

GUIA TEÓRICO-PRÁTICO DE TERAPIAS
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS
PARA OS TRANSTORNOS DO
EXAGERO

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

A663 Araujo, Renata Brasil.

Guia teórico-prático de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero / Renata Brasil Araujo. — 2. ed., rev. e atual. — Novo Hamburgo : Sinopsys Editora, 2021.

317 p. ; 23 cm.

ISBN 978-65-5571-032-8

1. Psicologia . 2. Terapia cognitivo-comportamental. 3. Terapia comportamental dialética. I. Título.

CDU 615.851

RENATA BRASIL ARAUJO
Organizadora

GUIA TEÓRICO-PRÁTICO DE TERAPIAS
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS
PARA OS TRANSTORNOS DO
EXAGERO

2ª edição



2021

© Sinopsys Editora e Sistemas Eireli, 2021.

Supervisão editorial: *Ricardo Gusmão*

Editora: *Paola Araújo de Oliveira*

Capa: *Márcio Monticelli*

Preparação de originais: *Ediliane Araújo – Grafia Assessoria Linguística*

Leitura final: *Caroline Castilhos Melo*

Editoração: *Monique Elias – Vincitore Comunicação*

Todos os direitos reservados à

Sinopsys Editora

(51) 3066-3690

atendimento@sinopsyseditora.com.br

www.sinopsyseditora.com.br

AUTORES

Renata Brasil Araujo. Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutora em Psicologia pela PUCRS. Realizou aperfeiçoamento especializado em Dependência Química pela Cruz Vermelha Brasileira e tem formação em Terapia do Esquema pelo Núcleo de Estudos e Atendimento em Saúde Mental (NEAPC)/International Society of Schema Therapy (ISST). Ex-presidente da Associação de Terapias Cognitivas do Rio Grande do Sul (ATC-RS; gestão 2013–2016). Presidente da Associação Brasileira de Estudo do Álcool e Outras Drogas (ABEAD; gestão 2019–2021). Diretora do Modus Cognitivo – Núcleo de Terapia Cognitivo-comportamental. Chefe da Unidade de Desintoxicação Jurandy Barcellos, e coordenadora e supervisora dos Programas de Dependência Química e Terapia Cognitivo-comportamental do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Professora de várias especializações e formações em Terapia Cognitivo-comportamental e Terapia do Esquema pelo Brasil.

Alessandra Diehl. Psiquiatra, educadora sexual e escritora. Especialista em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre e doutora em Ciências pela Unifesp. Pós-doutoranda na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Vice-presidente da ABEAD (gestão 2019-2021).

Andrei Valerio. Psiquiatra forense. Possui formação complementar (residência médica) em Álcool e Drogas pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Realizou Treinamento Intensivo em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech. Mestrando em Psiquiatria e Ciências do Comportamento na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Clarice Mottola de Oliveira Oppermann. Psicóloga. Possui formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia. Especialista em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Instituto WP. Diretora e supervisora do Modus Cognitivo – Núcleo de Terapia Cognitivo-comportamental. Professora de Terapia do Esquema e de Terapia Cognitivo-comportamental para os Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos em instituições de vários estados brasileiros. É secretária da ABEAD (gestão 2019–2021) e faz parte do Conselho Fiscal da ATC-RS (gestão 2019–2021).

Gabriela Baldisserotto. Psiquiatra. Realizou Treinamento Intensivo em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech. Possui formação em Terapia do Esquema pela Wainer/ISST. Mestra em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFRGS.

Hosana Alves Gonçalves. Psicóloga. Mestra e Doutora em Psicologia – Cognição Humana e Neuropsicologia pela PUCRS, com estágio de doutoramento na Universidade de Salamanca, Espanha. Membro do Grupo de Pesquisa em Neuropsicologia Clínica e Experimental da PUCRS. Sócia-fundadora da Conectare NeuroPsi. Professora e coordenadora do Curso de Especialização em Neurocognição e Aprendizagem na Faculdade de Psicologia da Instituição Evangélica de Novo Hamburgo (IENH).

Isabel Cristina Weiss de Souza. Psicóloga clínica. Especialista em Terapias Cognitivas pela USP. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Doutora em Ciências pela Unifesp. Certificada em Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) pela University of California, Estados Unidos, e em MBRP Advanced Teacher Training pelo Centre for Addiction Treatment Studies, Reino Unido. Atuou em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) entre 1992 e 2008. Professora em cursos

de Pós-graduação em Psicologia. Fundou a Associação de Terapias Cognitivas de Minas Gerais (ATC-Minas), filiada à Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Diretora do Espaço Terapêutico Isabel Weiss.

José Pinto-Gouveia. Psiquiatra. Fundador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC), Portugal. Pioneiro na pesquisa e na prática das Terapias Cognitivo-comportamentais e nas Terapias Comportamentais de terceira geração em Portugal. Atuou como professor catedrático da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal. Instrutor de *mindfulness*, foi supervisor científico das unidades de Transtornos Alimentares e Psicoterapia Cognitivo-comportamental no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra. Fundador e presidente da Associação Portuguesa para o *Mindfulness*. Cofundador e presidente da Associação Portuguesa de Terapias Cognitivo-comportamentais.

Letícia Leite. Psicóloga. Mestra e doutoranda em Ciências da Saúde – Neurociências na PUCRS.

Maria da Graça Tanori de Castro. Psiquiatra. Mestra em Psicologia Clínica pela PUCRS. Realizou aperfeiçoamento em Terapia Cognitivo-comportamental pelo Centro de Estudos Luis Guedes (CELG). Tem formação em Terapia do Esquema pelo NEAPC/ ISST. Professora de especializações e formações em Terapia Cognitivo-comportamental e Terapia do Esquema.

Marina Cunha. Psicóloga. Mestra em Psicologia Clínica (área cognitiva-comportamental e sistêmica) e doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Coimbra, Portugal. Professora auxiliar e presidente do Conselho Científico no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), Portugal. Membro integrado do CINEICC. Coordenadora da Pós-graduação “Terapias Cognitivo-comportamentais Contextuais em Perturbações Psicológicas e Problemas de Saúde” do ISMT.

Paola Lucena-Santos. Psicóloga. Mestra em Psicologia Clínica e da Saúde – especialidade de intervenções cognitivo-comportamentais pela Universidade de

Coimbra, Portugal. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Coimbra. Investigadora do CINEICC e da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Rosemeri Siqueira Pedroso. Psicóloga. Mestra em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutora em Ciências Médicas/Psiquiatria pela (UFRGS).

Sabrina M. Oliveira da Rocha. Psicóloga. Diretora do Centro de Saúde Vitalis.

Vilma Cecilia Rodríguez Rodríguez. Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela Unifesp. Mestra em Psicologia pela PUCRS. Psiquiatra do Centro Interdisciplinar e Saúde Mental (CISAME) e Pronto-psiquiatria em Porto Alegre (RS).

Wilson Vieira Melo. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Doutor em Psicologia pela UFRGS/University of Virginia, Estados Unidos. Realizou Treinamento Intensivo em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech. Presidente da FBTC (gestão 2019–2021).



Dedico este livro às minhas amigas queridas, Clarice Oppermann, Maria da Graça Tanori de Castro, Rosemeri Pedroso e Vera Lucia Santos, que sempre me apoiam em todas as jornadas que me proponho a enfrentar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu ídolo e amigo Ricardo Wainer pela generosidade em escrever a Apresentação da 2ª edição deste livro. Ao querido Ricardo Gusmão, meu editor, que aceitou e apostou em todas as minhas ideias, tornando possível a conclusão desta obra e às minhas amigas, Alessandra Diehl e Sabrina Presman, que estão ao meu lado, na Diretoria da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD), na luta pelos direitos dos pacientes exagerados.



“Exagerado,
jogado aos seus pés,
eu sou mesmo exagerado...”

Cazuza



APRESENTAÇÃO

O trabalho psicoterápico é instigante e desafiador em sua natureza. Ao passar a ter contato com os conteúdos mais íntimos e não totalmente compreendidos pelo paciente, o psicoterapeuta tem a árdua e privilegiada tarefa de buscar “catalisar” processos de mudança para a diminuição do sofrimento e para o aprimoramento da qualidade de vida daquele indivíduo. Para tanto, mune-se do conhecimento científico e de suas habilidades pessoais de sensibilidade, empatia, controle emocional e interesse pelo outro para atingir as metas terapêuticas propostas pela díade.

Os modelos teóricos desenvolvidos pelas terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) e validados empiricamente são os principais substratos para a prática dos terapeutas cognitivistas. Os referidos modelos são “bússolas” que guiam o profissional em direção aos fatores causais mais significativos para cada transtorno mental. Entretanto, mesmo com instrumentais sofisticados e precisos, a sensibilidade e a avaliação de cada situação são cruciais para chegar a bons termos em psicoterapia.

Este livro, desenvolvido e organizado por Renata Brasil Araujo, experiente terapeuta cognitiva e pesquisadora no campo dos transtornos relacionados ao uso de substâncias, traz contribuições valiosas na intersecção entre teoria e prática clínica. De um lado, temos a apresentação clara e objetiva dos mais importantes modelos teóricos para os transtornos do exagero e, de outro lado, os aspectos práticos, com a demonstração dos cuidados na relação terapêutica, das principais técnicas e dos instrumentos/inventários utilizados. Portanto, o leitor tem, ao mesmo tempo, o entendimento teórico e a realidade prática de situações clínicas que a organizadora denominou “transtornos do exagero”.

O *Guia teórico-prático de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero* é uma obra diferenciada. Entre os diferenciais, pode-se listar:

- A proposta inovadora de nomear diversos transtornos mentais que, na nomenclatura psiquiátrica, são inseridos em classes distintas. Renata Brasil Araujo pensa além de convenções, definindo o exagero dos pacientes como dificuldades para colocar limites em suas relações com diferentes estímulos: drogas, sexo, comida, compras, internet, jogos, etc.
- A apresentação dos modelos teórico-práticos mais importantes e atuais para o enfrentamento de situações clínicas tão complexas quanto os transtornos do exagero (incluindo novos capítulos desde a 1ª edição da obra – o Capítulo 7, sobre a terapia comportamental dialética; o Capítulo 8, sobre a terapia de aceitação e compromisso; e o Capítulo 9, sobre a recente terapia do esquema com duplo foco).
- A generosidade da organizadora e de seus colaboradores em dizer, sem embelezamentos ou mascaramentos, a verdade sobre como é o atendimento em TCC de pacientes com dificuldades no controle de seus impulsos, na realidade contemporânea brasileira, a qual está incrustada em uma complexa dicotomia exagero–atenuação.

Esperamos que o leitor aproveite o resultado deste importante livro para as TCCs e para os profissionais brasileiros em saúde mental que tratam aqueles que sofrem com exageros de impulsividade e de compulsividade.

Ricardo Wainer

*Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).*

*Especialista em Terapia do Esquema, com treinamento
avançado, pelo New Jersey/New York Schema Therapy Institute.*

Diretor da Wainer Psicologia Cognitiva.



