

**UNIFAAT**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**GUSTAVO HENRIQUE C. SOUZA**

**RA: 1513057**

**A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA: A INTERVENÇÃO DO  
TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS NA  
MANUTENÇÃO DA DOENÇA.**

**ATIBAIA - 2018**

**UNIFAAT**  
**CURSO DE PSICOLOGIA**

**GUSTAVO HENRIQUE C. SOUZA**

**RA: 1513057**

**A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA  
DEPENDÊNCIA QUÍMICA: A INTERVENÇÃO DO  
TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS NA  
MANUTENÇÃO DA DOENÇA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para obtenção do grau de Bacharel e/ou Licenciado em Psicologia pela UNIFAAT, sob orientação da Professora Regina de Fátima Damazo.

**ATIBAIA – 2018**

Souza, Gustavo Henrique Cândido  
S715e A eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento da dependência química: a intervenção do treinamento das habilidades sociais na manutenção da doença. / Gustavo Henrique Cândido Souza, - 2018. 77 f.; 30 cm.

Orientação: Regina de Fátima Damazo

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Centro Universitário UNIFAAT, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia da Faculdades Atibaia, 2018.

1. Terapia cognitivo comportamental 2. Habilidades sociais 3. Treino de habilidades sociais 4. Drogas 5. Intervenção I. Souza, Gustavo Henrique Cândido II. Damazo, Regina de Fátima III. Título

CDD 150

# **CURSO DE PSICOLOGIA**

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

**Gustavo Henrique Cândido Souza**

**“A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: A INTERVENÇÃO DO TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS NA MANUTENÇÃO DA DOENÇA”.**

Trabalho apresentado ao Curso de Psicologia, para apreciação da professora orientadora Regina de Fátima Damazo, que após sua análise considerou o Trabalho \_\_\_\_\_, com Nota \_\_\_\_\_.

Atibaia, SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

---

Prof. (ª) Regina de Fátima Damazo

*Dedico a meu pai e minha mãe, por acreditarem e doarem-se a minha formação pessoal e profissional. A minha namorada por estar comigo nos momentos mais difíceis e a minha professora orientadora por seus ensinamentos, paciência e confiança em minha jornada acadêmica.*

## **AGRADECIMENTOS**

Certamente, meus agradecimentos não irão abarcar todas as pessoas que fizeram parte dessa importante fase da minha caminhada. Portanto, desde já peço desculpas àquelas que não estão presentes entre essas palavras, mas tenham a certeza que fazem parte do meu pensamento e da minha gratidão.

Agradeço primeiramente aos meus pais pela incessante luta no intuito de me oferecer uma educação de qualidade ao longo de minha vida, vocês são meu porto seguro em meio as tormentas que a vida nos traz, sem a dedicação de vocês, não seria metade do homem que sou hoje.

Agradeço a minha família, principalmente minhas tias, que sempre acreditaram em meu potencial, incentivando-me todos os dias a ser uma pessoa melhor e buscar superar meus limites.

Agradeço a minha namorada que foi compreensiva com os momentos – que não foram poucos - em que permaneci distante devido ao tempo dedicado ao presente trabalho, agradeço pelo incentivo incansável, pelo amor, amizade, companheirismo, cumplicidade, cuidado e dedicação em me ajudar a não desistir nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus estimados amigos, que me propuseram bons momentos onde pude me divertir e ter momentos agradáveis de lazer em meio ao mar de preocupações e angustias que esse ano trouxe a mim.

Aos professores do curso, que durante meus anos de graduação compartilharam seus conhecimentos que culminaram em minha formação, agradeço imensamente a dedicação de vocês.

Não posso deixar de agradecer em especial a minha orientadora Regina de Fátima Damazo pela dedicação e atenção a minha pessoa no que tange o desenvolvimento e orientação do presente trabalho.

