaram maior retenção no tratamento e menor uso de cocaína controlado por *screening* de urina. No entanto, esses sujeitos relataram continuar apresentando elevada fissura associada a estímulos que não puderam ser simulados no regime hospitalar. Dessa forma, os autores concluíram que a generalização da extinção aos estímulos não é completa no “mundo real”¹⁹. É importante salientar que a resposta condicionada só ocorria nos sujeitos dependentes de cocaína quando estes eram expostos a estímulos específicos. Por outro lado, o aumento da fissura era menos frequentemente acompanhado por sintomas similares àqueles causados pela substância propriamente dita, tais como sensação de *high*¹⁹.

Deve-se destacar que existem alguns vieses na avaliação do TEE, como o fato de esse tipo de tratamento ter sido planejado para ser apenas um coadjuvante no tratamento de dependentes químicos²⁰. Assim, devem sempre ser oferecidas outras modalidades terapêuticas associadas, como a entrevista motivacional²¹, a terapia cognitivo-comportamental²² e a prevenção à recaída²³. Essa necessidade de combinação do TEE com outras terapias atrapalha a avaliação de seus resultados.

Embora existam vários estudos relacionados ao TEE com dependentes químicos, não há nenhum estudo disponível realizado com dependentes de *crack*. Assim, o objetivo deste estudo foi descrever o caso de um dependente de *crack* no qual foi utilizado o TEE associado ao treinamento de habilidades (TH) para o manejo da fissura¹⁵, como coadjuvantes ao tratamento tradicional.

Descrição do caso

Este estudo descreve o caso de um sujeito do sexo masculino, separado, com 26 anos de idade, ensino médio completo, que residia com os pais e tinha um filho que vivia com sua ex-companheira. Estava hospitalizado

na Unidade de Dependência Química Jurandy Barcellos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre (RS). Apresentava diagnóstico de dependência de cocaína/*crack* e maconha e uso nocivo de álcool de acordo com a Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10ª Revisão (CID-10)²⁴. O *crack* era sua droga favorita. Iniciou o uso de maconha, cocaína aspirada e álcool aos 15 anos, e de *crack* aos 24. Antes da internação, usava uma média semanal de 80 pedras de *crack*, 1 cigarro de maconha e 1 garrafa de cerveja (750 ml). Deixou de usar cocaína aspirada quando iniciou o uso do *crack*. Estava abstinente de todas as substâncias psicoativas havia 21 dias no momento do início das atividades de TEE e TH.

Antes do tratamento, o paciente realizou quatro entrevistas individuais, sendo uma para anamnese e aplicação do Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-IV-TR)²⁵, duas para entrevista motivacional²² e uma para prevenção da recaída²³. Além disso, estava internado havia 2 semanas, com o objetivo de interromper o uso de todas as substâncias psicoativas, e disposto a permanecer por mais 2 semanas internado – critérios necessários para a inclusão no TEE e no TH. Não apresentava sintomas psicóticos, déficits cognitivos e/ou atencionais que prejudicassem seu desempenho na intervenção. Na entrevista diagnóstica através do SCID-IV-TR²⁵, administrada por residente de psiquiatria devidamente treinado, não foram identificadas comorbidades psiquiátricas. Deve-se destacar que o paciente apresentava-se motivado não só para interromper o uso de substâncias psicoativas como também para fazer o tratamento desde o primeiro dia de internação. Sua história de vida poderia ser resumida, desde o início do uso de drogas, como uma sucessão de períodos longos passados em fazendas de recuperação (cerca de 9 meses) e períodos curtos morando com os pais nos quais recaía, sendo considerado necessário, para ele e para a família, o retorno ao tratamento em fazenda. Na unidade, sempre foi discreto, escolhendo se relacionar com pacientes com um perfil de mais responsabilidade, o que ele relatava como sendo o seu “modo de ser”. Apresentava funcionamento rígido e com alto nível de exigência para consigo mesmo e para com os demais, com traços de personalidade anancástica²⁴.

A escolha deste sujeito para o estudo foi feita pela profissional que adaptou o protocolo, por ter este sido o primeiro paciente internado que preencheu os critérios de inclusão para o TEE e o TH após a adaptação do protocolo e a realização de um estudo piloto envolvendo cinco sujeitos.

