



Universidades Lusíada

Ferreira, Sónia

Programa de reabilitação cognitiva em utentes com perturbação de uso de álcool

<http://hdl.handle.net/11067/5563>

<https://doi.org/10.34628/cc2m-3996>

Metadados

Data de Publicação

2019

Resumo

O consumo abusivo de álcool representa um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais factores de mortalidade e morbidade, afectando de forma significativa o funcionamento físico e psíquico dos indivíduos. Sabe-se que mediante o tipo de consumo, a duração e o início do mesmo, assim variam os danos no funcionamento cognitivo, o que tem consequências no quotidiano de cada individuo. As consequências do consumo no funcionamento cognitivo podem condicionar até o processo t...

The abusive consumption of alcohol represents a serious problem of public health, considered as a main factor of mortality and morbidity; it meaningfully affects physical and psychological functioning of the individual. It is known that the extension of the damages on cognitive behavior depends on the type, length and beginning of the consumption and that has consequences in the daily activities each individual. The consequences of consumption on cognitive behavior are passive of affecting the t...

Palavras Chave

Alcoólicos - Reabilitação, Terapia cognitiva

Tipo

article

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] RPCA, v. 10, n. 2 (2019)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T08:29:37Z com informação proveniente do Repositório

**PROGRAMA DE REABILITAÇÃO COGNITIVA EM
UTENTES COM PERTURBAÇÃO DE USO DE ÁLCOOL**

**COGNITIVE REHABILITATION PROGRAM IN USERS
WITH ALCOHOL DISORDERS**

Sónia Ferreira

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Resumo: O consumo abusivo de álcool representa um grave problema de saúde pública, sendo considerado um dos principais factores de mortalidade e morbidade, afectando de forma significativa o funcionamento físico e psíquico dos indivíduos. Sabe-se que mediante o tipo de consumo, a duração e o início do mesmo, assim variam os danos no funcionamento cognitivo, o que tem consequências no quotidiano de cada individuo. As consequências do consumo no funcionamento cognitivo podem condicionar até o processo terapêutico, nomeadamente a inibição de comportamentos automáticos de consumo, a flexibilidade cognitiva para substituir comportamentos de consumo por outros mais ajustados, a capacidade para definir objectivos, que não envolvam a recompensa imediata, entre outros. Por outro lado, coloca-se cada vez mais a hipótese da existência de alguma vulnerabilidade, nos dependentes de álcool, destacando-se alguma fragilidade nos processos cognitivos, que podem conduzir ao desenvolvimento de comportamentos aditivos. Assim, deve existir a preocupação de desenvolver programas reabilitativos, que integrem a intervenção nos aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais, regendo-se pelo conceito da neuroplasticidade. Desta forma, foi desenvolvido um projecto de Reabilitação Cognitiva, na UTRA, que se destina a utentes com alterações moderadas a graves a nível cognitivo, visando maximizar ou recuperar as funções cognitivas, de modo a atenuar o sofrimento e sentimento de inadequação, promovendo o bem-estar e qualidade de vida, bem como prevenção de recaídas. Este programa tem a duração de três meses, integrando uma vertente multidimensional, que inclui a Consciência do Défice; Gestão de Emoções/ Treino de Competências Sociais /Comportamento; Treino Cognitivo.

Palavras-chave: Dependência; Álcool; Défices Cognitivos; Reabilitação Cognitiva.

Abstract: The abusive consumption of alcohol represents a serious problem of public health, considered as a main factor of mortality and morbidity; it meaningfully affects physical and psychological functioning of the individual. It is known that the extension of the damages on cognitive behavior depends on the type, length and beginning of the consumption and that has consequences in the daily activities each individual. The consequences of consumption on cognitive behavior are passive of affecting the therapeutical process, namely the inhibition of automatic behaviors of inhibiting consumption, to cognitive flexibility to substitute consumption behaviors for other more adjusted or to the capacity to set other goals rather than automatic reward. On the other hand, each time more importance is given to the existence of some vulnerability on alcohol addicts, highlighting some fragility in cognitive processes, which can lead to the development of additive behaviors. Therefore, there must be a concern in the development of rehabilitation programs able to integrate emotional, cognitive and behavioral aspects based on the concept of neuroplasticity. This way, a Cognitive Rehabilitation project has been developed at UTRA intended for users with moderate to severe changes on cognitive level, aiming to maximize or recover cognitive functions, in order to attenuate suffering and feeling of not belonging, promoting

well-being or quality of life to prevent relapse. This program will last three months and will integrate a multidimensional dimension including Deficit Awareness, Emotional Management/Training of Social/Behavioral Cognitive Skills

Keywords: Addiction; Alcohol; Cognitive deficits; Cognitive Rehabilitation.