Por fim, a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”*

(Albert Einstein)

## RESUMO

O presente trabalho apresenta uma revisão bibliográfica tendo como objetivo a análise das utilidades metodológicas da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento do dependente químico, no que diz respeito à técnica de Treinamento de Habilidades Sociais para prevenção de recaída. O trabalho contou com dois artigos científicos, onde pode-se esmiuçar as intervenções realizadas a luz da Terapia Cognitivo Comportamental tendo como base o arcabouço teórico que fundamentou tais procedimentos e em seguida, sob outro subtítulo, explicou-se as outras intervenções exequíveis dentro da abordagem supracitada. Buscou-se também elucidar os benefícios e a eficácia do objetivo supracitado proposto do presente trabalho. A partir disso, foi possível observar resultados positivos do Treinamento em Habilidades Sociais para usuários de diferentes substâncias psicoativas, principalmente em tratamentos integrados. Porém, demonstrou-se que a partir do estudo realizado, não se expôs resultados exclusivos do Treinamento de Habilidades Sociais, padecendo de instrumentos inerentes para avaliação das Habilidades Sociais, implicando na necessidade de novos estudos acerca dos efeitos da técnica e na descrição detalhada de seus procedimentos a serem utilizados com pacientes acometidos pelas drogas.

**Palavras Chave:** Terapia Cognitivo Comportamental. Habilidades Sociais. Treino de Habilidade Sociais. Drogas. Intervenção.

## ABSTRACT

*The present work presents a bibliographical review aiming at the analysis of the methodological uses of Cognitive Behavioral Therapy in the treatment of chemical dependents, with regard to the Social Skills Training technique for relapse prevention. The work had two scientific articles, where it is possible to analyze the interventions carried out in the light of Cognitive Behavioral Therapy based on the theoretical framework that based these procedures and then, under another subheading, the other interventions feasible within the approach above. It was also sought to elucidate the benefits and effectiveness of the proposed objective of the present study. From this, it was possible to observe positive results of the Training in Social Skills for users of different psychoactive substances, mainly in integrated treatments. However, it was demonstrated that, based on the study, there were no exclusive results of the Social Skills Training, with inherent instruments for the evaluation of Social Skills, implying the need for new studies about the effects of the technique and the detailed description of its procedures to be used with patients affected by the drugs.*

**Keywords:** *Behavioral Cognitive Therapy. Social skills. Social Skills Training. Drugs. Intervention.*

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
-------------------------	----

## **CAPÍTULO 1**

<b>1. A EVOLUÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA A LUZ DA PSIQUIATRIA, PSICANÁLISE E TCC</b> .....	18
1.1 Dependência química: histórico e evolução.....	18
1.2 Psiquiatria – aporte a área da saúde mental.....	22
1.3 Psicanálise: uma reflexão acerca da dependência química.....	25
1.4 Terapia cognitivo-comportamental: histórico evolutivo e suas contribuições para adicção.....	26

## **CAPÍTULO 2**

<b>2. TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E SUA PRÁXIS METODOLÓGICA</b> .....	30
2.1 Terapia cognitivo comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas.....	30
2.2 Intervenções e técnicas utilizadas no artigo supracitado.....	33
2.2.1 Psicoeducação.....	33
2.2.2 Treinamento para reestruturação cognitiva.....	35
2.2.3 Treinamento de habilidades sociais.....	37
2.2.4 Respiração diafragmática.....	39
2.2.5 Prevenção de recaídas.....	40
2.3 Outras intervenções da terapia cognitivo comportamental voltadas ao tratamento da dependência química.....	43
2.3.1 <i>Mindfulness</i> .....	43
2.3.2 Cartões de enfrentamento.....	45
2.3.3 Questionamento socrático.....	46
2.3.4 Reatribuição (torta de responsabilidade).....	48
2.3.5 Flecha descendente.....	50
2.3.6 Término do capítulo.....	51

## **CAPÍTULO 3**

<b>3. TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A ANÁLISE DA SUA EFICÁCIA REFERENTE AO TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....</b>	<b>53</b>
3.1 Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas: revisão sistemática da literatura.....	53
3.2 Análise dos benefícios da técnica de treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas do artigo supracitado.....	61
3.2.1 Término do capítulo.....	65
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>

## INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas desenvolveu-se de maneira desenfreada no decorrer histórico da humanidade. A busca pela alteração do estado de consciência por meio de substâncias que operam no sistema nervoso central relacionados a rituais religiosos, místicos, de cunho farmacológico ou de facilitador da interação social tornou-se busca constante por diversos indivíduos ao longo do tempo.