Instrumentos

Os seguintes instrumentos foram utilizados no diagnóstico e tratamento do paciente:

1) Entrevista estruturada, com o objetivo de definir o perfil do paciente, avaliar seu consumo de *crack* e de outras substâncias psicoativas, bem como sua motivação para interromper o uso do *crack*.

2) Inventário de Avaliação para o Tratamento de Exposição aos Gatilhos para o Uso do Crack (IATEGCRACK), questionário que avalia o uso do *crack* com relação a materiais usados, situações de risco e estratégias de enfrentamento (Araujo RB, 2009, material não publicado).

3) Cartão de Fissura e Confiança, adaptado de Monti et al.²⁰, para dependentes de *crack*. Neste cartão, o paciente usa escalas analógicas visuais para atribuir notas de 0 a 10 à fissura que está sentindo no momento e ao grau de confiança que ele tem de que não usaria o *crack* se de fato essa substância estivesse na sua frente.

4) Registro da Fissura e Confiança - Material do Terapeuta, em que o terapeuta anota os graus de fissura e confiança marcados pelo paciente, o tempo, a frequência cardíaca, a ferramenta que o paciente utilizou para o manejo da fissura e a nota de 0 a 10 que ele deu para esta última (0 = nada eficiente; 10 = muito eficiente).

5) Materiais para exposição *in vivo*, ou seja, parafernália do uso do *crack* (cachimbos, isqueiros, cinzas de cigarro, pedras de *crack* fantasia), elaborados de acordo com a descrição obtida via IATEGCRACK.

6) Frequencímetro para verificar a frequência cardíaca do paciente em cada mudança nos níveis de fissura e confiança.

7) Cronômetro para marcar o tempo de cada mudança nas pontuações de fissura e confiança.

8) Questionário de Ferramentas Pessoais de Manejo de Fissura pelo Crack, adaptado de Monti et al.²⁰, que inclui estratégias de enfrentamento para o manejo da fissura, notas dadas pelo paciente nas sessões e tipos de imagens mentais que mais funcionaram para diminuir a fissura.

9) Questionário para avaliar o consumo de substâncias, situações de risco e estratégias de enfrentamento pós-alta, aplicado 3 meses após a alta do paciente.

10) *Screening* toxicológico de urina, para avaliar o consumo de substâncias psicoativas.

Aspectos éticos

Primeiramente, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Após sua aprovação, foi iniciada a pesquisa, tendo o paciente assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Procedimento das sessões

As sessões de TEE e TH foram individuais, com duração de 45 minutos e em número de seis, divididas ao

longo de 2 semanas, sendo três na primeira semana e três na segunda. A distribuição das sessões e sua duração seguiram a orientação de estudos de efetividade envolvendo o TEE, que apregoam que o ideal é que sejam realizadas de seis a sete sessões com duração de 45 minutos a 1 hora¹⁵. Antes da primeira sessão, foi aplicado o IATEGCRACK por um residente de psiquiatria treinado para tal.

Montagem do protocolo individual

A partir da análise do IATEGCRACK, foi montado um protocolo de exposições pela psicóloga, autora deste trabalho (R.B.A.), que trabalha na Unidade Jurandy Barcellos do Hospital Psiquiátrico São Pedro, a qual realizara treinamento com o Dr. Peter Monti em sua vinda ao Brasil, em 2009. O protocolo de exposição incluiu material similar ao que o paciente utilizava para consumir o *crack* e a simulação de situações de risco de recaída pontuadas como gerando mais fissura²⁰.

Em cada sessão, era treinada alguma técnica de manejo de fissura: na primeira sessão, “espera passar”; na segunda, substituição por imagem positiva; na terceira, substituição por imagem negativa; na quarta, relaxamento respiratório; na quinta, beber ou comer algo alternativo; e na sexta, distração (comportamento alternativo). A utilização de uma mistura de técnicas (*mix* de técnicas) de escolha do paciente era estimulada nos 15 minutos finais da quinta e sexta sessões; nesta última, também eram devolvidas ao paciente as Ferramentas Pessoais de Manejo de Fissura pelo Crack. A escolha das técnicas seguiu o modelo preconizado por Monti et al.²⁰, sendo acrescentado o relaxamento respiratório, que foi destacado por esses autores como técnica possível de ser utilizada²⁰ e já avaliada por Zeni & Araujo²⁶ para o manejo da fissura com dependentes de *crack* internados.