Introdução

Os indivíduos com Transtorno por Uso de Álcool desenvolvem um conjunto de expectativas positivas, com base nos efeitos experienciados, em cada consumo, que os leva a repeti-lo, como forma de obter uma recompensa imediata. Para além disso, apesar das consequências negativas no seu quotidiano, tendem a manter o consumo, não antecipando o impacto que possa a vir a ter na sua vida. (Noel et al, 2013). Este aspeto parece ser despoletado por um comprometimento de sistemas neuronais, que envolvem o pré-frontal, que fazem com que as decisões sejam baseadas em resultados imediatos, em vez dos objectivos a longo prazo (Cramer et al., 2011).

Considera-se que mediante o tipo de consumo, a duração e o início do mesmo, assim variam os danos no funcionamento do indivíduo, sendo que os consumo em idades mais precoces tendem a provocar défices cognitivos mais graves (Oscar-Berman, Marinkovic, 2007). Neste sentido existe um espectro de danos cerebrais que vão desde as alterações ligeiras, típicas nos consumos de abuso de álcool, até aos défices mais graves, que podem ocorrer mais frequentemente nos dependentes de álcool (Cunha & Novaes, 2004). No entanto, constata-se que até pequenas quantidades de álcool ou ingestões pontuais tendem a alterar o funcionamento cognitivo provocando estados de confusão mental, diminuição da capacidade atencional, interferências nas funções executivas e no reconhecimento espacial (Pitel et al, 2009). No pólo oposto podem emergir quadros neurológicos mais graves, como a Síndrome de Korsakoff, a Síndrome de Wernicke ou ainda a combinação destas duas, denominada por Síndrome de Wernicke- Korsakoff (Kaplan & Sadock, 1997).

De um modo geral, os défices cognitivos mais predominantes nos indivíduos com Transtorno por Uso de Álcool estão relacionados com as

alterações estruturais ou funcionais, existindo assim alterações da memória, da atenção, da aprendizagem, da abstracção, da velocidade de processamento de informação, da velocidade psicomotora, da análise e síntese visuo-espacial, da eficiência cognitiva, da fluência verbal fonológica, das funções executivas como inibição, flexibilidade mental, memória de trabalho, tomada de decisão, resolução de problemas e planeamento (Zinn, Stein & Swartzwelder, 2004). No entanto, em alguns casos, grande parte dos défices cognitivos mencionados podem se reverter com a abstinência (Moselhy, Georgiou & Kahn, 2001), dependendo também de variáveis como o padrão de consumo, o tempo de abstinência e a idade (Parson, 1998). Por outro lado, permanecem algumas dúvidas na recuperação de certas funções, como é o caso das visuo-construtivas e visuo-espaciais, considerando-se que estas persistem com o tempo (Stavro et al., 2012). Todo este comprometimento que pode ocorrer a nível cognitivo tem consequências no quotidiano do indivíduo, podendo condicionar até o processo terapêutico. Cada vez mais, existe a preocupação de incluir nos tratamentos a compreensão das alterações neuropsicológicas para este tipo de problemática, pois o efeito continuado e abusivo de álcool pode trazer limitações na recuperação destes doentes, uma vez que os processos cognitivos necessários para a compreensão da doença, planeamento e tomada de decisão podem estar condicionados, afectando a adesão ao tratamento, podendo levar à recaída.

Neste sentido, os défices cognitivos são considerados factores centrais para o tratamento, pois vão limitar a capacidade do indivíduo responder às exigências que uma intervenção terapêutica comporta, nomeadamente a inibição de comportamentos automáticos de consumo, a flexibilidade cognitiva para substituir esses comportamentos por outros mais ajustados, a capacidade para definir objectivos, que não envolvam a recompensa imediata, bem como a execução de acções para o seu cumprimento e a capacidade ao nível da memória de trabalho, que facilita a compreensão, bem como a assimilação de instruções complexas, relacionadas com os conteúdos do programa terapêutico, seleccionando a informação pertinente a reter, permitindo a generalização das aprendizagens para os vários contextos de vida (Fernandez-Serrano, Perez-Garcia & Verdejo-Garcia. 2011)

Por outro lado, coloca-se cada vez mais a hipótese da existência de

alguma vulnerabilidade, nos dependentes de álcool, destacando-se alguma fragilidade nos processos cognitivos, em áreas como a amígdala e córtex pré-frontal, que pode despoletar comportamentos aditivos (Verdejo et al, 2004). Assim, considera-se que tanto o início, como a manutenção do consumo e a recaída, podem estar relacionados com alterações neuropsicológicas (Fernández-Serrano, Perez-Garcia, Verdejo-Garcia, 2011).