PREFÁCIO

É com enorme satisfação que apresento a vocês uma edição transformada da *Guia de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero*. A ideia desta 2ª edição é atualizar os conteúdos da edição anterior e acrescentar outros modelos de atendimento aos pacientes “exagerados” a partir dessa linha teórica. Nesta nova edição, optei por não manter os casos ilustrativos e, em vez disso, aprofundar a parte teórica/terapêutica, disponibilizando mais materiais impressos para aplicação nas consultas. Com base nisso, considerei que seria necessária uma mudança também no título, o qual passou a ser *Guia teórico-prático de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero*.

Percebi que muitas abordagens utilizadas nas TCCs para os transtornos por uso de substâncias podem (e devem) ser aplicadas com indivíduos que sofrem de um caso de “exagero” em seu modo de se relacionar com drogas, sexo, comida, compras, internet e jogos, entre outros. Apesar de suas similaridades, essas patologias não são categorizadas no mesmo espectro dos manuais diagnósticos. Por isso, decidi criar a expressão *transtornos do exagero* para designá-las, a qual mantenho nesta nova edição.

Este livro é um material didático, uma espécie de guia que integra a teoria e a prática e apresenta um passo a passo do método com o qual se trabalha no atendimento desses pacientes. Inicialmente, selecionei para sua composição um protocolo de avaliação/diagnóstico utilizado na minha prática clínica e os modelos e abordagens mais utilizados das TCCs para esses tipos de transtorno: a TCC de Beck, o modelo de prevenção de recaídas, o treinamento de habilidades e o manejo de contingências. Depois, acrescentei a entrevista motivacional, que, apesar de não ser específica da TCC, é muito utilizada nesses atendimentos, e alguns tipos de tratamentos mais recentes em nosso meio como: terapia de exposição aos estímulos, prevenção de recaída baseada em *mindfulness*, terapia do

esquema com duplo foco, terapia comportamental dialética e terapia de aceitação e compromisso. Esses tópicos serão a base para a organização dos assuntos dos capítulos, os quais explicam, de forma muito didática, “como fazer a clínica”. Além disso, serão disponibilizados instrumentos que podem ser baixados e impressos pelos leitores, o qual pode ser acessado por meio do *link* informado após o Sumário. Outro ponto que considere relevante na sua elaboração, e que faz falta em alguns manuais de psicoterapia, é que ele deveria servir de orientação para o atendimento de pacientes “da vida real”, pois, na prática clínica, o mais prevalente não é aparecerem indivíduos com um único diagnóstico e que seguem, de forma perfeita, os nossos protocolos de atendimento. O que vemos, em maior quantidade, são pacientes com dois ou mais quadros psiquiátricos, que não são objetivos ao relatarem seus problemas, que não gostam de escrever nas sessões e que não são tão eficientes em realizar as tarefas que o terapeuta solicita. Dessa forma, o livro abordará esse tipo de paciente e as adaptações necessárias por parte dos profissionais, mas sem desestruturar as TCCs.

Desejo a todos uma boa leitura e que o material possa “andar de mãos dadas” com vocês, auxiliando-os no atendimento deste espectro de pacientes frequentemente encontrados na clínica: os *exagerados*.

Renata Brasil Araujo
Organizadora



SUMÁRIO

- Capítulo 1** • Entrevista diagnóstica: iniciando o trabalho da terapia cognitivo-comportamental21
Renata Brasil Araujo, Letícia Leite e Sabrina M. Oliveira da Rocha
- Capítulo 2** • Entrevista motivacional.....61
Renata Brasil Araujo, Maria da Graça Tanori de Castro, Hosana Alves Gonçalves e Rosemeri Siqueira Pedroso
- Capítulo 3** • Terapia cognitivo-comportamental de Beck93
Renata Brasil Araujo, Paola Lucena-Santos e Maria da Graça Tanori de Castro
- Capítulo 4** • Prevenção de recaída, treinamento de habilidades e manejo de contingências.....123
Vilma Cecilia Rodríguez Rodríguez e Renata Brasil Araujo
- Capítulo 5** • Terapia de exposição a estímulos.....147
Renata Brasil Araujo e Alessandra Diehl
- Capítulo 6** • Prevenção de recaída baseada em *mindfulness*.....165
Isabel Cristina Weiss de Souza
- Capítulo 7** • Terapia comportamental dialética189
Gabriela Baldisserotto, Andrei Valerio e Wilson Vieira Melo

Capítulo 8 • Terapia de aceitação e compromisso.....211

Paola Lucena-Santos, Marina Cunha e José Pinto-Gouveia

Capítulo 9 • Terapia do esquema com duplo foco.....285

Clarice Mottola de Oliveira Oppermann e Renata Brasil Araujo

Considerações finais.....319



CAPÍTULO 1

ENTREVISTA DIAGNÓSTICA:
INICIANDO O TRABALHO DA TERAPIA

COGNITIVO - -COMPORTAMENTAL

Renata Brasil Araujo,
Letícia Leite e
Sabrina M. Oliveira da Rocha

Comportamentos aditivos são hábitos hiperaprendidos e mal-adaptativos seguidos por uma gratificação imediata. São considerados hiperaprendidos porque já foram executados inúmeras vezes na vida e acontecem quase automaticamente; e são comportamentos mal-adaptativos por não se adaptarem ao bem-estar físico, mental e/ou social do indivíduo. A experiência imediata da gratificação é seguida por consequências negativas posteriores, como desconforto ou doença física, desaprovação social, perda financeira e autoestima diminuída. A gratificação que segue o ato, seja ela o prazer ou o alívio do desprazer, estimula o indivíduo a repeti-lo (Marlatt & Donovan, 1993).

Características de comportamentos aditivos são definidas no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5), conforme a American Psychiatric Association (APA, 2014), nas seções: Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos e Transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados. Basicamente, envolvem a presença de angústia ou ansiedade na ausência do ato ou na impossibilidade de realizá-lo. A repetição do comportamento e o aumento gradual de sua frequência são, igualmente, características. Além disso, podem estar associados: sintomas físicos da privação da atividade (tremores, sudorese, taquicardia); caráter compulsivo e repetitivo; o grande espaço que ocupa na vida do indivíduo, diminuindo sua relação com outras áreas (familiar, profissional, afetiva, social); tensão antes do ato (ou fissura), seguida de alívio após realizá-lo; e esforços malsucedidos no sentido de reduzir, controlar ou eliminar o comportamento aditivo não adaptativo.

Além da dependência química, outros exemplos de comportamentos aditivos são encontrados na prática do jogo patológico na tentativa constante de ganhar, não considerando o risco de perder; no ato de comprar compulsivamente, sem analisar o saldo bancário; no ato de comer compulsivamente, mesmo quando não se tem fome (Marlatt & Donovan, 1993); no engajamento excessivo em atividades físicas; na adição pela internet, etc.

Levando em consideração o significativo prejuízo que causa na vida pessoal e profissional dos indivíduos, o comportamento aditivo mal-adaptativo pode ser modificado. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) auxilia o paciente a enxergar melhor a realidade e a buscar alternativas para a resolução de seus problemas, pois tem como premissa a ideia de que são as interpretações que a pessoa tem dos fatos, e não os fatos em si, que lhe trazem sofrimento, de acordo com Rangé e Souza (2008). A TCC é uma abordagem estruturada, diretiva, ativa, psicoeducativa e de prazo limitado (Beck, 1997; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997). Essa abordagem prevê a realização de entrevistas iniciais, nas quais são investigadas possíveis psicopatologias associadas aos comportamentos aditivos (e comorbidades), bem como a avaliação completa do indivíduo, considerando suas necessidades biopsicossociais.

ENTREVISTAS INICIAIS

A entrevista inicial é uma oportunidade de conhecer o indivíduo de forma ampla e profunda antes do tratamento propriamente dito. Uma entrevista inicial semiestruturada requer do entrevistador uma postura acolhedora, empática e investigativa, para que este possa criar oportunidades de coletar informações abrangentes, considerando o sujeito biopsicossocial, e informações pontuais, que exigem observar fatores temporais (Beck, Davis & Freeman, 2005; Morrison, 2010; Rangé, 2001).

Na entrevista, é preciso coletar o maior número de informações relevantes para o diagnóstico e o tratamento no menor tempo possível. Mesmo que o paciente não sofra de uma patologia (transtorno mental), deve-se descobrir como as experiências do passado contribuem para os problemas atuais. Essas informações auxiliam no direcionamento de áreas de interesse clínico, como transtornos cognitivos, uso de substâncias, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, psicoses, queixas físicas e problemas socioculturais. Caso não se consiga obter com o paciente todas as informações necessárias, pode ser preciso entrevistar um de seus familiares, o que deve ser feito, preferencialmente, na presença do paciente (Morrison, 2010; Abreu, Salzano, Vasques, Cangelli Filho & Cordás, 2006).

Muitas informações são obtidas ao longo do tratamento; com isso as hipóteses diagnósticas iniciais do profissional podem, até mesmo, ser reformuladas. O planejamento terapêutico, porém, somente pode ser estruturado se, nas entrevistas iniciais, tiver evocado os dados relevantes. Para que essas informações sejam coletadas, é necessário que o entrevistador crie uma relação de trabalho com a pessoa entrevistada. Assim, ele deve informar ao paciente sobre o funcionamento dos encontros, a estimativa de tempo a ser utilizado e a apresentação das pessoas presentes, bem como comunicar que anotações serão realizadas e que poderão ser utilizados instrumentos investigativos (como escalas de rastreio de sintomas e *screening* toxicológico para a detecção do uso de substâncias psicoativas esporadicamente sem aviso prévio da data de realização). O profissional também deve inteirar o paciente da questão do sigilo (o qual só deve ser “quebrado” em situações que ofereçam riscos à vida de alguém), entre outras informações que podem variar de acordo com a instituição ou com o funcionamento pessoal do entrevistador (Morrison, 2010; Rangé, 2001).

O tempo de duração de uma entrevista pode variar de acordo com a demanda do paciente, com questões institucionais e situacionais ou até mesmo com necessidades relacionadas à especialidade do entrevistador. Entre as questões situacionais, podem-se citar, por exemplo, os pacientes muito falantes, que levam mais tempo para relatar uma temática ou que desviam o assunto, assim como os pacientes desconfiados, que podem omitir informações. Apesar das variações possíveis, no entanto, em termos médios, cada entrevista dura cerca de uma hora, sendo, muitas vezes, necessário até quatro entrevistas para o esclarecimento diagnóstico. A postura é fundamental, porém não exige do profissional uma formalidade rígida. Se o entrevistador parecer descontraído, interessado e empático, é mais provável que o paciente se sinta seguro e confortável durante a entrevista (Morrison, 2010).

