

# A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

2018

**Odineia de Sá Mesquita**

Psicóloga, Psicanalista, Assistente social. Especialista em Saúde Mental, pós graduada em Gestão de pessoas, especialista em terapia cognitivo-comportamental, com certificação em gerenciamento de estresse pela International Stress Management Association no Brasil (ISMA-BR) e Portland State University.

E-mail de contato:

[odineiademesquita@gmail.com](mailto:odineiademesquita@gmail.com)

---

## RESUMO

Este artigo apresenta uma revisão sobre a dependência química, a abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento desta patologia e ainda, sobre sua eficácia no tratamento de pacientes acometidos da doença. O trabalho demonstra, em parte, os resultados de pesquisas bibliográficas que identificam a atuação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) através de seus métodos e técnicas, considerando os critérios de classificação da doença conforme o DSM-5, os fatores envolvidos na dependência química, o modelo cognitivo das adições, a prevenção de recaída de Marlatt e Gordon, os estágios motivacionais de Prochaska e colaboradores, o uso da entrevista motivacional, e por fim, o treinamento de habilidade sociais.

**Palavras-chave:** Terapia cognitivo-comportamental (TCC), dependência química, prevenção de recaída, habilidades sociais, estágios motivacionais.

Copyright © 2018.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



## INTRODUÇÃO

A dependência química é uma doença multifatorial e de diagnóstico complexo. Seus critérios estão descritos na CID-10, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e no DSM-5, da American Psychiatric Association (APA). Dados da OMS revelam que a dependência de drogas é reconhecida como doença desde 1960. É progressiva, primária, incurável, fatal, mas tratável.

Para CORDEIRO *et al.* (2013, p. 29), Substâncias Psicoativas são aquelas que agem no sistema nervoso central, modificando o humor, o comportamento das pessoas e a percepção da realidade. Assim, as drogas classificam-se como:

- ✓ **Depressoras:** Álcool, Heroína, Benzodiazepina, Inalantes, Ansiolíticos, Opiáceos;
- ✓ **Estimulantes:** Cocaína, Crack, Anfetaminas, Cafeína, Nicotina;
- ✓ **Perturbadoras:** Maconha, Ecstasy, LSD.

A diferença entre uso, abuso e dependência pode ser explicada, conforme segue:

O uso de substâncias representa o consumo sem prejuízo (experimental, social e médico), o abuso está associado a problemas/uso indevido, enquanto a dependência diz do consumo repetido associado a dificuldades no controle.

A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância.

O DSM-5 estabelece critérios para **abuso** e **dependência** de substâncias, sendo:

Critérios para **abuso** de substância segundo, o DSM-5 (2014):

Um padrão mal adaptativo de uso de substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses:

- ✓ Uso recorrente da substância, resultando em um fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
- ✓ Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico;
- ✓ Problemas legais recorrentes relacionados à substância;

- ✓ Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes

### Critérios para **dependência**:

Padrão mal adaptativo de uso de substância, levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

#### 1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
- b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

#### 2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

- a) síndrome de abstinência característica para a substância;
- b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- c) a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- d) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- e) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;
- f) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

A dependência química causa prejuízos às principais áreas de funcionamento da vida do sujeito. Considerando este marcador geral, a Terapia Cognitivo-Comportamental – denominada no

curso deste trabalho como TCC - é uma abordagem estruturada ou semi-estruturada, diretiva, ativa e de prazo limitado. Ela se fundamenta na racionalidade teórica de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são, em grande parte, determinados pelo modo como ele estrutura o mundo. Neste sentido, mais importante que a situação real, é a avaliação que o indivíduo faz dela (SILVA & SERRA, 2004).

A abordagem cognitivo-comportamental tem sido vastamente empregada no tratamento desta patologia, no treino de habilidades e no controle de recaídas ao longo do tempo.

Quando um indivíduo com crenças disfuncionais (irracionais e rígidas) sobre si, entra em contato com substâncias psicoativas, um segundo grupo de crenças pode se desenvolver, tais como “usando cocaína me torno mais sociável”. Tais crenças desencadeadas formam uma complexa rede de avaliação e sentimentos que levam ao uso da substância “eu preciso usar droga” de modo que o comportamento de busca e uso se repete (SILVA et al, 2013, p. 124).

O modelo cognitivo de Aaron Beck apresenta a dependência química a partir da interação de múltiplas crenças, em especial, aquelas relacionadas ao desemprego e falta de amor. Inúmeros estudos atestando a eficácia da TCC a elevou a este status de avaliação entre as abordagens psicoterápicas.