Neste sentido torna-se fundamental que os programas reabilitativos com este tipo de população sejam mais abrangentes, integrando a intervenção nos aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais, regendo-se pelo conceito da neuroplasticidade. A estimulação cognitiva vai reforçar a capacidade que o cérebro tem de reorganizar a sua estrutura, função e conexões, em resposta a eventos externos e internos (Cramer et al., 2011), colmatando assim as dificuldades pré-existentes ou que derivaram do consumo continuado, permitindo aumentar a funcionalidade e qualidade de vida, bem como o desenvolvimento de um projecto de vida sem álcool.

Para além do que tem sido mencionado nesta área na literatura, tem emergido no plano terapêutico da Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) algumas necessidades, tais como: dificuldades de integração de alguns elementos na Área dia, com défices cognitivos, principalmente em tarefas mais complexas ou que comportem uma maior mentalização; uma percentagem significativa de queixas a nível do funcionamento cognitivo: memória, atenção e funções executivas (inibição, flexibilidade, tomada de decisão, na resolução de problemas), sendo que estas últimas parecem estar associadas significativamente às recaídas, tornando-se pertinente o desenvolvimento de um programa de Reabilitação Neuropsicológica, para este tipo de população. Tendo em conta um estudo piloto, com cerca de 31 utentes desta Unidade, constatou-se que cerca de 48% apresentava défices cognitivos (Ferreira, Moutinho e Diegues, 2014). Assim, desenvolveu-se este programa que visa identificar as alterações neuropsicológicas, provocadas pelo consumo continuado e abusivo de álcool no funcionamento cognitivo, de modo a reduzir os défices cognitivos e as repercussões no quotidiano dos indivíduos, promovendo o reajuste comportamental e emocional, facilitando a socialização, aumentando a funcionalidade e qualidade de vida, de modo a manter a abstinência.

Programa de Reabilitação Cognitiva

O presente programa tem um caráter holístico, personalizado e individualizado, baseando-se no princípio da neuroplasticidade, ou seja, o cérebro tem a capacidade de se auto-reparar e estabelecer novas ligações, que podem levar a ultrapassar as dificuldades adquiridas com o déficit ou até mesmo assumir as funções perdidas. Neste sentido o cérebro tem a capacidade de se reconfigurar, com base na experiência/estimulação a que vai sendo exposto, sendo através da aprendizagem e da plasticidade que vai recuperando (Merzenich, Van, Vleet & Nahum, 2014; Cotman & Berchtold, 2002). Assim, o programa de Reabilitação Neuropsicológica recorre a métodos sistemáticos de restauração/restituição, compensação da função e substituição através das funções intatas (Zangwill cit in Wilson, 1989), bem como a multitarefas de complexidade crescente. A reabilitação a nível cognitivo vai procurar potenciar as competências mantidas e estimular as competências afetadas, pelo treino e repetição. No entanto, quando não é possível reparar o déficit, a intervenção deve incidir nas alternativas para lidar com o mesmo, desenvolvendo estratégias compensatórias internas e externas. Pode ser necessário promover novas soluções para substituir as perdas, pelo recurso a métodos adaptados, alterando ou simplificando as condições ambientais do indivíduo (Ponds & Hendriks, 2006).

Desta forma, o programa de Reabilitação Cognitiva centra-se no modelo cognitivo-comportamental, (Bernard & Marlatt, 2008), sendo este considerado como mais eficaz nesta área. A terapia cognitivo-comportamental vai permitir ao indivíduo identificar, avaliar, controlar e modificar os seus pensamentos relacionados com a problemática, bem como com os comportamentos e emoções que daí advêm, recorrendo a diversas técnicas, inclusivamente a modelagem, encadeamento, reforço positivo, generalização, aprendizagem sem erro e o *mindfulness* (Bedard et al, 2005), estratégias metacognitivas, psicoeducação, reestruturação cognitiva, entre outras.

O programa tem a duração de três meses, destinando-se a 10 utentes, sendo que todos os utentes que integram o mesmo passam primeiramente por uma triagem, de modo a traçar o perfil de funcionamento cognitivo de cada um, recorrendo a testes de rastreio, em que se procura