Para obter eficiência na entrevista, é preciso que o profissional se organize entre o que quer saber durante o tempo disponível; ou seja, não basta saber perguntar, é necessário estipular metas e ordenar conteúdos. Em paralelo, deve-se manter atenção ao funcionamento do entrevistador e adaptar-se às necessidades do momento (Morrison, 2010). A Figura 1.1 mostra a organização temporal de uma entrevista inicial, descrita por Morrison (2010).

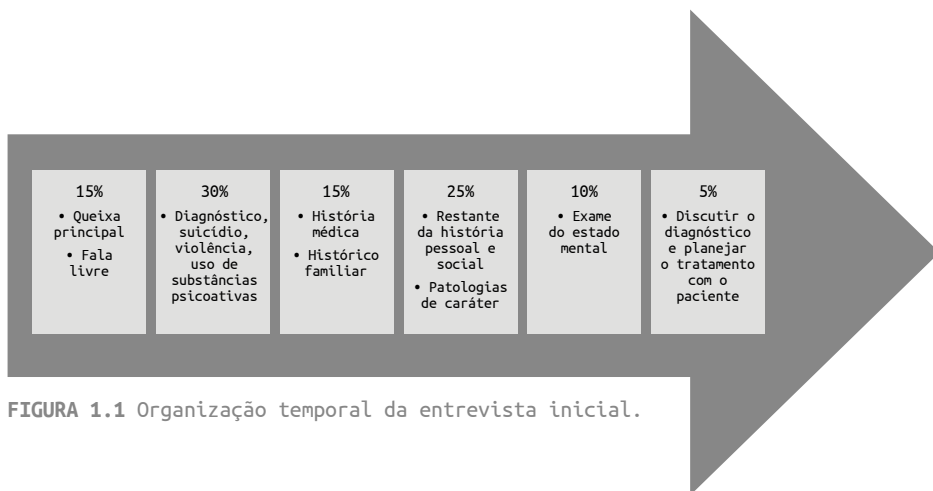


FIGURA 1.1 Organização temporal da entrevista inicial.

Ainda nos primeiros contatos com o paciente, é necessária a avaliação de sua motivação para mudança. O reconhecimento do estágio motivacional do paciente é uma das principais tarefas do profissional. De acordo com Prochaska e DiClemente (1986), a motivação do paciente segue uma espiral nos seguintes estágios:

- 1. Pré-contemplanção (ou pré-ponderação):** o paciente não reconhece que tem um problema.
- 2. Contemplanção (ou ponderação):** o paciente reconhece que tem um problema, mas está ambivalente quanto a mudar seu comportamento.
- 3. Determinação (ou preparação):** o paciente decide fazer a mudança, mas ainda não faz nada a esse respeito.
- 4. Ação:** o paciente *realiza* a mudança por meio de estratégias eficazes (mudança do estilo de vida, reconhecimento e enfrentamento de situações de risco, etc.).
- 5. Manutenção:** o paciente, uma vez que conseguiu atingir a mudança, toma decisões no sentido de manter o novo comportamento. A recaída poderia interromper esse processo de mudança e fazer o indivíduo regredir a estágios anteriores.

Dessa forma, cabe ao profissional (após a identificação do estágio motivacional do paciente) estar apto — caso necessário — para a aplicação da entrevista

motivacional no sentido de estimular o comprometimento e a decisão de mudar, sabendo que a motivação não é algo que a pessoa tem ou não tem, mas que pode desenvolver, sendo encorajada pelo profissional (Miller & Rollnick, 2001; Rollnick, Miller, & Butler, 2009). Percebe-se, na prática clínica, que a avaliação correta do estágio motivacional e a utilização adequada da entrevista motivacional ainda são desafios a serem trabalhados, já que muitos profissionais não possuem preparo. Isso pode levar ao manejo incorreto do paciente e, conseqüentemente, à desistência do tratamento.

Também é importante que o profissional esteja atento à construção da relação terapêutica, sendo esta definida como a interação de recíproca influência entre terapeuta e paciente, na qual a pessoa que procura ajuda beneficia-se do trabalho de um profissional habilitado a utilizar técnicas e procedimentos específicos, ao mesmo tempo em que utiliza importantes habilidades sociais como a empatia (Meyer & Vermes, 2008). Mostrar entendimento e empatia pelos sentimentos do paciente, aceitando suas crenças como genuínas, facilita a relação e a adesão ao tratamento.

Nessa perspectiva, é necessário que o profissional esteja ciente da natureza de seus sentimentos, especialmente quando algo o incomoda em relação ao paciente (Morrison, 2010). As características pessoais do profissional são, em parte, responsáveis pelo resultado terapêutico satisfatório, já que alguns de seus comportamentos e algumas de suas características podem dificultar o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica, prejudicando o trabalho clínico, segundo Rangé (2001).

Um procedimento que ajuda na primeira entrevista é dar para o paciente preencher, na sala de espera, uma ficha na qual estão presentes dados de identificação importantes para o entendimento e o acompanhamento do caso. A coleta desses dados tornaria a entrevista pouco empática, por ser necessário realizar um inquérito para coletar essas informações.

Na Figura 1.2, disponibilizamos um modelo de ficha de atendimento, a qual foi elaborada pelas autoras deste capítulo. Ela pode ser oferecida para o paciente pela secretária ou pelo próprio terapeuta na sala de espera. Essa ficha será a primeira página do prontuário do paciente, que deve ser montado desde a primeira entrevista.

FICHA DE ATENDIMENTO	
Nome:	_____
Endereço:	_____
Telefone residencial:	_____ Celular: _____
Telefone de contato com familiar:	_____
E-mail:	_____
Data de nascimento:	_____ Idade: _____
Escolaridade:	_____
Profissão:	_____ Ocupação atual: _____
Estado civil:	_____ Reside com: _____
Já fez psicoterapia antes:	_____
Motivo:	_____
Quem indicou a clínica/terapeuta:	_____
Motivo da busca e dados de história (o terapeuta preencherá):	_____ _____ _____
Hipótese diagnóstica:	_____
Outros profissionais envolvidos no atendimento:	_____ _____
Tratamento farmacológico:	_____
Plano de tratamento:	_____
Data da primeira consulta:	_____ Terapeuta responsável: _____

FIGURA 1.2 Modelo de ficha de atendimento.*

* Disponível para *download* em www.sinopsyseditora.com.br/forguiaexse

Um método que também evita que a entrevista inicial não se torne um inquérito é começar a fala com uma intervenção aberta (aquela que não pode ser respondida com sim ou não) — por exemplo: “Como você veio parar aqui?”, ou “O que o trouxe aqui?”, ou ainda “Como posso lhe ajudar?” (Miller & Rollnick, 2001). Deve-se tentar transformar o motivo da busca de atendimento em uma hipótese diagnóstica, descartando os possíveis diagnósticos diferenciais e, depois, perguntar a respeito de outros diagnósticos que o paciente possa ter (psiquiátricos e clínicos). É interessante usar, mentalmente, um esquema semelhante a uma cômoda (Figura 1.3): não devemos abrir gavetas de novos diagnósticos sem fechar a gaveta do diagnóstico que está sendo investigado — ou seja, sem termos certeza sobre se esta última hipótese pode ou não ser estabelecida, não investigaremos novas hipóteses diagnósticas.

Deve-se lembrar que cerca de metade das pessoas com diagnóstico de dependência química tem outra doença psiquiátrica comórbida, conforme destacado por Zaleski et al. (2006), e que isso também é comum em outros transtornos aditivos.

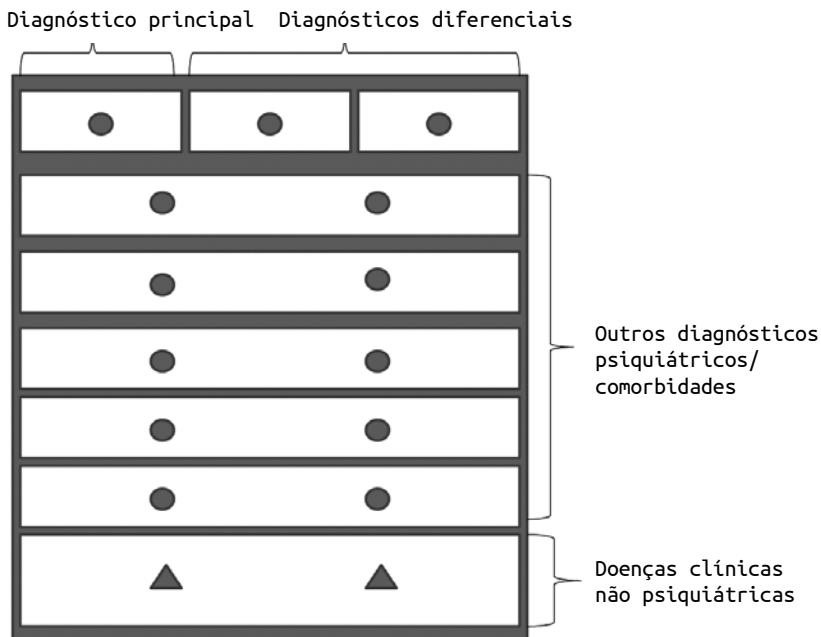


FIGURA 1.3 Esquema para realização da entrevista inicial.

No entanto, quando há o uso de substâncias psicoativas, não é fácil fazer um diagnóstico de comorbidade, pois sintomas psiquiátricos podem ser confundidos com efeitos da intoxicação e com a síndrome de abstinência. Igualmente, de acordo com a *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993), os sintomas podem ser de um transtorno induzido pelo uso de substâncias (ocorrem nas primeiras 48 horas que a pessoa reduz ou interrompe o uso e podem durar até 6 meses — mas em 1 mês boa parte desses sintomas tem que ser atenuados) ou representar um transtorno psicótico residual de início tardio (que inicia 2 semanas ou mais após a interrupção do uso, mas deve-se estabelecer umnexo causal com esse consumo). Além disso, problemas médicos/orgânicos e efeitos de medicamentos podem mimetizar sintomas de transtornos psiquiátricos, e devem ser investigados.

Sempre que alguém que usa substâncias psicoativas apresentar sintomas compatíveis com transtornos psiquiátricos, o terapeuta deve, então, fazer para si as seguintes perguntas, nesta ordem:

1. Os sintomas não são decorrentes da intoxicação?
2. Os sintomas não são da síndrome de abstinência?
3. Os sintomas não são decorrentes de algum medicamento, ou problema médico/orgânico?
4. Os sintomas não são de um transtorno induzido?
5. Os sintomas não são de um transtorno de início tardio?

Somente se a resposta a todas essas perguntas for *não*, o terapeuta deve pensar que há uma comorbidade psiquiátrica.

Assim, para fazer o diagnóstico de comorbidade psiquiátrica, o paciente tem que apresentar os sintomas psiquiátricos em um período de pelo menos 6 meses em abstinência ou os sintomas devem ter iniciado antes do histórico de uso de substâncias. Se não for possível fazer esse diagnóstico, acompanhar o paciente em abstinência ajudará nessa avaliação.