A ordem das técnicas seguiu, no estudo piloto do protocolo brasileiro, o protocolo original americano²⁰ quanto às cinco primeiras sessões e quanto ao uso do *mix* de técnicas. No entanto, foi incluído no protocolo brasileiro, desde o início do estudo piloto, o relaxamento respiratório na quarta sessão, em vez da mera repetição das demais técnicas. O objetivo dessa inclusão foi aumentar o repertório de estratégias de enfrentamento para dependentes de *crack*, o que já havia sido destacado em outro estudo²⁷. A ordem de apresentação da nova técnica foi atribuída por sorteio.

Após o estudo piloto, já na aplicação do TEE e do TH ao paciente descrito neste artigo, houve uma pequena modificação em relação ao protocolo original²⁰, sendo a substituição por imagem positiva trocada de ordem com a substituição por imagem negativa. Essa troca ocorreu porque os pacientes do estudo piloto traziam, como técnica

espontânea, desde a primeira sessão, a substituição por imagem positiva, porém a faziam de forma equivocada, o que poderia ser controlado se o treinamento fosse antecipado. Os pacientes imaginavam fatos positivos que já haviam ocorrido no passado, e não possíveis consequências futuras da sobriedade, como preconizado na literatura, tanto para esta técnica quanto para a substituição por imagem negativa²⁰.

Sessões

Todas as sessões tiveram como terapeuta a psicóloga que montou o protocolo do paciente, acompanhada por um residente de psiquiatria que cronometrava e marcava os tempos e registrava a frequência cardíaca do paciente no Registro da Fissura e Confiança - Material do Terapeuta.

Rapport

Os princípios da habituação²⁰ foram apresentados ao paciente, bem como a justificativa do TEE e do TH, explicando-se que a exposição contínua a esses gatilhos tende a diminuir seu potencial causador de fissura. Foram revisitos os conceitos de fissura e confiança, e foi apresentado o Cartão de Fissura e Confiança, explicando-se como seria realizado o monitoramento durante as exposições. Foi explicado também o uso do cronômetro e do frequencímetro pelo terapeuta, e os registros que faria no Registro da Fissura e Confiança - Material do Terapeuta.

Exposição *in vivo*

O gatilho que o paciente mais pontuou no IATEGCRACK, a saber, a parafernália para uso da substância, era apresentado *in vivo*. Orientava-se que o paciente se permitisse sentir a fissura e que não usasse nenhuma ferramenta de enfrentamento. Solicitava-se que ele avisasse cada vez que o grau de fissura mudasse, dando uma nota para a mesma de 0 a 10 (de nenhuma a muita fissura), e dando uma nota também de 0 a 10 (de nenhuma a muita) para o grau de confiança que tinha de que não usaria o *crack* naquele momento. Pedia-se que o paciente avisasse quando considerasse que a fissura havia chegado ao nível mais alto.

O terapeuta mostrava, então, a parafernália, pedindo que o paciente tocasse/executasse o ritual de uso do *crack* (sem jamais imaginar-se usando a droga) e começava a cronometrar o tempo e a marcar a frequência cardíaca. Caso o nível de fissura chegasse a 10, ou baixasse espontaneamente, pedia-se para o paciente não induzir mais a fissura, apenas segurar a parafernália e usar a técnica para o manejo da fissura.

O terapeuta tinha a função de monitorar as mudanças na fissura e na confiança, o tempo e a frequência cardíaca até a fissura baixar até 0 (ou, no mínimo, 2), quando, então, a exposição era interrompida. Nesse momento, discutia-se a experiência com a exposição, avaliava-se o uso espontâneo de ferramentas de enfrentamento e também a efetividade de cada uma das ferramentas utilizadas.

Exposição imaginária

A parafernália era deixada sobre a mesa, em um segundo plano, e iniciava-se a exposição ao gatilho pela imaginação que o paciente mais pontuou quanto à capacidade geradora de fissura no IATEGCRACK.