aferir se reúnem os critérios para serem integrados no programa, sendo estes a dependência alcoólica, défices cognitivos moderados a graves e duração de abstinência de pelo menos duas semanas ou se, por outro lado, apresentam critérios de exclusão por terem apenas défices cognitivos ligeiros ou por que mantêm consumos. Posteriormente procede-se a uma avaliação neuropsicológica mais pormenorizada, em que se pretende identificar as áreas lesadas e as preservadas, facilitando a construção do perfil de necessidades da pessoa, bem como descrever as alterações comportamentais, emocionais e cognitivas, prevendo o curso da recuperação e estimulando o funcionamento pré-mórbido, dos indivíduos com Transtorno por Uso de Álcool, para que o projecto reabilitativo possa ser definido, no sentido de melhorar a funcionalidade e qualidade de vida. A bateria de avaliação é composta pelos seguintes instrumentos: Wechsler Adult Intelligence Scale – WAIS-III (Wechsler, 1997), Trail Making Test – TMT (Cavaco, et al, 2013), o Teste de Cores e Palavras de Stroop (Golden & Freswater, 2002), o Teste de Aprendizagem Audio-Verbal de Rey (Rey, 1958 cit in Hawkins e t al 2004), o Teste de Retenção Visual de Benton (Benton, 1992), a versão A (apresentação do estímulo visual durante 10 segundos e reprodução imediata), a Figura Complexa de Rey (Osterrieth, 1994; Rey, 1999), Exercícios de Go/Nogo (FAB), Wisconsin Card Sorting Test (Anderson, Damasio, Jones & Tranel, 1991), testes de mapa de Zoo, Procura de Chaves (Wilson et al, 1996 e teste de Fluência Fonética e Semântica- FAS (Spreen & Strauss, 1998).

No que se refere à Reabilitação Neuropsicológica esta vai incidir, inicialmente, na consciência das alterações cognitivas, que resultaram do consumo de álcool, para posteriormente, atuar na recuperação dessas funções ou atenuar o sofrimento e sentimento de inadequação psicossocial (Allen, Goldstein & Seaton, 1997). A literatura tem demonstrado que a Reabilitação Neuropsicológica pode reverter determinados quadros caracterizados por défices cognitivos, em dependentes do álcool, facilitando a aquisição de novas capacidades, bem como promovendo a eficácia do tratamento (Roehrich & Goldman, 1993).

Assim, as actividades terapêuticas são realizadas três vezes por semana, com a duração de três horas, incluindo três componentes diferentes: consciência do défice/ doença; gestão das emoções/ treino de competências sociais/ treino comportamental e treino cognitivo.

Na consciência da doença/défice procura-se potenciar o conhecimento acerca da doença, défices associados, bem como levar a uma maior consciência do seu funcionamento no geral, através da psicoeducação. A gestão das emoções/ treino de competências sociais/ treino comportamental inclui o desenvolvimento de competências sociais, o treino da assertividade, promovendo um maior controlo sobre si próprio, bem como melhorar as capacidades de se auto-afirmar e as suas competências comunicacionais. Pretende-se, ainda, identificar as situações problemáticas para o indivíduo, hierarquizando essas dificuldades, de modo a treinar comportamentos mais ajustados e treino de resolução de problemas, recorrendo à técnica de modelagem e dramatização, para que futuramente estes possam ser generalizados para o seu quotidiano (Maia, Correia e Leite, 2009). Considera-se que o treino de competências sociais, bem como da assertividade, vai permitir melhorar a auto-regulação emocional, bem como a tolerância ao *stress*. Os dependentes de álcool apresentam dificuldades no processamento e regulação das emoções, demonstrando incapacidade para utilizá-las, de modo a orientar a sua conduta, apresentando dificuldades em aprender com os erros. Assim, dado que as emoções afetam o processo de tomada de decisão e a cognição social, torna-se fundamental que a intervenção se foque no treino de identificação de sinais afectivos (Béchara, Verdejo-Garcia & Pérez-Garcia, 2001; Fernandez-Serrano, 2010).

Finalmente, tendo em conta as dificuldades e défices cognitivos identificados procura-se proceder à reabilitação cognitiva, sendo dinamizadas sessões onde se procederá à intervenção nos domínios: atenção, memória, linguagem, funções visuo-construtivas, funções executivas: (memória de trabalho; flexibilidade; inibição; planeamento; tomada de decisão; raciocínio abstracto. Estas sessões são dinamizadas em contexto de grupo, podendo haver também individuais, sendo que cada sessão destas inicia-se sempre com uma introdução teórica, de psicoeducação, para contextualizar os exercícios que serão realizados e os domínios que serão trabalhados. Posteriormente recorre-se a técnicas de restauração, utilizando exercícios de complexidade crescente, incluindo recursos como exercícios de lápis e papel, jogos e uma plataforma online de treino cognitivo.

No final da intervenção, é importante que se realize uma reavaliação dos indivíduos que integraram o programa de Reabilitação Neu-

ropsicológica, de modo a avaliar o impacto desta no quotidiano de cada um, bem como aferir o seu funcionamento cognitivo e funcionalidade, podendo ser necessário desenhar novas intervenções (Matter, 2005), fazendo uma reavaliação das competências cognitivas. No entanto, ao longo do programa é dado um feedback contínuo, para que o indivíduo tome consciência da sua evolução, de modo a reforçá-lo positivamente e mantê-lo motivado para a reabilitação.