O tratamento do transtorno que permeia o uso de substâncias psicoativas deve, portanto, ser planejado, levando em consideração todas as variáveis atuantes nessa problemática e objetivando a obtenção de soluções adequadas a cada tipo de paciente.

Atualmente, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a dependência química é reconhecida como doença; no entanto, a mesma destaca que a dependência química deve ser tratada concomitantemente como uma doença médica e um problema social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Devido à grande abrangência do tema atualmente e por conviver com pessoas que infelizmente foram vítimas da doença, surgiu em mim um grande interesse em saber como a TCC pode assistir, a partir de técnicas e métodos, pessoas que são vítimas da adicção. Tais técnicas como o Treino de Habilidades Sociais podem ajudar os adictos a superarem a doença é de suma importância para a sociedade, pois o uso de drogas constitui-se como um problema de saúde pública, que vêm ultrapassando todas as fronteiras sociais, emocionais, políticas e nacionais, preocupando toda a sociedade. Em virtude de ser um problema complexo, no qual se envolvem várias dimensões, deve-se entender a dependência química como uma doença biopsicossocial.

É visto que os estudos relacionados à dependência química a cada dia que passa vêm tomando maiores proporções e por mais que pessoas especializadas em dependência química busquem soluções, aparentemente ainda estamos longe de alcançar um denominador comum e resolver tal questão que vem ceifando vidas cada vez mais e mais. Portanto, o estudo sobre como as Habilidades Sociais podem ajudar na manutenção da doença é de suma importância para o meio científico, pois a dependência química atualmente é um problema macrossocial de saúde pública e

estudos acerca do tema são de grande importância para que novos meios e métodos possam contemplar o tratamento da doença.

Tendo em vista tais fatores elencados sobre a adicção, o presente trabalho irá analisar as utilidades metodológicas da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento do dependente químico no que diz respeito à técnica de Treinamento de Habilidades Sociais para prevenção de recaída. Buscará a conceptualização da TCC e da dependência química, perpassando por sua história a luz da psiquiatria, psicanálise e TCC e tratará-se sobre suas técnicas para manutenção da doença.

Aaron Beck, psicanalista de formação, juntamente de seus colaboradores, desenvolveu na década de 60 uma forma de psicoterapia a qual denominou terapia cognitiva. Atualmente, o termo é utilizado por muitos como sinônimo de terapia cognitivo-comportamental.

Rangé. (2011, p.22) complementa a ideia dizendo que:

A terapia cognitiva de Beck é uma psicoterapia focal, baseada no modelo cognitivo que pressupõe que, em transtornos mentais, o pensamento disfuncional é um elemento importante. A modificação de pensamentos disfuncionais leva a melhora sintomática dos transtornos, à modificação de crenças disfuncionais subjacentes e estabelece uma melhora abrangente e duradoura.

Isto é, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) trabalha baseada no modelo cognitivo descrito por Beck, onde visa a identificação e reestruturação de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares.

A TCC no decorrer da história, vem sendo considerada uma abordagem eficaz e referencial no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos – incluindo o transtorno por abuso de substâncias químicas – pois, segundo Judith Beck (2013, p.22) o terapeuta embasado na terapia cognitivo-comportamental “procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura”.

Ou seja, a TCC baseia-se na análise e nas alterações de emoções e comportamentos desadaptativos por meio de estratégias, como o Treinamento de Habilidades Sociais e prevenção de recaída, pois tais comportamentos geram consequências penosas no convívio social do indivíduo debilitado por suas crenças disfuncionais.