Durante a entrevista inicial, deve ser realizado o exame do estado mental do paciente para que seja formulada uma hipótese diagnóstica e para que sejam avaliados os riscos que esse paciente está oferecendo, com o seu comportamento,

para si e para outros, ressalta Dalgalarrondo (2000). Caso sejam constatados risco à vida ou risco de agressão e prejuízos importantes que impeçam o tratamento ambulatorial, pode ser necessário o encaminhamento para internação psiquiátrica (Kaplan, Sadock & Sadock, 2007).

EXAME DO ESTADO MENTAL: BREVE RESUMO PARA AUXILIAR NA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

ÁREA PERCEPTIVA

CONSCIÊNCIA

De acordo com Dalgalarrondo (2000), a consciência pode ser vista por três acepções diferentes: a primeira diz respeito à definição neuropsicológica em que se emprega o estado de estar desperto/vígil; a segunda se refere à dimensão subjetiva da atividade psíquica do sujeito que se volta para a realidade; e, por último, temos a definição ética e filosófica, que se refere à capacidade de tomar consciência dos deveres éticos e de assumir responsabilidades. Damásio (2005) amplia a reflexão quando diz que uma teoria da consciência não deve ser apenas uma teoria sobre como o cérebro cria cenas mentais integradas e unificadas, mas um padrão mental que reúne o objeto e o *self* — a autoconsciência.

Para Kaplan et al. (2007), as alterações da consciência normalmente indicam problemas cerebrais orgânicos, que podem ser apenas momentâneos. Por vezes, percebem-se flutuações em níveis de consciência divididos em:

- **Lucidez:** sem alterações.
- **Obnubilação/sonolência:** alteração na capacidade de pensar claramente sobre os estímulos comuns, percebê-los, responder a eles e recordá-los com a rapidez habitual.
- **Confusão:** embotamento do sensorio, dificuldade de compreensão, desorientação.
- **Estupor:** diminuição significativa dos movimentos espontâneos.
- **Coma:** abolição completa da consciência.

ATENÇÃO

Atenção é o meio pelo qual processamos ativamente uma quantidade limitada de informação a partir da enorme quantidade disponível por meio de nossos sentidos, de nossas memórias armazenadas e de nossos outros processos cognitivos. Inclui processos conscientes e inconscientes (Sternberg, 2008).

Dalgalarrondo (2000) ressalta que a atenção resulta de diversas áreas do sistema nervoso. As principais são: o sistema reticular ativador ascendente, que possibilita o nível de consciência básico para os processos de atenção; e as áreas corticais, principalmente pré-frontais, que, por meio de processos de seleção e concentração, estabelecem critérios hierárquicos para a consciência, direcionando e selecionando o foco de atenção.

A qualidade da atenção pode ser descrita por sua vigilância, permitindo ao indivíduo mudar seu foco de um objeto para outro, e por sua tenacidade, que é a capacidade de fixar sua atenção em determinada área ou em determinado objeto (Dalgalarrondo, 2000).

ORIENTAÇÃO

A orientação se refere à capacidade de situar-se quanto a si mesmo e ao ambiente e é um elemento básico da atividade mental. A orientação se subdivide em autopsíquica, que é a orientação que o indivíduo tem em relação a si mesmo (p. ex., se o paciente sabe quem é, sua profissão, seu estado civil, etc.), e alopsíquica, que diz respeito a orientar-se em relação ao mundo, isto é, quanto ao tempo e ao espaço (Dalgalarrondo, 2000).

SENSOPERCEÇÃO

Segundo Dalgalarrondo (2000), todas as informações básicas do ambiente, necessárias à sobrevivência do indivíduo, chegam até o organismo por meio das sensações. A sensação é definida como o fenômeno gerado por estímulos físicos, químicos ou biológicos variados, originados fora ou dentro do organismo, que produzem alterações nos órgãos receptores, estimulando-os. Por percepção, entende-se a tomada de consciência, pelo indivíduo, do estímulo sensorial. Kaplan et al. (2007) destacam que é importante verificar as circunstâncias da ocorrência de qualquer experiência alucinatória. As alucinações hipnagógicas, que ocorrem

quando se adormece, e as alucinações hipnopômicas, que ocorrem quando se desperta, têm muito menos relevância do que os outros tipos de alucinações, e não são consideradas patognomônicas.

As alterações sensorceptivas do tipo quantitativas podem ser: hiperestésias (percepções aumentadas, comuns em usuários de drogas como cocaína ou maconha), hipoestésias (comuns em pacientes deprimidos, quando o mundo é percebido como mais escuro, ou os alimentos têm pouco sabor) e analgesia (quando partes do corpo estão anestesiadas). Também há o grupo das alterações qualitativas, nas quais estão incluídas: ilusões — que são deformações na percepção de um objeto real — e alucinações — quando são percebidos estímulos que não estão presentes (Dalgarrondo, 2000). As alucinações podem ser visuais, auditivas, táteis, cinestésicas (percebem-se movimentos que não estão ocorrendo), cenestésicas (sensações em órgãos internos) e sinestésicas (o órgão realiza uma função que não é compatível com as suas, como “ver os sons”) (Dalgarrondo, 2000).

ÁREA INTELECTIVA

MEMÓRIA

A memória é a capacidade de registrar, manter e evocar os fatos já ocorridos. A capacidade de memorizar relaciona-se intimamente com o nível de consciência, com a atenção e com o interesse afetivo. A memória também está relacionada com a forma, a conservação e a evocação de informações. A aquisição também é chamada de aprendizagem, pois diz que “só se grava aquilo que foi aprendido”. A evocação também é chamada de recordação, lembrança, recuperação (Dalgarrondo, 2000; Izquierdo, 2002).

Para Dalgarrondo (2000) e Izquierdo (2002; 2004), a memória é dividida em fases ou tipos, de acordo com sua função e pelo tempo que mantém as informações:

- **Memória imediata, memória de trabalho ou memória operacional:** re-tém conteúdos em palavras ou imagens, possuindo uma capacidade limitada,

diretamente envolvida com a concentração do indivíduo ao estímulo. Ela serve para “gerenciar a realidade”: funciona como um sistema *on-line* e mantém as informações por alguns segundos ou, no máximo, minutos. Avalia se a informação é uma nova memória ou se já consta nos arquivos.

- **Memória recente ou memória de curto prazo:** relaciona-se à capacidade de reter informações por um período curto, durando de 1 a 6 horas. Também tem capacidade limitada.
- **Memória remota ou de longo prazo:** é a capacidade de evocação de informações e acontecimentos do passado, após muitas horas, dias ou anos, com capacidade ampliada.

Segundo Dalgalarrondo (2000), a alteração de memória pode ser anterógrada ou retrógrada. Na amnésia anterógrada, o indivíduo não consegue fixar conteúdos mnêmicos a partir do evento que lhe causou dano cerebral; e, na amnésia retrógrada, perde a memória para fatos ocorridos antes da doença.

Para avaliar a memória, o ideal é utilizar algum teste psicológico específico, mas a investigação de informações a respeito de dados da história pregressa e o uso do minixame do estado mental podem ser bons indicadores (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

PENSAMENTO

O pensamento pode ser dividido quanto à produção, ao curso e ao conteúdo. A produção se refere à maneira como o indivíduo reúne ideias e associações, podendo ser predominantemente lógico ou mágico. O curso relaciona-se à forma como ele se apresenta (agregado, desagregado, com fuga de ideias, etc.). Já o conteúdo se refere àquilo que realmente se pensa sobre ideias, crenças, preocupações e obsessões, fazendo parte dele os delírios e as ideias delirantes e supervalorizadas (Dalgalarrondo, 2000; Kaplan et al., 2007).

LINGUAGEM

A linguagem pode ser entendida como suporte do pensamento, como instrumento de expressão dos estados emocionais e das vivências internas ou subjetivas, ou como afirmação do *self* e de instituição das imposições eu/

mundo e eu/outro (Dalgarrondo, 2000). A linguagem pode ser normolálica, bradilálica (velocidade reduzida), taquilálica (velocidade aumentada), etc. (Kaplan et al., 2007).

INTELIGÊNCIA

A inteligência pode ser definida como a totalidade das habilidades cognitivas do indivíduo. Refere-se à capacidade de identificar e resolver problemas novos, bem como reconhecer adequadamente as situações, a fim de utilizar os comportamentos mais adequados possíveis para si e para o ambiente (Dalgarrondo, 2000).

A inteligência deve ser avaliada por meio de testes psicológicos, como a Escala de Inteligência Wechsler para Adultos (WAIS, do inglês Wechsler Adult Intelligence Scale; Wechsler, 2005) ou a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC, do inglês Wechsler Intelligence Scale for Children; Wechsler, 2002) — para avaliar o quociente de inteligência (QI), ou R1, de acordo com Oliveira (2002), e G36, evidenciado por Rojas Bocalandro (2003), para avaliar o índice de inteligência geral. Outro parâmetro que pode ser utilizado são os provérbios: pede-se ao paciente que os traduza, demonstrando o seu grau de abstração (Kaplan et al., 2007).

ÁREA AFETIVA

AFETO

O humor está dentro da categoria afeto no exame das funções mentais. O examinador está interessado em saber se o paciente fala voluntariamente sobre seus sentimentos ou se é necessário perguntar como se sente ou qual é seu estado de ânimo. Na avaliação do humor, devem estar incluídas profundidade, intensidade, duração e flutuação dessa variável. Já o afeto pode ser definido como a resposta emocional atual do paciente inferida a partir de sua expressão facial, incluindo a quantidade e a variabilidade de comportamentos expressivos. O afeto pode ou não ser congruente com o humor (Dalgarrondo, 2000; Kaplan et al., 2007).

Exemplos de estados de humor seriam a eutimia (humor normal), a euforia (elevação do humor) e o humor deprimido. Exemplos de estados afetivos seriam o

afeto modulado (normal), hipomodulado (pouca modulação afetiva) ou embotado (quase não há expressão de afeto) (Kaplan et al., 2007).

ÁREA CONATIVA

CONDUTA

A conduta se divide em duas categorias: a que descreve o comportamento e a atividade psicomotora, incluindo maneirismos, tiques, gestos, contrações musculares e comportamentos estereotipados; e a que se refere à atitude para com o examinador, e pode ser descrita como cooperativa, amigável, atenta, interessada, hostil, sedutora, cautelosa ou defensiva (Kaplan et al., 2007).

JUÍZO CRÍTICO

Avalia-se o juízo crítico verificando a capacidade de discernimento, de fazer relação entre o fato e as prováveis consequências dos seus atos (Kaplan et al., 2007). O erro de julgamento origina-se do desconhecimento ao julgar ou do julgamento apressado baseado em premissas falsas (Dalgalarrodo, 2000).