Este programa de Reabilitação Neuropsicológica procura também envolver a família no processo, intervindo junto desta através da psicoeducação, procurando fornecer maiores conhecimentos acerca da doença e desenvolver estratégias para lidarem com as limitações provocadas por esta, bem como dar suporte para lidar com o seu estado emocional ou dificuldades desencadeadas pelo adoecer do seu familiar, procurando-se actuar nas questões da co-dependência (Beattie, 2005) e no fomentar maior autonomia e responsabilização do indivíduo

Metodologia

Procedeu-se a um estudo descritivo com a finalidade de caracterizar o funcionamento cognitivo e identificar as necessidades de cada utente, antes da intervenção, no primeiro grupo de Reabilitação Cognitiva, tendo esta avaliação decorrido em Setembro de 2018.

A amostra foi constituída por 10 participantes com Dependência Alcoólica, sendo que 70% era do sexo masculino e 30% do sexo feminino, com a média de idades de 61,3 anos, sendo que a nível da escolaridade predomina o 3º ciclo (50%), seguido do 2º e 1º ciclo, cada um com 20%.

Instrumentos

Recorreu-se à utilização dos testes Montreal Cognitive Assessment-Moca (Nasreddine et al, 2005; Freitas, Simões e Santana, 2010) à Avaliação Cognitiva de Adenbrooke- ACE-III (Hsieh et al, 2014) e à Bateria de Avaliação Frontal- FAB (Dubois, 2008) e um questionário sociodemográfico. O MOCA é um instrumento de rastreio breve da disfunção cognitiva ligeira. Este instrumento avalia diferentes domínios cognitivos: função executiva, capacidade visuo-espacial, memória, atenção,

concentração, memória de trabalho, linguagem e orientação temporal e espacial. A pontuação máxima é de 30 pontos. A ACE-III avalia também cinco domínios cognitivos em conjunto e também permite obter notas parciais para cada um deles, sendo estes: atenção e orientação, memória, fluência, linguagem e habilidades visuo-espaciais, sendo que a pontuação máxima é de 100 pontos. A FAB é também uma ferramenta de rastreio, que avalia a disfunção executiva, que se organiza em seis provas que avaliam: o pensamento abstrato (prova das semelhanças), flexibilidade mental (fluência fonémica), programação motora (série motora de Lúria), sensibilidade à interferência (instruções antagónicas), controlo inibitório (go-no-go) e independência do meio (supressão do comportamento de preensão), sendo que cada prova pode ser cotada entre 0 a 3, correspondendo o total à soma das pontuações de cada prova, variando a pontuação total entre 0-18 pontos, sendo que à medida que aumenta a pontuação, melhor é o desempenho.

Resultados

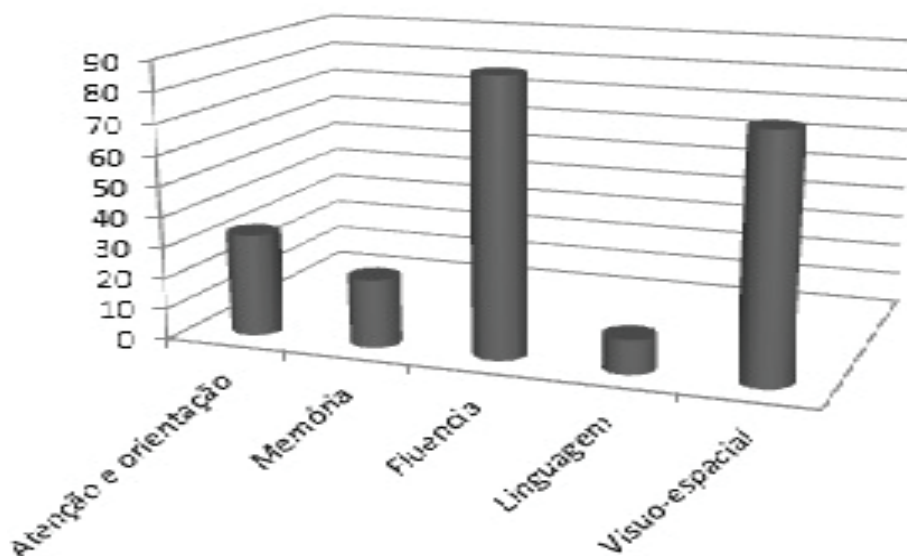
Relativamente ao tempo de abstinência denota-se alguma variabilidade nos dados, tendo pessoas com um tempo de abstinência de 1 a 5 meses (50%), de 5 a 12 meses (30%) mais de 24 meses 20%, sendo que o tempo de abstinência parece não ter grande interferência nos resultados dos três questionários.