Solicitava-se que o indivíduo se imaginasse na situação geradora de fissura, até a fissura chegar ao ponto mais alto, mas sem se imaginar usando o *crack*. O terapeuta cronometrava o tempo, repetindo o procedimento da exposição *in vivo*. Depois, pedia-se que o paciente praticasse, usando a ferramenta trabalhada em cada sessão. As exposições eram feitas a todas as situações pontuadas no IATEGCRACK.

Resultados

Avaliação para o TEE e o TH

No IATEGCRACK, foi possível verificar que o sujeito usava o *crack* em um cachimbo de cano de PVC. Ele marcou como situações geradoras de fissura a exposição *in vivo* à pedra de *crack* (fissura = 10) e ao cachimbo (fissura = 8), e, na imaginação, convites para usar *crack* (fissura = 7), passar por locais de uso da droga (fissura = 6), ter dinheiro (fissura = 6) e brigar com a ex-companheira (fissura = 5).

Resultados obtidos em cada sessão

A Tabela 1 apresenta o esquema de exposições e os resultados obtidos em cada sessão.

Na última sessão, foi aplicado o Questionário de Ferramentas Pessoais de Manejo de Fissura pelo Crack, e foram destacadas as seguintes imagens positivas: trabalhar, imagens do filho e da família, ter uma vida normal, abraçar o filho. Como imagens negativas, foram listadas: lembrar da degradação de quem usa o *crack*, do estado físico com o *crack*, vergonha das pessoas, ver amigos com fissura e planejando roubo. Para o paciente, coisas que poderia comer ou beber durante a fissura foram: água, chocolates, balas, sucos, refrigerantes. As situações de risco identificadas foram: indiferença de familiares, medo de abandono pela família, quebrar regras,

viajar com amigos, amigos convidarem para usar *crack*, frequentar locais de risco, sentir-se triste ou ansioso, autocrítica exagerada, ter dinheiro, sentir cheiro de *crack*, brigar com a ex-companheira, sair à noite sozinho, ver a droga.

Avaliação 3 meses após a alta

O paciente seguiu sendo acompanhado no Ambulatório de Dependência Química do Hospital Psiquiátrico São Pedro e no grupo Narcóticos Anônimos (NA), com frequência semanal. O tratamento ambulatorial foi realizado por um residente do 3º ano de Psicologia supervisionado semanalmente pela psicóloga que realizou o TEE e o TH, que também trabalha nesse setor. O tratamento seguiu o modelo da terapia cognitivo-comportamental de Beck et al.²², o qual aprofunda as crenças centrais do paciente e sua relação com as crenças aditivas, também avaliando situações de risco de recaída.

Foi realizado *screening* toxicológico para a detecção do uso de cocaína/*crack* e maconha após 3 meses da alta, com resultado negativo. O paciente relatava estar em abstinência de *crack*, maconha e álcool há 135 dias e de cocaína inalada há 140 dias. Estava com motivação equivalente a 10 (escala de 0 a 10) para continuar abstinente. Sua fissura, nos últimos 3 meses, teve valores de 0 para maconha, álcool e cocaína inalada e de 3 para *crack* (escala de 0 a 10).

As situações de risco de recaída que teve ao longo dos 3 meses após a alta foram: brigas com a ex-mulher, ter passado em determinados lugares relacionados ao uso do *crack*, ter lembranças ruins e ficar sozinho. As estratégias de enfrentamento que utilizou foram: relaxamento respiratório, substituição por imagem positiva, substituição por imagem negativa, comer algo alternativo, falar com alguém, buscar atendimento psicológico, ir ao grupo NA, distração e pedir que algum familiar ficasse junto dele. Ele considerou como mais efetivas a substituição por imagem positiva e a substituição por imagem negativa.

O paciente concluiu que o TEE e o TH o ajudaram na manutenção da abstinência do *crack* e das demais substâncias, pois o permitiram analisar fatores que não considerava como sendo de risco para recaída e aprendeu a lidar com eles, sempre tentando, como primeira opção, não se expor. Considerou que, nas situações em que acabou se expondo a risco, teve menos fissura por ter se acostumado a diversos estímulos associados ao uso do *crack*.