Após o terapeuta fazer as entrevistas diagnósticas, realizará a psicoeducação a respeito do(s) diagnóstico(s) que ele apresenta, oferecendo materiais com informações a esse respeito. No caso de pacientes com transtornos da personalidade e deficiência intelectual, o terapeuta deve avaliar qual é o melhor momento ou forma de fazê-lo. Já nos atendimentos de indivíduos com transtornos por uso de substâncias, caso o paciente esteja pré-contemplativo e sem crítica a respeito do seu diagnóstico, pode-se utilizar o termo “problema” para não gerar reatância (para mais informações, veja o Capítulo 2).

A seguir, na Figura 1.4, será apresentado um roteiro de entrevista inicial, o qual foi elaborado pelas autoras deste capítulo. Ele serve de norteador para uma boa avaliação.

ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL*Crack*

Cocaína

Maconha

Álcool (Qual é a bebida?

Apresenta tremores?)

Tabaco

Solvente

Outras

Nome:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Número de filhos:

Cidade onde reside:

Com quem mora:

Tratamento voluntário/involuntário ou compulsório (ordem judicial):

Como veio parar no serviço (motivo da busca):

Já usou substâncias ou tem comportamento exagerado? Quando iniciou?

Consumo (g/dia, cigarros/dia, R\$/mês, etc.):

Frequência:

Fissura (de 0 a 10):

Motivação para o tratamento e para interromper o uso de cada substância ou comportamento exagerado:

Quanto tempo quer ficar no tratamento?

Usa algum medicamento? Qual? Há quanto tempo? Por quê?

Tem problemas na justiça? Qual?

Tem ideação suicida? Já tentou suicídio? Quando? Quantas vezes? Como foi o planejamento e a execução? Estava intoxicado quando tentou? Tem alguma ideia nesse momento? Seria capaz de realizá-las? Tem algum plano?

Tem alucinações? Desde quando? Quantas? As alucinações surgem apenas quando você está intoxicado? Elas surgem quando você começa a adormecer? Ou ao acordar?

Tem convulsões? Desde quando? Quantas? As convulsões acontecem apenas quando você está intoxicado?

Você tem algum problema físico? Você tem outras doenças?

TRANSTORNO	SINAIS E SINTOMAS
Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade	Comportamento na escola: dificuldade de ficar quieto, fica no “mundo da lua”, dificuldade de manter a atenção em atividades de leitura.
Transtorno da conduta/ transtorno de oposição desafiante	Brigas, relação conturbada com autoridades, crueldade com animais, manipulação de pessoas, tendência a mentir.

Transtorno depressivo maior	Sentimento de desvalia, tristeza, desânimo, alteração no sono e no apetite, ideação suicida.
Transtorno bipolar	Pensamento rápido, mais vontade de fazer sexo, menos sono, mais gastos.
Transtorno de pânico	Muito medo sem explicação, incapacitação, sintomas autonômicos – verificar se o paciente tem medo de lugares dos quais é difícil fugir para avaliar se o pânico é com ou sem agorafobia.
Fobia específica	Medo intenso de algo específico (altura, lugares fechados, injeção, animais, etc.).
Fobia social, (transtorno de ansiedade social)	Medo da relação com o público, medo de falar com estranhos, medo da avaliação dos outros.
Transtorno de ansiedade generalizada	Preocupação intensa (“e se...”, “será que...”), irritabilidade, fadigabilidade, tensão muscular.
Transtorno obsessivo-compulsivo	Mania de limpeza, excesso de organização (com sofrimento), comportamentos repetitivos, rituais de verificação.
Transtorno de estresse pós-traumático	Trauma do qual se lembra frequentemente, ansiedade, sonhos, evitações.
Hipocondria/transtorno de sintomas somáticos	Preocupações com a própria saúde, sintomas físicos que não são explicados por condição médica.
Esquizofrenia/ psicoses	Ver coisas, ouvir vozes (alucinações), ouve alguém dando ordens, acredita ter poderes incríveis, sente desconfiança.
Transtornos sexuais	Problemas na área sexual: falta de vontade, dificuldades, etc.
Transtornos alimentares	Há algum problema alimentar (p. ex., comer e vomitar, usar laxantes, comer muito em pouco tempo)? Se sim, investigar frequência, quantidade, duração, grau de prejuízo e motivação para a mudança.
Transtorno do jogo	Há problemas com jogo? Se sim, investigar frequência, quantidade, duração, grau de prejuízo e motivação para a mudança.
Tricotilomania (transtorno de arrancar o cabelo) e transtorno de escoriação (skin-picking)	Tem mania de arrancar os cabelos? Tem mania de se arranhar, tirar cascas da pele? Se sim, investigar frequência, quantidade, duração, grau de prejuízo e motivação para a mudança.

(Continua)

(Continuação)

TRANSTORNO	SINAIS E SINTOMAS
Outros transtornos do exagero (compras, sexo, internet)	Há descontrole com sexo, compras ou uso da internet? Se sim, investigar frequência, quantidade, duração, grau de prejuízo e motivação para a mudança.
Transtorno do sono-vigília	Como é o sono? Há insônia ou outro problema?
Transtorno da personalidade	Se aparecer algo, investigar no início; se não, investigar aos poucos.
EXAME DO ESTADO MENTAL	
Sensopercepção	Alucinação: intoxicado ou não (ao adormecer ou acordar?). Ilusões: distorções da realidade.
Atenção	Tenacidade: hipotenaz, normotenaz, hipertenz. Vigilância: hipovigil, normovigil, hipervigil.
Consciência	Lucidez, sonolência, obnubilação, confusão, estupor e coma.
Orientação	Orientado ou desorientado auto e alopsiquicamente.
Pensamento	Produção: predominantemente lógico/mágico. Curso: agregado/desagregado, fuga de ideias. Conteúdo: com ou sem delírios.
Linguagem	Normolalia, taquilalia, bradilalia.
Inteligência	Clinicamente inferida na média (não testada); ver provérbios, grau de abstração, aplicar testagem.
Memória	Sem alterações (não testada); imediata, retrógrada, anterógrada, etc.
Conduta	Motivado para tratamento, colaborativo na entrevista, uso de substâncias psicoativas, agressividade.
Afeto	Modulado (demonstra), hipomodulado (não demonstra muito), embotado (quase não demonstra).
Humor	Eutímico, deprimido, irritável, eufórico.
Juízo crítico	Preservado, boa capacidade de <i>insight</i> .

FIGURA 1.4 Modelo de entrevista inicial.*

Fonte: adaptada de APA (2014).

* Disponível para *download* em www.sinopsyseditora.com.br/forguiaexse

ENTREVISTA DIALOGADA COMENTADA: CASO DO PACIENTE DIEGO

Para ilustrar uma entrevista inicial, será apresentada uma entrevista dialogada de um caso atendido em um consultório particular.

Terapeuta: Boa tarde, Diego. Como foi chegar até a clínica?

Paciente: Foi fácil, peguei o ônibus e desci aqui perto.

ACOLHIMENTO E ESTABELECIMENTO DE UMA RELAÇÃO COM O PACIENTE. TAMBÉM É POSSÍVEL APROVEITAR AS INFORMAÇÕES PARA AVALIAR A ORIENTAÇÃO ALOPSÍQUICA.

T: Que bom. Então, para começar, vou me apresentar. Sou a Renata, sou psicóloga e quero lhe explicar como funcionará nossa conversa: em um primeiro momento, vou pedir para você preencher a primeira parte desta ficha de atendimento aqui na sala de espera (pode parar na parte do motivo da busca; depois preenchemos juntos). Quando você terminar, entramos para conversar.

Após o paciente preencher a ficha de atendimento, ele e a terapeuta entram na sala de atendimento.

T: Durante todo o tempo da entrevista, que vai durar em torno de 1 hora, vou fazer perguntas para entender o que trouxe você para atendimento. Tudo bem até aqui?

APRESENTAÇÕES NO INÍCIO DO ATENDIMENTO EVIDENCIAM RESPEITO PELA INDIVIDUALIDADE DO PACIENTE, AUXILIANDO NO ESTABELECIMENTO DOS PAPÉIS. É PRECISO CRIAR UMA RELAÇÃO DE TRABALHO; PARA QUE ISSO OCORRA, DEVE-SE INFORMAR O FUNCIONAMENTO DA ENTREVISTA.

P: Tudo bem.

T: Certo, queria saber primeiro: por que você buscou atendimento?

P: Bom, já faz tempo que eu queria procurar ajuda e, dessa vez, não posso desistir.

T: Parece que este é o momento para modificar algumas coisas na sua vida.

A RESPOSTA REFLEXIVA MOSTRA ATENÇÃO DO ENTREVISTADOR E POSSIBILITA CHECAR A INTENÇÃO DO PACIENTE.

P: Sim, já faz algum tempo que uso cocaína. Eu uso desde os 22 anos, já estou com 30. Estou namorando há alguns meses, e a minha namorada não aceita que eu use. Ela está certa, mas eu já tentei parar outras vezes e acho que não consigo fazer isso sozinho.

T: E o que você gostaria neste momento?

P: Eu quero parar de usar. Preciso de ajuda.

É IMPORTANTE CHECAR O ESTÁGIO MOTIVACIONAL DO PACIENTE PARA AJUSTAR AS INTERVENÇÕES SEGUINTE. SUA FASE ATUAL PARA INTERRUPTÃO DO CONSUMO DE COCAÍNA É A *FASE DE AÇÃO*.

T: É uma decisão importante, você parece estar certo de que quer interromper o consumo de cocaína.

P: Eu tenho certeza, mas não sei como... Já tentei algumas vezes e sempre acabei voltando.

T: Certo, Diego. Nosso trabalho terá alguns objetivos; um deles, já que esta é a sua vontade, é auxiliar você a delimitar estratégias para interromper o consumo. Mas, para isso, precisarei fazer algumas perguntas para entender o funcionamento do seu consumo de drogas e, assim, definirmos um plano de tratamento.

P: Ok.

T: Gostaria de saber mais a respeito de seu consumo de cocaína. Disse que iniciou aos 22 anos, me conte como foi.

DELIMITAÇÃO DO TEMA PARA AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DAS SUBSTÂNCIAS.

P: Na época, estava saindo com alguns amigos. A gente costumava ir para as festas e beber muito. Um dia, um deles levou cocaína e disse que era muito bom, que deixava a gente ligado! Eu percebi, desde a primeira vez, que, se eu usasse o pó depois de beber muita cerveja, eu ficava melhor, dava uma virada e eu ficava mais corajoso de “chegar” nas mulheres.

T: E, na época, lembra a quantidade que consumia?

P: Ah, naquele tempo, me lembro que cheirava uma carreirinha só.

T: E com qual frequência?

P: Nos sábados, sempre na mesma festa.

T: Como evoluiu o seu consumo?

P: Foi aumentando. Hoje em dia eu cheiro mais, parece que precisa mais para ter o mesmo barato. Uso todo final de semana, às vezes também na quinta, que saio mais cedo do trabalho.

T: Sabe que dia é hoje?

APROVEITAMENTO DA FALA DO PACIENTE PARA VERIFICAR ORIENTAÇÃO TEMPORAL E CHECAGEM DE FISSURA.