De um modo geral, tendo em conta os resultados da FAB a amostra apresenta alterações nas funções executivas, (Média=14,5), sendo que 50% demonstra défice nesta área e destes 20 % são considerados mais graves.

No Moca, analisando o resultado total e, com base no ponto de corte original, (Nasreddine, 2005) são identificadas alterações a nível cognitivo, na totalidade da amostra, sendo o valor médio de 19,7. Esta percentagem diminui quando se tem em conta a escolaridade e a idade (70%). Considerando os pontos de corte identificados por Freitas, Simões e Santana (2014) pode considerar-se que apenas 10% apresenta alterações mais graves e 70% encontra-se na fase intermédia, que antecede a fase da demência inicial. Denotou-se pior desempenho nos seguintes domínios cognitivos: funções executivas/ visuo-espaciais; fluência verbal, abstracção e evocação diferida

Em comparação com os resultados anteriores, os dados do ACE-III são congruentes, sendo que 80% tem alterações cognitivas no total dos domínios avaliados, para o ponto de corte de 74 (Machado, 2016). Por outro lado, os dados neste instrumento demonstram maiores dificuldades na fluência verbal e nas competências visuo-espaciais. Contudo são apresentados melhores resultados no domínio da linguagem (Figura 1).

Figura 1 - Resultados das alterações das dimensões do Addenbrooke



Discussão

Ainda que o grupo analisado seja pouco representativo, os dados vão ao encontro do que é identificado na literatura, que sugere que cerca de 50 a 80 % dos indivíduos, com Transtorno por Uso de Álcool e sem outras alterações neurológicas, apresentam alterações cognitivas associadas ao consumo de álcool (Bernardin, Maheut-Bosser & Paille, 2014). Neste contexto, as funções executivas são identificadas como um dos domínios cognitivos mais afetados pelo consumo do álcool, pelo comprometimento do pré-frontal, tal como relatam os estudos nesta área

(Férnadez-Serrano, Perez Garcia & Verdejo Garcia, 2011), bem como a memória (Chin et al., 2011) e as competências visuo-espaciais/construtivas (Landa, Fernández-Montalvo & Tirapu, 2004)

Constata-se que 20% da amostra apresentou melhor desempenho no ACE-III, comparativamente aos resultados do Moca, o que pode estar relacionado com o fato do ACE-III ter vários itens relacionados com a linguagem, sendo esta uma competência menos afetada pelo consumo do álcool, a não ser a fluência verbal fonológica, o que está relacionado também com os prejuízos no córtex pré-frontal (Costafreda et al., 2006; Birn et al., 2010). Por outro lado, o Moca inclui as funções executivas, nomeadamente a memória de trabalho que são domínios comprometidos na população com Transtorno por Uso de Álcool.

Os dados alertam também para a possibilidade da perpetuação dos défices ao longo do tempo, sendo identificados em diferentes tempos de abstinência. Assim, ainda que estes possam melhorar com o tempo de abstinência, sendo que algumas competências podem melhorar logo no primeiro mês de cessação do consumo de álcool, outras podem persistir num intervalo de tempo maior (Pitel et al., 2009), tornando-se fundamental que sejam expostos a ambientes estimulantes para facilitar este processo.

Conclusão

A Reabilitação Neuropsicológica é fundamental em casos de défices adquiridos, derivados do consumo de álcool, na população dependente. Esta visa maximizar as funções cognitivas, a funcionalidade na realização de atividades de vida diárias, bem como na sua vida social, promovendo o bem-estar do indivíduo e a sua integração socioprofissional, sendo fundamental uma abordagem biopsicossocial.

Cada vez mais, para a eficácia na recuperação do indivíduo com Transtorno por Uso de álcool, é necessário atender às alterações neuropsicológicas, sob pena de não se conseguir atuar no ciclo da dependência e na mudança de comportamentos.

As alterações neuropsicológicas se não forem trabalhadas vão comprometer o percurso psicoterapêutico, pois estes indivíduos tendem a apresentar alterações significativas numa panóplia de domínios

cognitivos, nomeadamente nas funções executivas, mais especificamente no controlo inibitório, na flexibilidade cognitiva e na tomada de decisões, que são competências fundamentais para a compreensão do tratamento e para promoção da abstinência alcoólica, bem como para o desenvolvimento de um projeto de vida sem álcool. Sabe-se que a deterioração cognitiva produz menor adesão ao tratamento, e por isso não se deve descurar este aspeto (Fernandez-Serrano, Perez-Garcia & Verdejo-Garcia, 2011).