Discussão

O TEE combinado com TH demonstrou ser, no caso apresentado, um método coadjuvante²⁰ que pode ser útil

Tabela 1 - Detalhamento das sessões de tratamento de exposição de estímulos e treinamento de habilidades

Exposição	Fissura inicial e máxima	Confiança inicial e máxima	Tempo até fissura 10 (ou mais alta), minutos	Tempo da fissura 10 a 0, minutos	Frequência cardíaca na fissura 10 (ou mais alta) e na 0	Ferramenta (nota)
Sessão 1						
Parafernália	9-10	3-9	12,08	10,27	104-99	Nenhuma
Parafernália	7-10	3-9	5,43	8,42	98-100	Espera passar (8)
Imaginação						
Convite para usar <i>crack</i>	10-10	2-9	3,44	6,86	98-97	Espera passar (8)
Sessão 2						
Parafernália	7-10	4-9	7,00	8,00	115-108	Espera passar (8)
Parafernália	5-10	5-9	7,00	6,00	109-108	Imagem positiva (10)
Imaginação						
Convite para usar <i>crack</i>	5-10	5-9	7,12	6,05	109-108	Espera passar (8)
Convite para usar <i>crack</i>	5-10	5-9	4,00	7,00	109-108	Imagem positiva (10)
Sessão 3						
Parafernália	5-10	6-8	6,70	2,97	99-100	Espera passar (8)
Parafernália	6-8	7-9	3,00	8,00	104-101	Imagem negativa (8)
Imaginação						
Convite para usar <i>crack</i>	5-8	7-9	5,55	7,15	103-102	Espera passar (8)
Convite para usar <i>crack</i>	2-10	8-9	9,00	5,00	103-104	Imagem negativa (9)
Sessão 4						
Parafernália	6-8	7-9	3,00	8,00	104-101	Espera passar (8)
Parafernália	4-8	7-9	4,92	3,14	104-108	Relaxamento Respiratório (8)
Imaginação						
Convite para usar <i>crack</i>	4-8	6-8	4,05	3,33	104-107	Espera passar (8)
Convite para usar <i>crack</i>	4-9	6-8	4,04	4,01	107-107	Relaxamento Respiratório (9)
Ver pessoas usando	4-8	7-9	5,42	4,21	107-105	Espera passar (7)
Ver pessoas usando	4-9	7-8	3,12	2,67	109-104	Relaxamento Respiratório (9)
Sessão 5						
Parafernália	4-8	7-9	3,25	2,66	107-106	Espera passar (8)
Parafernália	3-9	7-9	3,98	4,10	116-111	Comer bombom e beber água (10)
Imaginação						
Convite para usar <i>crack</i>	3-6	7-9	2,32	1,53	117-115	Espera passar (8)
Convite para usar <i>crack</i>	3-8	8-9	3,02	3,18	120-120	Comer bombom e beber água (10)
Ver pessoas usando	3-8	8-9	3,06	2,48	120-119	Espera passar (8)
Ver pessoas usando	4-10	7-9	2,84	2,40	120-118	Comer bombom e beber água (10)
Ter dinheiro	4-9	6-9	3,40	3,47	119-116	Espera passar (8)
Ter dinheiro	4-9	7-9	3,20	2,47	118-116	Mix de técnicas (10)
Sessão 6						
Parafernália	3-8	8-9	3,11	2,40	104-108	Espera passar (9)
Parafernália	3-8	8-9	4,22	2,34	109-104	Distração (9)
Imaginação						
Convite para usar <i>crack</i>	3-7	8-9	5,21	2,11	108-106	Espera passar (9)
Convite para usar <i>crack</i>	3-7	8-9	6,00	2,05	108-107	Distração (9)
Ver pessoas usando	4-8	8-9	5,57	2,28	107-107	Espera passar (9)
Ver pessoas usando	4-8	8-10	4,26	2,08	107- 108	Mix de técnicas (10)
Ter dinheiro	4-8	8-10	4,00	2,11	106-107	Espera passar (8)
Ter dinheiro	4-8	8-10	5,04	2,06	106-105	Mix de técnicas (10)
Briga com ex-companheira	4-8	8-10	5,22	2,43	106-105	Espera passar (8)
Briga com ex-companheira	4-8	8-10	5,55	2,21	106-105	Mix de técnicas (10)