P: Sim, quinta. Mas hoje não vou usar. Estou aqui e estou tranquilo, sem fissura. O difícil vai ser amanhã, que é sexta. Como não usei hoje, amanhã meu corpo vai pedir a droga.

T: E quando foi o último dia que usou?

P: No domingo passado.

T: E como está a sua fissura para usar cocaína agora? Se tivesse que me dar uma nota de 0 a 10, em que 0 é nada e 10 é muita fissura, como ficaria?

P: Hum, nota três.

T: Ok. Você me disse que antes de usar cocaína bebia nas festas. Lembra-se da primeira vez que usou álcool?

P: Faz tempo. Acho que eu tinha uns 14 anos. Numa festinha do colégio.

T: E como foi?

PERGUNTA ABERTA PARA INVESTIGAR CONSUMO DE ÁLCOOL.

P: Ah, lembro que foi a minha primeira festinha. Os meninos estavam lá num canto e as meninas, no outro. Bebi uma latinha de cerveja para me soltar um pouco. Eu sou muito tímido.

T: Você bebeu para se sentir mais à vontade?

P: Claro, a cerveja me deixa mais corajoso, mais solto.

DEMONSTRA NECESSIDADE DE CONSUMO DE ÁLCOOL COMO ENCORAJADOR, O QUE CHAMA ATENÇÃO PARA HIPÓTESE DE *FOBIA SOCIAL*. DEVE-SE MANTER A INVESTIGAÇÃO.

T: E hoje em dia, como está seu consumo de álcool?

P: Bebo pouco, socialmente.

T: Quanto é socialmente?

P: Por exemplo, semana passada fui a um aniversário e devo ter bebido umas duas latinhas. Nos sábados, quando encontro meus amigos, depende do meu ânimo, mas bebo sozinho no máximo umas duas garrafas. Não sou muito de beber, na verdade quando era solteiro bebia para “chegar” nas meninas, agora que estou namorando não faço questão.

T: E quando foi o último dia que consumiu bebida alcoólica?

P: Sábado passado.

T: Qual é a sua fissura para bebida neste momento, de 0 a 10?

P: Nenhuma, 0.

T: Percebi sua carteira de cigarros no bolso da camisa... Faz tempo que fuma?

P: Comecei o cigarro também com 14 anos. Meu pai sempre fumou em casa. Hoje em dia fumo 1 carteira de cigarros por dia.

T: No início, fumava quantos?

P: No início, eu fumava menos. Tentei parar uma vez, mas foi pior. Fiquei bastante ansioso e irritado. Na verdade, eu gosto de fumar, me acalma.

A FALA DO PACIENTE MOSTRA QUE ESTÁ *PRÉ-CONTEMPLATIVO* PARA INTERROMPER O CONSUMO DE CIGARRO.

T: Está com fissura agora?

P: Um pouco, nota 6. Quando sair, eu fumo.

T: E já usou alguma outra droga?

P: Experimentei maconha com 15 anos, foi bem ruim. Fumei um baseado com um amigo. Achei muito ruim.

T: Depois desse episódio, não usou mais?

P: Não, foi a única vez.

T: Já fez uso de cocaína injetável, ou alguma outra droga como solventes, anfetaminas, *crack*?

P: Não, só experimentei maconha e o que eu uso mesmo é a cocaína.

APÓS A CHECAGEM DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, SEGUE CHECAGEM DE CONDIÇÃO MÉDICA GERAL E USO DE MEDICAMENTOS.

T: Faz uso de algum medicamento de uso contínuo?

P: Não.

T: Tem alguma doença?

P: Também não, só tive asma quando criança e faz mais de 15 anos que não tenho uma crise.

T: Certo, Diego. Gostaria de retomar uma questão que você comentou a respeito do seu consumo de álcool nas festas para “chegar” nas meninas. Explique-me melhor.

DIRECIONAMENTO DE QUESTÕES RELACIONADAS À CHECAGEM DA HIPÓTESE DE *FOBIA SOCIAL*.

P: Eu sempre fui meio tímido, não sabia o que fazer nem o que dizer.

T: E essa timidez aparece apenas quando vai “chegar” em meninas ou quando precisa falar com estranhos — na rua, por exemplo, para pedir informações?

P: As duas coisas. Algumas vezes, quando preciso achar um endereço, prefiro ligar para minha mãe a perguntar para alguém.

T: E por que não pede ajuda de pessoas que estão próximas ao local que procura, por exemplo?

P: Ah, isso me incomoda. Eu sei que deveria pedir, seria mais prático, mas não gosto.

T: E para falar em público como é?

P: Eu não gosto. Nas reuniões da empresa, por exemplo, para evitar falar eu atualizo o meu gerente e ele acaba falando tudo por nós dois.

T: E se um dia acontece de o gerente não estar?

P: Isso já aconteceu! Tive que falar na frente de todo mundo, me senti um ridículo, até gaguejei! Foi horrível, meu coração parecia que ia explodir, minhas mãos suavam. Sempre que eu posso, tento fugir dessas situações.

T: Disse que o coração pareceu que ia explodir... Chegou a pensar em problemas cardíacos e que pudesse morrer?

APROVEITA-SE O RELATO DOS SINTOMAS AUTONÔMICOS PARA INVESTIGAR HIPÓTESE DE *ATAQUE DE PÂNICO*.

P: Não, isso dá e passa. Eu falo se for preciso, mas continuo fugindo de situações como essa.

T: Bom, Diego, já pude conhecer um pouco sobre a sua relação com o consumo de substâncias e também sobre a sua timidez e as dificuldades que enfrenta com isso. Agora, fale-me um pouco sobre sua vida antes de iniciar o consumo de drogas, na época da escola.

UM BREVE RESUMO DURANTE A ENTREVISTA DEMONSTRA ATENÇÃO DO ENTREVISTADOR E POSSIBILITA CONSTRUIR UM SEGUNDO MOMENTO. TAMBÉM POSSIBILITA AO PACIENTE RETIFICAR QUESTÕES COM AS QUAIS NÃO CONCORDA.

P: Bom, eu sempre estudei em colégio público. Cheguei a repetir o 4º ano, mas nunca tive problemas na escola. Terminei o colégio com 18 anos e entrei na faculdade de administração com 20; aos 26 estava formado.

DIRECIONANDO PARA A INFÂNCIA, É POSSÍVEL INVESTIGAR HIPÓTESE DE TRANSTORNOS DA INFÂNCIA.

T: Chegou a repetir o ano... O que aconteceu?

P: Sim, foi o ano quando mudei de escola, porque nos mudamos. Morávamos no interior e viemos para a capital. Aí demorei um pouco para me adaptar, acho que foi normal.

T: Você era um aluno que costumava ficar atento às explicações da professora?

DIRECIONAMENTO PARA INVESTIGAÇÃO DA HIPÓTESE DE *TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE*.

P: Sim, não tinha problemas com isso.

T: Têm alunos que ficam atentos e copiam rápido e depois não param na classe. Como você era?

P: (*Risos*) Eu parava sim! Meu pai era bem rígido, agressivo até. Minha mãe também era exigente, eles sempre conferiam os meus cadernos, me cobravam bastante. Lembra que eu falei que tinha vergonha de falar na frente de outras pessoas? Nessa época do colégio já era assim.

T: E sua relação com os professores, como era?

AVALIANDO HIPÓTESES DE *TRANSTORNO DA CONDUTA* OU *TRANSTORNO DE OPOSIÇÃO DESAFIANTE*.

P: Ah... as pessoas diziam que eu era o “queridinho” das professoras, mas na verdade era porque eu fazia as coisas que elas pediam, só por isso.

T: Explique melhor.

UMA PERGUNTA ABERTA QUE ESTIMULA O PACIENTE A DISCORRER MAIS SOBRE O ASSUNTO.

P: Eu fazia as tarefas e não ficava agitando a sala.

T: E você costumava aceitar as ordens dos professores?

P: Sim, nunca tive problema com hierarquia. Acho que ela serve para organizar as coisas. Lá na empresa, tenho o meu gerente e sou subordinado a ele, mas também tem outros cargos abaixo de mim; às vezes, preciso dar ordens, não gosto muito de fazer isso, mas dou, faz parte do meu trabalho.

T: E como é a sua organização lá na empresa onde trabalha?

DIRECIONAMENTO PARA AVALIAR HIPÓTESE DE *TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO*.

P: Ah, eu sou bem rígido, como meu pai. Às vezes, tem uns que deixam documentos em lugar errado, aí a gente demora um tempão para encontrar.

T: Ok, é importante ter uma organização para convívio diário. Mas, por exemplo, se a minha mesa estivesse desorganizada (*a terapeuta desalinha os livros da mesa, deixa os papéis da pasta jogados sobre o computador, tira as canetas do estojo e as desorganiza*)... Isso o incomoda?

P: Não me importo, a mesa é sua. O que me incomoda é quando atrapalha o meu trabalho.

T: A desorganização no trabalho lhe causa algum sofrimento?

P: Acho que, quando organizo o material, meu trabalho tem um rendimento melhor, mas às vezes não consigo tempo para arrumar no dia e sei que terei que fazer no dia seguinte. Quando falei rígido é porque gosto de fazer um trabalho bem-feito.

T: E você tem alguma “mania” que o incomoda, algum comportamento repetitivo?

P: Não. Às vezes minha namorada fala... diz que eu procuro demais ela (*o paciente fica ruborizado*).

T: Percebo que ficou constrangido. Gostaria de lembrar que têm situações que por vezes nos constrangem, mas é importante que aproveite este espaço para trazer informações que ache relevante.

REFLEXO DE SENTIMENTO PARA ACOLHER O MOMENTO CONSTRANGEDOR DO PACIENTE, MOSTRANDO TAMBÉM COMPREENSÃO. À POSTURA EMPÁTICA DO PROFISSIONAL CONTRIBUI PARA QUE O PACIENTE SIGA SEU DISCURSO.

P: É que a minha namorada diz que parece que eu tenho mania por sexo.

T: Explique melhor.

DIRECIONAMENTO PARA AVALIAR HIPÓTESE DE *TRANSTORNOS SEXUAIS*.

P: É que é muito bom ter relação com ela. Por mim teria sempre.

T: Com que frequência vocês transam?

P: Geralmente, quando ela vai à minha casa, nos finais de semana. E às vezes durante a semana também, quando nos vemos, mas é mais difícil. Gosto de transar, mas não é nada exagerado...

T: E com que frequência você gostaria que fosse?

P: Ah, eu queria que fosse umas 3 vezes por semana, queria ver mais ela. Eu gosto dela; fico triste quando ela está longe.

T: Triste como?

P: Ah é saudade, não tristeza.

T: Por falar em tristeza, Diego... Você já passou por algum momento em sua vida que tenha sentido tristeza?

DIRECIONAMENTO PARA AVALIAÇÃO DE HIPÓTESE DE *TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR*.

P: Sim! Quando meu avô faleceu. Eu tinha uns 14 anos. Ele morreu de câncer no pulmão. Ele fumava muito.