Ainda segundo SILVA et al. (2013, p. 125), no tratamento da dependência química a TCC busca identificar esquemas (criações hipotéticas), crenças básicas e pensamentos automáticos que ativam o interesse pela droga. As crenças básicas estão relacionadas com a aceitação, liberdade e autonomia. Os pensamentos automáticos são respostas cognitivas diante das situações que o ativam. Através da conceituação cognitiva é possível perceber ainda as estratégias compensatórias (comportamentos que buscam alívio dos pensamentos automáticos e situações negativas) e erros ou distorções cognitivas (formas distorcidas de pensar, padronizadas pelos eventos da vida que geram grande sofrimento para si e na relação com os outros) presentes na estrutura cognitiva do paciente.

O modelo cognitivo de processamento da informação, definido por Beck, considera que determinados eventos ativam pensamentos automáticos que desencadeiam emoções e por sua vez, comportamentos. Assim, se a forma de pensar é disfuncional, os comportamentos também o serão. As técnicas utilizadas pela TCC objetivam identificar e corrigir as conceituações cognitivas distorcidas. O paciente é orientado sobre seu problema, o formato da terapia e sua responsabilidade no processo de mudança.

SILVA & SERRA (2004), afirmam que as técnicas mais eficazes no tratamento da dependência química são:

## **1. Reestruturação Cognitiva:**

- ✓ Identificação dos pensamentos automáticos
- ✓ Avaliação e modificação das principais distorções cognitivas
- ✓ Exame de evidências
- ✓ Exposição gradual na busca de novos reforçadores
- ✓ Seta descendente (descatastrofização)
- ✓ Treino de auto eficácia
- ✓ Flexibilidade cognitiva

A conceitualização cognitiva é uma hipótese (formulada pelo terapeuta) acerca dos pensamentos, expressões e crenças manifestadas pelo paciente no curso das sessões. Trata-se de um instrumento dinâmico que se altera e se completa, dando suporte ao profissional para rever decisões terapêuticas e propostas de tratamento.

## **2. A prevenção de recaída (PR)**

É um “programa de automanejo que visa melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de hábitos” (Marlatt GA & Gordon GR, 1994).

Baseia-se nos pressupostos de aprendizado social, ou seja, da prerrogativa de que a dependência química se trata de um hábito adquirido onde a pessoa experiencia uma gratificação após o comportamento ou o utiliza para evitar uma situação estressante passando a repetir este comportamento até que se torne desadaptativo. A PR visa esclarecer ao paciente sobre a expectativa positiva que este nutre sobre o resultado do uso de substâncias e os efeitos referentes à violação da abstinência. Para tanto, faz-se necessário identificar seu estado de motivação, as situações de risco, a importância da mudança do estilo de vida, possíveis sinais do processo da recaída, as decisões que aparentemente são irrelevantes e os fatores cognitivos associados à recaída.

Para JUNGEMAN, et al. (2013), o conceito de prontidão para a mudança foi criado por Prochaska e colaboradores e acredita que a mudança se faz por meio de um processo e, para tal, a pessoa passa por diferentes estágios, sendo estes:

- ✓ **Pré-contemplação** – Etapa em que o paciente ainda não considera a modificação nem sequer encara seu comportamento como problema. Esta fase é vista ainda, como “resistência” ou “negação”;
- ✓ **Contemplação** – Quando algum nível de consciência é atingido e a mudança passa a ser considerada apesar da ambivalência quanto à mudança também está presente;
- ✓ **Ação** – É a etapa de atitude onde a terapia é um meio para criar as condições de mudança;
- ✓ **Manutenção** – É a estabilidade/efetividade da mudança. Em dependência química, este processo leva anos para dar-se.

Neste caminho é possível que ocorra o **Lapso**, ou seja, um retorno momentâneo ao comportamento anterior. A principal diferença entre um e outro é que recaída é mais demorada e consiste na volta aos comportamentos anteriores ao tratamento.

Dentre os principais fatores que interferem na recaída:

- ✓ **Expectativas de resultados** - O sujeito se mantém, ora focalizando os efeitos positivos do uso, ora os negativos, nutrindo expectativas positivas, o que promove um resultado ruim ao tratamento;
- ✓ **Fissura** – Desejo de consumir a substância;
- ✓ **Auto eficácia e habilidade de enfrentamento** – No modelo cognitivo-comportamental o maior preditor de recaída é a dificuldade do sujeito em lidar com situações de alto risco. A auto eficácia diz da confiança e capacidade do indivíduo para cumprir metas e objetivos determinados para si;
- ✓ **Relações interpessoais** – Referem-se ao suporte emocional condicionante à manutenção da abstinência. É de suma importância, tanto a qualidade quanto a quantidade de apoio.