no tratamento de dependentes de *crack*¹⁹. No entanto, devemos salientar que este relato é de um único caso, e portanto não podemos generalizar os achados para todos os pacientes com essa patologia. O paciente conseguiu permanecer em abstinência por 3 meses após a intervenção, mas também passou por uma série de outros tratamentos, como entrevista motivacional²¹, prevenção de recaída²³ e a terapia cognitivo-comportamental de Beck et al.²², o que pode confundir os resultados. Assim, o fato de o paciente ter atribuído ao TEE e ao TH a menor intensidade de sua fissura pós-alta também passa por um entendimento subjetivo.

No decorrer das exposições, pôde-se observar que a fissura e a confiança (autoeficácia) variavam juntas e de forma inversa, o que já havia sido observado por Araujo et al.²⁷. Isso demonstra que o TH de enfrentamento à medida em que aumenta a autoeficácia pode auxiliar no manejo da fissura²⁷.

O fenômeno da habituação²⁰ pôde ser observado durante as exposições tanto por meio do tempo necessário para diminuir a fissura nas últimas sessões (2 segundos, aproximadamente), quanto pelo valor mais alto da fissura, que no início chegava a 10 e, ao final, não ultrapassou 8. A confiança, na última consulta, já iniciava mais alta (nota 8, contra nota 3 na primeira sessão).

O paciente avaliado apresentou demora para que sua fissura chegasse ao ponto mais alto e mais demora ainda para que a fissura passasse, sendo isso mais evidente, como já citado, nas primeiras sessões. Segundo Monti et al.²⁰, os pacientes alcoolistas dificilmente levam mais de 8 minutos esperando passar sua fissura, e esse valor foi ultrapassado ou atingido em mais de um momento em nossa exposição. Esse dado é importante, pois torna a exposição a cada estímulo mais longa e faz com que talvez um protocolo com maior duração tenha que ser planejado para dependentes de *crack*. Não houve essa necessidade em nosso estudo, mas fica o dado como um alerta para novas pesquisas sobre o tema. Além disso, devemos refletir que esse paciente apresentava características de autocontrole e um alto nível de exigência, o que pode ter interferido nesses achados.

Um dado que chamou atenção foi a pouca variação na frequência cardíaca do paciente ao serem apresentados estímulos evocadores de fissura ou mesmo após ser identificada, através do autorregistro, uma diminuição na fissura. Esse achado contradiz os de vários autores^{13,14} que associam alterações na frequência cardíaca com a apresentação de estímulos e com a variação da fissura, mas está de acordo com o que verificaram Ahmed & Koob¹⁸ e Childress et al.¹⁹ quanto à dificuldade de simular, no contexto do tratamento, os estímulos interoceptivos associados ao uso da droga. Como este artigo descreve um único caso, não podemos discutir se o

fenômeno é característico do dependente de *crack* ou se foi alguma peculiaridade do nosso sujeito de pesquisa.

As estratégias de enfrentamento da fissura treinadas no protocolo foram consideradas efetivas pelo paciente (notas de 7 a 10), e o uso de mais de uma técnica demonstrou ser muito efetivo (nota 10 e pouco tempo necessário para baixar a fissura), o que se assemelha ao preconizado por Monti et al.²⁰. De todas as estratégias, ele considerou como as mais efetivas após a alta a substituição por imagem positiva e a substituição por imagem negativa, dado corroborado por alguns outros autores^{10,15,20}.

Após 3 meses da alta hospitalar, o paciente continuava com fissura nota 3 pelo *crack*. Isso pode ocorrer, conforme já alertado na literatura¹⁹, porque não há como o indivíduo, durante o TEE, ser exposto a todos os gatilhos que encontrará ao retomar sua rotina de vida.

O paciente destacou que o TEE e o TH possibilitaram que ele identificasse fatores de risco de recaída e aprendesse a lidar com eles, destacando a importância de não se expor a eles. Isso é muito importante, pois o objetivo da técnica não é estimular os pacientes a se confrontarem com as situações de risco, mas treinar habilidades caso esse encontro seja inevitável. As estratégias de *coping* de confronto não devem ser estimuladas, já que aumentam o risco de recaída^{20,27}. O paciente também avaliou que, nas situações de risco a que se expôs pós-alta, teve menos fissura, o que associou ao fato de ter se acostumado a diversos estímulos durante o TEE e o TH^{19,20}. Quando questionado sobre se poderia haver alguma outra explicação para esse fato, disse não conseguir pensar em nenhum outro motivo.