PACIENTE TROUXE HISTÓRICO FAMILIAR DE USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA.

T: Tem mais alguém na família que teve alguma doença ou fez uso de substância?

P: Só o meu avô, que fumava e faleceu de câncer; o meu pai fumava, mas parou há 3 anos.

T: Ok. Você estava falando de tristeza pela morte do avô. Como foi esse período?

P: Lembro que, no primeiro mês, foi mais difícil... Eu chorava bastante e não queria ir para a escola, mas meu pai me obrigava. Depois disso, fui me adaptando com a ausência dele. Sinto saudade até hoje, mas isso faz parte.

T: Além desse episódio, houve outros momentos de tristeza, sem vontade de sair de casa, alterações no sono e na alimentação, em que você comia muito ou muito pouco?

P: Não, você está falando de depressão? Não, isso eu nunca tive, só quando meu avô morreu mesmo.

NA INVESTIGAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS MAIS PREVALENTES, COMO A DEPRESSÃO, O PACIENTE PODE ESTAR ATENTO AO DIRECIONAMENTO QUE O ENTREVISTADOR ESTÁ FAZENDO. SE, NESTE CASO, O ENTREVISTADOR FICAR EM DÚVIDA NA CHECAGEM, DEVE RETOMAR O *CHECKLIST* DOS CRITÉRIOS EM OUTRO MOMENTO DA ENTREVISTA, POIS, DEPENDENDO DO PACIENTE, ELE PODE SE ESQUIVAR E OMITIR SINTOMAS.

T: E pensamentos de morte, já teve?

P: Não.

T: E diferente disso, já teve algum momento em que estava mais agitado, eufórico, mais animado?

DIRECIONANDO QUESTIONAMENTO PARA SINTOMAS DE HIPOMANIA E MANIA PARA VERIFICAR HIPÓTESE DE *TRANSTORNO BIPOLAR*.

P: Já! Geralmente, acontece quando eu uso cocaína.

T: E antes de começar a usar, ou em períodos de 6 meses ou mais de abstinência, inclusive do álcool, teve períodos assim?

P: Não, como lhe falei, sempre fui mais “na minha”.

OBSERVA-SE QUE OS SINTOMAS EUFÓRICOS SÃO MAIS BEM EXPLICADOS PELO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.

T: Já passou por momentos em que ouviu vozes que ninguém mais ouvia ou enxergava coisas que só você via?

P: Não.

T: E momentos em que ficou mais desconfiado dos outros?

P: Também não.

DIRECIONAMENTO PARA INVESTIGAR *SINTOMAS PSICÓTICOS*.

T: Voltando um pouco sobre o que você comentou em relação aos sintomas físicos que sente quando precisa se expor nas reuniões da empresa... Isso também acontece em outras situações?

P: Às vezes.

T: Explique como é.

P: Fico nervoso quando vou à casa dos meus sogros... É pela vergonha...

T: Chega a se sentir tenso, preocupado com outras coisas, como a sua saúde ou a saúde de outras pessoas?

DIRECIONAMENTO PARA CHECAGEM DE SINTOMAS RELACIONADOS A *TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA* E DE *TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS*.

P: Não. Na verdade, isso só acontece nas reuniões da empresa e também quando está toda a família da minha namorada no almoço de domingo.

T: Tem algum trauma na sua vida... Algo em que você pense muito, como um assalto, um abuso, um acidente?

P: Não!

T: E você tem algum medo específico como lugares fechados, altura, algum animal?

P: Não! Quando eu era criança, tinha medo de cachorro... hoje não tenho mais.

T: Fale um pouco sobre o seu sono e alimentação...

P: São ótimos! Durmo bem e me alimento moderadamente, mas meu apetite é bom.

T: E você tem alguma outra coisa que faça de forma descontrolada, como comprar, jogar, usar a internet, ter algum ritual com os cabelos ou ficar se arranhando?

P: Com exceção das drogas, sou muito controlado!

INVESTIGAÇÃO DE *TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, FOBIAS ESPECÍFICAS, TRANSTORNOS ALIMENTARES, PARASSONIAS E OUTROS TRANSTORNOS DO EXAGERO.*

T: Aconteceu alguma situação importante na sua vida que ache relevante trazer para este primeiro encontro que não tenha falado até agora?

INÍCIO DO PROCESSO GRADATIVO DE ENCERRAMENTO DA ENTREVISTA.

P: Nada demais.

T: E o que você faz nos seus momentos livres?

PERGUNTA ABERTA PARA VERIFICAR SE HÁ ALGO MAIS A SER INVESTIGADO QUE NÃO APARECEU ATÉ O MOMENTO.

P: Saio com a minha namorada ou com meus amigos e também fico um tempo na internet.

T: O que você costuma acessar na internet?

P: Nada demais, vejo meus *e-mails*, pesquiso algumas coisas...

T: Bom, Diego... estamos chegando ao fim deste primeiro encontro e

gostaria de pontuar algumas questões para você. Enquanto conversávamos, eu estava investigando alguns possíveis diagnósticos e agora gostaria de lhe falar sobre algumas observações que eu fiz, tudo bem?

P: Claro.

T: Percebi que você está motivado para interromper o uso de cocaína, sendo este o seu principal motivo de busca por atendimento. Observei que seu uso de álcool é esporádico, porém no uso de cocaína e de cigarro encontrei sintomas de tolerância, síndrome de abstinência e insucesso em tentativas anteriores para interromper o consumo. Isso faz com que, entre outras questões, encontremos uma dependência de cocaína e tabaco. Você já tinha conhecimento sobre isso?

ABRIR ESPAÇO PARA O PACIENTE QUESTIONAR E ASSIMILAR AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS. CASO O PACIENTE NÃO ACEITE O DIAGNÓSTICO, NÃO INSISTIR NESSE PONTO PARA NÃO CONFRONTÁ-LO. SE O PACIENTE ESTIVER PRÉ-CONTEMPLATIVO E NÃO SOUBER DO DIAGNÓSTICO, NÃO EXPLICITÁ-LO EM UM PRIMEIRO MOMENTO, MAS FALAR QUE A FAMÍLIA (OU OUTROS) ESTÁ PERCEBENDO QUE ELE TEM PROBLEMAS COM O USO DE SUBSTÂNCIAS OU COM OUTRO COMPORTAMENTO ADITIVO E QUE DISCUTIRÃO A RESPEITO DISSO.

P: Sim, já... principalmente pelo fato de eu não conseguir parar.

T: Além disso, Diego, sobre a conversa que tivemos a respeito da sua timidez e todas as dificuldades envolvidas, encontrei sintomas que fecham um diagnóstico de fobia social.

P: Como assim, isso é doença? Achei que era só timidez.

T: Parece timidez, mas quando apresenta prejuízo significativo no trabalho e nas relações interpessoais tem indicativo de tratamento e um bom prognóstico. Você pode conviver muito melhor nessas situações que hoje você tem feito questão de evitar.

P: Nossa, que bom, nem imaginava isso!

T: Pelo retorno que você está me dando, entendo que você tenha interesse em trabalhar sua dependência da cocaína e também questões

relacionadas à fobia social. Mas... e sobre o uso de tabaco, o que você tem a dizer?

P: Acho que isso pode ficar para depois, no momento não quero parar de fumar.

T: Tudo bem, Diego, mesmo assim gostaria de fornecer a você esse material, que tem informações importantes sobre o cigarro.

NO RELATO, O PACIENTE CONFIRMA ESTAR PRÉ-CONTEMPLATIVO AO USO DE TABACO, E É IMPORTANTE O TERAPEUTA PSICOEDUCÁ-LO SOBRE O TEMA. COMO O PACIENTE SABIA QUE ERA DEPENDENTE, APENAS NÃO QUERIA PARAR DE FUMAR, O DIAGNÓSTICO PODE SER DADO ANTERIORMENTE.

P: Vou ler, doutora!

T: Queria explicar agora como vai ser o nosso tratamento... Trabalho com a terapia cognitivo-comportamental. Você sabe algo a esse respeito?

P: Sei sim, é aquela terapia que diz que os pensamentos fazem com que tenhamos sentimentos e façamos certas coisas... Minha filha leu na internet e me explicou!

T: Isso mesmo! A TCC (a sigla da terapia cognitivo-comportamental) é um tipo de tratamento mais breve, focal, que trabalha os pensamentos, as emoções e os comportamentos. O terapeuta é mais participativo e escreve durante as sessões. Essa linha acredita que nascemos com uma predisposição a ter determinados “óculos”, que são a maneira como nos vemos, vemos o mundo e o futuro... Digamos que a pessoa nasce com uma tendência a ser triste... Ela pode ter óculos mais escuros e, mesmo que o dia esteja ensolarado, vai ver tudo negro...

P: Ah! Então o deprimido vê as coisas de modo mais negativo?

T: Isso mesmo! Você, por exemplo, é mais ansioso, tem uns óculos que o enxergam como mais vulnerável. Isso faz com que veja algumas situações, como as sociais, como mais perigosas e seu futuro como incerto...

P: Bah! É assim mesmo! Mas de onde vêm esses óculos?

T: Como eu lhe falei, existe uma predisposição biológica, mas também tem relação com a forma como cada pessoa é criada... Pais superprotetores, por exemplo, podem ajudar a formar os óculos de vulnerabilidade...

P: Meus pais eram assim mesmo...

T: Esses óculos, em TCC, chamamos de crenças centrais.

P: Eu preferia chamar de óculos mesmo!

T: Na verdade, eu também! (*Risos*) Podemos chamar desse jeito então!

P: Que bom! (*Risos*)

T: O objetivo da terapia vai ser ajudá-lo a limpar esses óculos e ser feliz, analisando também o quanto parar de usar drogas pode ajudá-lo nisso...

P: Vai ajudar, é claro!

T: Na TCC, também damos tarefas de casa para que a terapia continue mesmo quando não estamos frente a frente...

P: Mas não me dá muita coisa!

T: Ok! Só quero que pegue este livro e leia o Capítulo 1, que é a respeito da TCC. Também dê uma olhada neste material que imprimi sobre cocaína, tabaco e fobia social. Vou sempre dar por escrito o resumo do que vimos na sessão e as tarefas nesta ficha aqui. Em cada sessão, você vai ganhar uma ficha. Peço que guarde as fichas em um local seguro para que possa utilizá-las entre as consultas e para que possamos revisá-las quando você tiver alta.

P: Legal, doutora! Sou bem organizado e adoro materiais para ler!

T: Para finalizar, queria fazer algumas combinações de ordem prática com você. (*A terapeuta combina frequência, duração das sessões, valor das consultas, cobrança de faltas não avisadas com antecedência e sigilo. Como o paciente está motivado para a abstinência de cocaína, já se pode combinar a realização de screenings toxicológicos esporádicos para confirmar a abstinência. Salienta-se que os exames não são feitos porque a terapeuta desconfia da veracidade do que o paciente diz, mas para motivá-lo a ficar sem a droga. Para isso, é feita a comparação com um endocrinologista, que pesa o paciente obeso nas consultas.*)

P: Está tudo bem claro agora.