Ainda segundo JUNGEMAN, et al. (2013), para a prevenção de recaída são necessárias, além de reconhecer o problema, mais duas estratégias: o *treinamento de habilidades sociais e a mudança de estilo de vida*.

Durante o processo terapêutico, o paciente deve ser “treinado” a perceber as situações de risco dispostas no ambiente (condições de vulnerabilidade), os estados emocionais e seus determinantes interpessoais (conflitos, frustrações e outros sentimentos que causem instabilidade).

O **Treinamento de Habilidades Sociais** tem como objetivo auxiliar nas dificuldades das habilidades para lidar com situações específicas. Dentre as habilidades a serem treinadas, destacam-se: comunicação, assertividade, lidar com críticas, dizer não (à droga), dentre outras. Ressalta-se que as habilidades devem ser aprendidas e treinadas no curso do processo terapêutico em ambiente social no qual o paciente esteja exposto. Com isso, aumenta-se a probabilidade de que a habilidade seja replicada gerando desfechos positivos.

A TCC auxilia o sujeito a explorar alternativas, a partir dos princípios da entrevista motivacional, para que escolha acerca das mudanças que deseja promover em seu estilo de vida. Uma vida desequilibrada com a má sintonia entre dever e lazer ou uma vida repleta de fontes estressoras podem ser motivos para a recaída (ZANELATTO, et al, 2013).

A **entrevista motivacional** (EM) é um recurso eficaz no tratamento da dependência química. Trata-se de uma postura empática e técnica para motivação, persuasão e aceitação do paciente quanto às metas e compromissos estabelecidos. O objetivo principal é aumentar a intensidade do comprometimento do paciente com a mudança procurando auxiliá-lo na lida com os obstáculos que geram o abandono do tratamento. A EM configura-se em uma “conversa sobre a mudança” potencializando os pontos fortes do paciente em direção a um novo estilo (MEYER et al. 2014)).

Durante o tratamento, o sujeito deve ser treinado a perceber as *situações de alto risco*, ou seja, aquelas que o ameaçam e o impedem de se manter abstinente. É importante que esteja constantemente atento a seus estados emocionais e aos estímulos ambientais eliciadores do uso de substâncias. É válido ainda, que durante o processo terapêutico, seja treinado a identificar as *decisões aparentemente irrelevantes*, ou seja, aquelas atitudes cotidianas que podem levá-lo a perder o controle e recair.

## CONCLUSÃO

O diagnóstico de dependência química é complexo e deve considerar inúmeras variáveis. Dessa forma, os conceitos sobre a forma de consumo devem ser utilizados de modo coerente para um diagnóstico responsável. Assim, faz-se necessário que se avalie tanto os sintomas presentes quanto suas variações.

A melhor teoria é aquela que explica de maneira satisfatória os fenômenos que determinam a dependência química apresentando os pontos de intersecção entre os eventos, pensamentos, emoções e comportamentos. Esta, é a base que norteia o trabalho de Aaron Beck.

Estudos comprovam que a Terapia Cognitivo-Comportamental tem demonstrado sua eficácia no tratamento da dependência química. Trata-se de uma abordagem diretiva que se utiliza de metas

e de sessões estruturadas. Para a TCC, a adicção é uma resposta emocional disfuncional e, portanto, pode ser manejada a partir de técnicas apropriadas e bem direccionadas.



## **BIBLIOGRAFIA**

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

Beck JS. Terapia Cognitiva teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Marlatt GA, Gordon GR. Prevenção da Recaída. Porto Alegre: Artes Médicas;

MELO, Wilson Vieira (Org.). Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva. Novo Hamburgo : Sinopsys, 2014.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: ARTMED; 1993. p.69-82.

RANGÉ, B.; MARLATT, G. A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas.

Revista Brasileira de Psiquiatria. 30 (Supl II). S88-95, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf>>. Acesso em 21 de Jan. 2018.

SILVA, C. J.; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, 26 (Supl I): 3339, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151644462004000500009&script>>. Acesso em 02 de Fev. 2018.

ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Org.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. 568 p.