O presente estudo lança a hipótese de que talvez o TEE associado ao TH para o manejo da fissura possa ser útil como coadjuvante no tratamento de dependentes de *crack*. Seu uso deve ser avaliado em ensaios clínicos para demonstrar seu real benefício.

Referências

1. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados a criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(2):101-8.
2. Seibel SD, Toscano Jr A. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001.
3. Reid MS, Thakkar V. Valproate treatment and cocaine cue reactivity in cocaine dependent individuals. *Drug Alcohol Depend*. 2009;102(1-3):144-50.
4. Silva de Lima M, Farrell M, Lima Reisser AA, Soares B. Withdrawn: antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(2):CD002950.

5. Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima Reisser AARL, Pani PP, et al. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(2):CD006754.
6. Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weigley C, et al. A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2004;75(3):233-40.
7. Karila L, Reynaud M. [Therapeutic approaches to cocaine addiction]. *Rev Prat*. 2009;59(6):830-4.
8. Montoya ID, Vocci F. Novel medications to treat addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10(5):392-8.
9. Barth KS, Malcolm RJ. Disulfiram: an old therapeutic with new applications. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2010;9(1):5-12.
10. Araujo RB, Oliveira MS, Pedrosa RS, Miguel AC, Castro MGT. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):57-63.
11. Taylor JR, Olausson P, Quinn JJ, Torregrossa MM. Targeting extinction and reconsolidation mechanisms to combat the impact of drug cues on addiction. *Neuropharmacology*. 2009;56(1):186-95.
12. Volkow ND, Wang GJ, Telang F, Fowler JS, Logan J, Childress AR, et al. Cocaine cues and dopamine in dorsal striatum: mechanism of craving in cocaine addiction. *J Neurosci*. 2006;26:658-88.
13. Foltin RW, Haney M. Conditioned effects of environmental stimuli paired with smoked cocaine in humans. *Psychopharmacology*. 2000;149:24-33.
14. Field M, Duka T. Cues paired with a low dose of alcohol acquire conditioned incentive properties in social drinkers. *Psychopharmacology*. 2002;159:325-34.
15. Monti PM, Rohsenow DJ. Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Res Health*. 1999;23(2):107-15.
16. Aragon MBQ, Labrador FJ, Arce F. Evaluation of a group cue-exposure treatment for opiate addicts. *Span J Psychol*. 2005;8(2):229-37.
17. Lee JH, Ku J, Kim K, Kim B, Kim IY, Yang BH, et al. Experimental application of virtual reality for nicotine craving through cue exposure. *Cyberpsychol Behav*. 2003;6(3):275-80.
18. Ahmed SH, Koob GF. Rapid extinction of cocaine craving: toward a novel cue exposure therapy. *Nature*. <http://dx.doi.org/10.1038/npre.2009.2980.1>. Acessado set 2010.
19. Childress AR, Ehrman R, Rohsenow DJ, Robbins SJ, O'Brien CP. Classically conditioned factors in drug dependence. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, eds. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1992. p. 56-69.
20. Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrams DB. *Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamentos das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca; 2005.
21. Miller WR, Rollnick S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed; 2001.
22. Beck A, Newman C, Wright F. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000.
23. Marlatt A, Gordon J. *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
24. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
25. Columbia University, Biometrics Research Department. *Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID)*. <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/scid/>. Acessado 10 abr 2010.
26. Zeni TC, Araujo RB. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2009;31(2):116-9.
27. Araujo RB, Pansard M, Boeira BU, Rocha NS. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. *Rev HCPA*. 2010;30(1):36-42.

Correspondência

Renata Brasil Araujo
Cognitá - Clínica de Terapia Cognitivo-Comportamental
Rua Mostardeiro, 5/605, Bairro Moinhos de Vento
90430-001 – Porto Alegre, RS – Brasil
Tel.: (51) 3019.3560
E-mail: renataudbrasil@terra.com.br