TERAPEUTA PSICOEDUCA A RESPEITO DA TCC, DÁ AS TAREFAS DE CASA E FAZ COMBINAÇÕES.

T: Tem algo que queira perguntar?

P: Sim. E se a minha família quiser falar com a senhora?

T: Tenho, como regra, que só falo com a família com o paciente junto, para não dar algum tipo de confusão. Lembra o que te expliquei sobre sigilo? Só irei quebrar se você estiver correndo risco ou oferecendo risco para outros. Mas, mesmo nesses casos, combinarei antes com você!

P: Fico tranquilo então! Obrigado!

T: Hoje nossa conversa foi mais para eu conhecê-lo, entender o que o incomoda e montar um plano para ajudá-lo. Também serviu para fazermos algumas combinações e para eu lhe explicar como é a TCC...

TERAPEUTA FAZ O RESUMO DA SESSÃO.

P: Foi isso mesmo...

T: Queria saber o que você achou do que a gente conversou hoje.

P: Estou contente, acho que a terapia vai me ajudar!

TERAPEUTA PEDE O *FEEDBACK* DA ENTREVISTA.

T: Que bom! Tenha uma ótima semana!

P: A senhora também!

Com base na transcrição da entrevista dialogada do paciente Diego, o Quadro 1.1 apresenta a hipótese descritiva, de acordo com APA (2014), e o exame do estado mental desse paciente.

QUADRO 1.1 Hipótese descritiva e exame do estado mental do paciente Diego

HIPÓTESE DESCRITIVA, DE ACORDO COM O DSM-5 (APA, 2014)	
304.20 (F14.20) - Transtornos por uso moderado de cocaína	
305.1 (F17.20) - Transtornos por uso moderado de tabaco	
300.23 (F40.10) - Transtorno de ansiedade social (fobia social)	
EXAME DO ESTADO MENTAL	
Sensopercepção	Nega alucinações e ilusões
Atenção	Normotenaz e normovígil
Consciência	Lúcido durante toda a entrevista
Pensamento	Apresenta pensamento com a produção predominantemente lógica, curso agregado e referente ao conteúdo; não apresentou delírios de qualquer espécie
Linguagem	Normolálica
Inteligência	Não foi testada, mas inferida como clinicamente na média
Memória	Não apresentou prejuízo na evocação de memórias, mas não foi utilizada testagem
Afeto	Modulado, demonstrando expressão de sentimentos ao falar da morte do avô e humor eutímico
Conduta	Colaborativa durante toda a entrevista; paciente com uso de substâncias psicoativas
Juízo crítico	Preservado

OUTROS INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

Durante as entrevistas iniciais, é importante que o entrevistador tenha disponibilidade para fazer uso de alguns instrumentos, no sentido de auxiliar sua investigação diagnóstica — entre eles, exames clínicos. No Quadro 1.2,

estão algumas escalas que podem ser utilizadas na avaliação de transtornos do exagero e de comorbidades psiquiátricas.

QUADRO 1.2 Escalas para avaliação de transtornos do exagero e de comorbidades psiquiátricas

INSTRUMENTO	OBJETIVO	REFERÊNCIA
Escala de Compras Compulsivas (CBS, do inglês Compulsive Buying Scale)	Rastrear sintomas do comprar compulsivo	Leite, Rangé, Ribas Junior, Filomensky e Silva (2011)
Escala de Compulsão Alimentar Periódica	Rastrear sintomas do comer compulsivo	Freitas, Lopes, Coutinho e Appolinario (2001)
Internet Addiction Test (IAT)	Rastrear sintomas de adição à internet	Conti et al. (2012)
Escala de Rastreamento para Dependência de Sexo	Rastrear sintomas do sexo compulsivo	Silveira, Vieira, Palomo e Silveira (2000)
South Oaks Gambling Screen (SOGS)	Rastrear sintomas do jogo patológico	Oliveira, Silva e Silveira (2002)
Inventário de Depressão de Beck (BDI, do inglês Beck Depression Inventory) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI, do inglês Beck Anxiety Inventory)	Rastrear sintomas de depressão e ansiedade	Cunha (2001)
Inventário de Fobia Social (SPIN, do inglês Social Phobia Inventory)	Rastrear sintomas de fobia social	Vilete, Coutinho e Figueira (2004)
Escala para Avaliação de Sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção/ hiperatividade (TDAH) (ASRS)	Rastrear sintomas do TDAH no contexto da vida adulta	Mattos et al. (2006)
Cocaine Craving Questionnaire - Brief (CCQ-B)	Avaliar o <i>craving</i> (fissura) por cocaína	Araujo, Pedroso e Castro (2010)
Marijuana Craving Questionnaire (MCQ-SF)	Avaliar o <i>craving</i> (fissura) por maconha	Pedroso, Castro e Araujo (2009)

<p>Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment)</p>	<p>Mensurar a motivação para a mudança do comportamento dependente</p>	<p>Szupszynski e Oliveira (2008)</p>
<p>Short-Form Alcohol Dependence Data (SADD)</p>	<p>Avaliar o grau de gravidade da dependência do álcool</p>	<p>Jorge e Masur (1986)</p>
<p>Inventário de Estratégias de <i>Coping</i></p>	<p>Identificar estratégias de enfrentamento utilizadas diante de eventos estressores</p>	<p>Savóia, Santana e Mejias (1996)</p>
<p>Addiction Severity Index (ASI-6)</p>	<p>Avaliar a gravidade da dependência de álcool e outras drogas</p>	<p>Kessler et al. (2012)</p>
<p>Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (FTND, do inglês Fagerström Test for Nicotine Dependence)</p>	<p>Avaliar a dependência e a tolerância à nicotina</p>	<p>Carmo e Pueyo (2002)</p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma pormenorizada entrevista diagnóstica com um adequado exame do estado mental, acrescido da aplicação de escalas, é fundamental para que seja elaborado um plano terapêutico adequado para o paciente com transtornos do exagero. Lembrar que a presença de comorbidades psiquiátricas é regra e não exceção nesses casos e que o tratamento de todos os transtornos deve ser sinérgico ajudará a melhorar os índices de efetividade dos terapeutas que atendem esses pacientes.

REFERÊNCIAS

Abreu, C. N., Salzano, F. T., Vasques, F., Cangelli Filho, R., & Cordás, T. A. (2006). *Síndromes psiquiátricas: Diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental*. Artmed.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.

Araujo, R. B., Pedroso, R. S., & Castro, M. G. T. (2010). Adaptação transcultural para o idioma

português do Cocaine Craving Questionnaire – Brief. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(5), 195-198. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000500002>.

Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Artmed.

Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (2ª ed.). Artmed.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Artmed.

Carmo, J. T., & Pueyo, A. A. (2002). A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Revista Brasileira de Medicina*, 59(1/2), 73-80.

Conti, M. A., Jardim, A. P., Hearst, N., Cordás, T. A., Tavares, H., & Abreu C. N. (2012). Avaliação da equivalência semântica e consistência interna de uma versão em português do *Internet Addiction Test* (IAT). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(3), 106-110. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300007>.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. Casa do Psicólogo.

Dalgarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.

Damásio, A. R. (2005). *O mistério da consciência: Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. Companhia das Letras.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 199-214.

Freitas, S., Lopes, C. S., Coutinho, W., & Appolinario, J. C. (2001). Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 215-220. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>.

Izquierdo, I. (2002). *Memória*. Artmed.

Izquierdo, I. (2004). *Questões sobre memória*. Ed. Unisinos.

Jorge, M. R., & Masur, J. (1986). Questionários padronizados para avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 5(35), 287-292.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. (9ª ed.). Artmed.

Kessler, F., Cacciola, J., Alterman, A., Faller, S., Souza-Formigoni, M. L., Cruz, M. S., & Brasiliano, S. et al. (2012). Propriedades psicométricas da sexta versão da Escala de Gravidade de Dependência

- (ASI-6) no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 24-33. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000100006>.
- Leite, P. L., Rangé, B. P., Ribas Junior, R. C., Filomensky, T. Z., & Silva, A. C. O. (2011). Tradução e adaptação semântica da *Compulsive Buying Scale* para o português brasileiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(3), 176-181. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300005>.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Org.). (1993). *Prevenção da recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Artmed.
- Mattos, P., Segenreich, D., Saboya, E., Louzã, M., Dias, G., & Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala *Adult Self-Report Scale* para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(4), 188-194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832006000400004>.
- Meyer, S., & Vermes, J. S. (2008). Relação terapêutica. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 101-110). Artmed.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Artmed.
- Morrison, J. (2010). *Entrevista inicial em saúde mental*. (3ª ed.) Artmed.
- Oliveira, M. P. M. T., Silva, M. T. A., & Silveira, D. X. (2002). Validity Study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian gamblers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 170-176. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462002000400005>.
- Oliveira, R. (2002). *R-1: Teste não verbal de inteligência: manual*. (2ª ed.). Vetor.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Artmed.
- Pedroso, R. S., Castro, M. G. T., & Araujo, R. B. (2009). Marijuana Craving Questionnaire (MCQ-SF/Versão Brasil): Validação semântica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 218-222. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000400001>.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). Plenum Press.
- Rangé, B. (Org.). (2001). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Artmed.
- Rangé, B., & Souza, C. R. (2008). Terapia cognitiva. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: Abordagens atuais* (pp.263-284) (3ª ed.). Artmed.

- Rojas Bocalandro, E. (2003). *G-36 Teste não verbal de inteligência*. (5ª ed.). Vetor.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Entrevista motivacional no cuidado da saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento*. Artmed.
- Savóia, M. G., Santana, P. R., & Mejias, N. P. (1996). Adaptação do inventário de estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicologia USP*, 7(1-2), 183-201. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v7n1-2/a09v7n12.pdf>.
- Silveira, D. X., Vieira, A. C., Palomo, V., & Silveira, E. D. (2000). Validade de critério e confiabilidade da versão brasileira de uma escala de rastreamento para dependência de sexo. *Revista de Brasileira de Psiquiatria*, 22(1), 4-10. <https://doi.org/10.1590/S1516-4446200000100003>.
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia cognitiva*. Artmed.
- Szupczynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. S. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v13n1/v13n1a05.pdf>.
- Vilete, L. M. P., Coutinho, E. S. F., & Figueira, I. L. V. (2004). Confiabilidade da versão em português do inventário de fobia social (SPIN) entre adolescentes estudantes do município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(1), 89-99. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100023>.
- Wechsler, D. (2002). *WISC-III: Escala de inteligência Wechsler para crianças: Manual*. (3ª ed.). Casa do Psicólogo.
- Wechsler, D. (2005). *WAIS III: Escala de inteligência Wechsler para adultos: Manual técnico*. Casa do Psicólogo.
- Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C. P. R., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. N. P., & Soares, M. B. M. et al. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 142-148. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000200013>.