Para este efeito é necessário uma abordagem holística, que inclua a reabilitação cognitiva, mas que incorpore também os aspetos emocionais, sociais e comportamentais, bem como a consciência do défice, dado serem áreas frequentemente deficitárias, neste tipo de população. Neste sentido, é necessário atender ao perfil de funcionamento e necessidades destes indivíduos, sendo habituais as dificuldades no processo de decisão, a falta de flexibilidade cognitiva, e as dificuldades de adaptação à mudança, bem como no planeamento das suas atividades diárias (Verdejo-Garcia, 2011). Todos estes aspetos podem funcionar como desencadeadores do consumo, mas também reforçam a manutenção do mesmo, levando a recaídas de uma forma recorrente.

É importante salvaguardar que um programa de Reabilitação Neuropsicológica deve ser um processo contínuo, que se inicia logo na Avaliação Neuropsicológica, que fornece pistas acerca do funcionamento do indivíduo e das suas necessidades, que devem ser colmatadas com a intervenção, numa vertente global.

Assim, toda a intervenção deve ser planeada de forma flexível, adaptando-se à evolução do indivíduo, procurando-se desenvolver uma resposta interventiva personalizada, tendo em conta o perfil, interesses e motivações do indivíduo, sendo orientada sempre com base nos modelos teóricos (Mateer, 2005), no sentido de minimizar o sofrimento da pessoa e aumentar a sua qualidade de vida.

Estes aspetos lançam novos desafios aos técnicos de saúde que intervêm nesta área, exigindo um novo olhar acerca desta patologia, nomeadamente a compreensão de que as recaídas e o manter do consumo derivam também de problemas no funcionamento cognitivo, anteriores ao consumo ou despoletados por este.

Referências

- Allen, D., Goldstein, G., & Seaton, B. (1997). Cognitive rehabilitation of chronic alcohol abusers. *Neuropsychol Rev*, 7(1), 21-39.
- Anderson, S., Damasio, H., Jones, R., & Tranel, D. (1991). Wisconsin Card Sorting Test performance as a measure of frontal lobe damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 13, 909-922.
- Beattie, M. (2005). *Para além da co-dependência* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Bechara, A., Verdejo-Garcia, A., & Perez-Garcia, M. (2001). Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers. *Neuropsychologia*, 39, 376-389.
- Bédard M., Felteau, M., Gibbons, C., Klein, R., Mazmanian, D., Fedyk, K., & Mack, G. (2005). A mindfulness-based intervention to improve quality of life among individuals who sustained traumatic brain injuries: One-year follow-up. *Journal of Cognitive Rehabilitation*, 23, 8-13.
- Benton, A.L. (2002). *Test de Retención Visual de Benton*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Bernard, R., & Marlatt, G. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Ver. Bras.Psiquiatr.*, 30(2), 588-595.
- Birn, R., Kenworthy, L., Case, L., Caravella, R., Jones, T. B., Bandettini, P.A., & Martin, A. (2010). Neural Systems Supporting Lexical Search Guided by Letter and Semantic Category Cues: a Self-paced overt response fMRI Study of Verbal Fluency. *Neuroimage*, 49(1), 1099-1107.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I. ... Teixeira Pinto, A. (2013). Trail Making Test: regression-based norms for the portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28, 189-198.
- Chin, V., Van Skike, C., Berry, R., Kirk, R., Diaz-Granados, J., & Matthews, D. (2011). Effect of acute ethanol and acute allopregnanolone on spatial memory in adolescent and adult rats. *Alcohol*, 45, 473-483.
- Costafredo, S., Fu C., Lee L, Everitt B., Brammer M., & David A. (2006). A systematic review and quantitative appraisal of fMRI studies of verbal fluency: role of the left inferior frontal gyrus. *Human Brain Mapp*, 27(10), 799-810.
- Cotman, C.W., & Berchtold, N. C. (2002). Exercise: A behavioral intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends in Neurosciences*, 25, 295-301.
- Cramer, C., Sur, M., Dobkin, B., O'brien, C., Sanger, T., Trojanowski, J., ... Vinogradov, S. (2011). Harnessing neuroplasticity for clinical applications. *Brain - Journal of neurology*, 134, 1591-1609.
- Cunha, P. & Novaes, M. (2004). Avaliação Neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações no tratamento. *Rev Bras Psiquiatria*, 26.
- Dubois, B., A. Slachevsky, I. Litvan & B. Pillon, (2000). The FAB: a Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, 55(11), 1621-1626.
- Espirito-Santo, H., Lemos, L., Torres-Pena, I., Vicente, F., Silva, F., Costa, M., ... Daniel, F. B.

- (2015). Bateria de avaliação frontal (FAB). In M. Simões, I. Santana & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (coord.), *Escala e testes na demência* (pp. 68-75). Porto Salvo: Novartis.
- Fernandez-Serrano, M., Lozano, M., Pérez-García, M. E., & Verdejo-García, A. (2010). Impact of Severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug Alcohol Dependence*, 109(1-3), 57-64.
- Fernandez-Serrano, M., Perez-Garcia, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 377-406.
- Ferreira, S., Moutinho, L., & Diegues, P. (2014). Do copo cheio è mente vazia: o impacto do consumo do álcool no funcionamento cognitivo. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 5(1), 93-105.
- Freitas, S., Simões, M.R., Alves, L., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.
- Freitas, S., Simões, M.R., Alves, L., & Santana, I. (2014). Montreal Cognitive Assessment (Moca): Pontos de Corte no Défice Cognitivo Ligeiro, Doença de Alzheimer, Demência Frontotemporal e Demência Vasculár. *Sinapse, Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 14(1), 18-31.
- Golden, C., & Freshwater, S. (2002). *Stroop color and word test: a manual for clinical and experimental uses*. Stoelting Co: Chicago, IL.
- Hawkins, K, Dean, D., & Pearlson, G. (2004). Alternative forms of the Rey Auditory Verbal Learning Test: A review. *Behavioral Neurology*, 15, 99-107.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., & Tirapu, J.(2004). Alteraciones neuropsicológicas em el alcoholismo: una revision sobre la afectation de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones*, 16(1), 41-52.
- Machado, M. (2016). *Validação da Versão Portuguesa de Addenbrooke Cognitive Examination – III numa amostra de participantes saudáveis e com demência*. (Tese de Mestrado não publicada). Instituto Universitário de Ciências da Saúde.
- Maia, L., Correia, C., & Leite, R. (2009). *Avaliação e Intervenção Neuropsicológica: Estudos de casos e instrumentos*. Lisboa: LIDEL.
- Mateer, C. (2005). *Effectiveness of rehabilitation for cognitive deficits*. Oxford: Oxford University Press.
- Merzenick, M., Vleet, T., & Nahum, M. (2014). Brain Plasticity-based therapeutics, 8(385), 1-16. doi: 10.3389/fnhum.2014.00385
- Moselhy, H., Georgiou, G., & Kabn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 357-368.
- Nasreddine, Z., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V. Collin, I., ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, Moca: A brief screening tool

- for mild Cognitive Impairment. *Journal American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Noel, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 1-7.
- Oscar-Berman, M., & Marinkovic, K. (2007). Alcohol: effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychol Rev.*, 17, 239-257.
- Osterrieth, P.A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe: Contribution a l'étude de la perception et de la memoire [The test of copying a complex figure: A contribution to the study of perception and memory]. *Archives de Psychologie*, 28, 1021-1034.
- Parsons, O.A. (1998). Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: a continuum? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(4), 954-961.
- Pitel, A., Rivier J., Beaunieux H., Vabret F., Desgranges B., & Eustache F., (2009). Changes in the Episodic Memory and Executive Functions of Abstinent and Relapsed Alcoholics Over a 6-Month period. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 1169-1178.
- Ponds, R., & Hendriks, M. (2006). Cognitive Rehabilitation of memory problems in patients with epilepsy. *Seizure*, 15, 267-273.
- Rey, A. (1999). *Teste de cópia e de reprodução de memória de figuras geométricas complexas: Manual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rocha, P. (2016). Validação da Versão Portuguesa do Addenbrooke Cognitive Examination-III numa amostra de participantes com demência e défice cognitivo ligeiro. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Investigação e Formação Avançada em Ciências e Tecnologia de Saúde.
- Roehrich, L., & Goldman, M. (1993). Experience-Dependent Neuropsychological Recovery and the Treatment of Alcoholism. *J Cons Clin Psychology*, 61(5), 812-821.
- Spreen, O., & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests. Controlled Oral Word Association (FAS)*. New York: Oxford University Press.
- Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2012). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology*, 18(2), 203-213.
- Verdejo-Garcia, A. Orozco-Giménez, C., Meersmans, M., Aguilar de Arcos, F., Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología* 38, 1109-1116.
- Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 377-406.
- Wechsler, D. (2007). *Escala de inteligência de Wechsler para adultos (3rd Ed.)*. Lisboa: Cegoc Publicações Psicológicas.
- Wilson, B.A. (1989). Models of cognitive rehabilitation. In R. L. Wood, *Models of brain injury rehabilitation* (pp. 117-141). London: Chapman e Hall.
- Wilson, A., Aderman, N., Burgess, P., Emslie, H., & Evans, J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (Bads)*. London: Pearson
- Zin, S., Stein, R., & Swartzwelder, H. (2004). Executive functioning Early in Abstinence From Alcohol Alcohol, *Clin Exp Res*, 28(9), 1338-1346.