Rangé e Marlatt (2008) realizaram uma pesquisa onde apresentam a TCC como uma alternativa terapêutica eficaz no tratamento da dependência química. A pesquisa foi formulada tendo como alicerce evidências da literatura para o desenvolvimento de programas de tratamento eficazes, onde descreveu-se um modelo de tratamento grupal usado com grupos de alcoolistas encaminhados pela Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro para o Centro de Pesquisa e Reabilitação do Alcoolismo. Elucidou-se que tal tratamento é tão eficaz quanto os outros tratamentos baseados na TCC, como Entrevista Motivacional (EM) e Prevenção de Recaída (PR). Tal pesquisa abordou como estratégias eficazes de tratamento as Habilidades Sociais básicas, comportamentos assertivos e habilidades de confronto, que incluem a capacidade de identificar situações de risco, que lidam com emoções e realizam reestruturações cognitivas.

Referente à questão de técnicas cognitivas da TCC, que compreende-se como uma abordagem estruturada onde o terapeuta e pacientes têm seus respectivos papéis no tratamento, ARCH AYERS (2013 apud, Luz, Fontana e Méa (2015, p.5) dizem que "(...) O foco é para o contexto atual, usufruindo de técnica da abordagem cognitiva comportamental, na qual modifica os modelos de crenças e pensamentos que acarretam sofrimentos psicológicos para o paciente".

Sendo assim, é visto que a TCC, a partir de técnicas estruturadas, visa auxiliar os pacientes em geral e também em específico os pacientes dependentes químicos a sinalizarem pensamentos disfuncionais que provoquem sentimentos negativos e comportamentos mal adaptativos, auto monitorar cognições negativas, identificar a afinidade entre as cognições, crenças e sentimentos subjacentes dentre inúmeras outras técnicas que ajudem o paciente a modificar crenças disfuncionais geradoras de sofrimento psíquico.

Abarcando a inter-relação entre a TCC e a dependência química (DQ), Vieira e Feldens (2013, p. 2) definem a DQ como um:

(...) Fenômeno que envolve um conjunto de aspectos físicos e mentais, sendo resultado da ingestão do uso contínuo de substâncias psicoativas, geralmente caracterizada por reações comportamentais como busca incontrolável pela substância utilizada, apesar das consequências danosas, buscando ora para aliviar o desconforto da sua falta, ora para gerar novamente a sensação de prazer obtida em sua primeira experiência com a substância.

Ou seja, é um fenômeno resultante da ingestão de substâncias psicoativas de forma desenfreada, onde os adictos buscam aliviar a angústia trazida do mundo externo, buscando a fuga dos problemas trazidos pelas suas vivências que provavelmente faz com que indivíduos com uma estrutura emocional debilitada ingressem no mundo das drogas.

No presente trabalho também será trazido um panorama que no que diz respeito às drogas psicotrópicas, sendo possível compreender que tais drogas são atuantes no SNC, produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, sendo substâncias que causam dependência. São classificadas em substâncias depressoras, estimulantes e perturbadoras do SNC. (Zanelatto e Laranjeira, 2009)

As substâncias depressoras do SNC têm como característica o fenômeno da diminuição da atividade do sistema, lenteando seu funcionamento, segundo Zanelatto e Laranjeira (2009, p. 46) “Em termos de efeito, as consequências desse fenômeno são sonolência, diminuição da concentração, lentidão psicomotora, diminuição dos reflexos e sensação de relaxamento e tranquilidade”. O autor complementa a ideia dizendo que os benzodiazepínicos, álcool, solventes e opiláceos são drogas que contemplam as substâncias depressoras do SNC.

As substâncias estimulantes do SNC têm como característica a aceleração da atividade psicomotora, Zanelatto e Laranjeira (2009, p. 48) completam a ideia dizendo que “essa hiperexcitabilidade, aumenta o estado de alerta e o poder de concentração, diminuindo o sono e apetite, gera sensação de euforia e provoca irritabilidade”. O autor complementa a ideia dizendo que a cocaína e o crack, anfetaminas e tabaco são drogas que contemplam as substâncias estimulantes do SNC.

As substâncias perturbadoras do SNC têm como característica a provocação de perturbação da atividade cerebral, gerando quadros alucinatórios, geralmente de natureza visual. Zanelatto e Laranjeira (2009, p. 49) corroboram a ideia dizendo que as substâncias “são consideradas psicoticomiméticas porque mimetizam estados psicóticos (delírios, alucinações, perda da noção da realidade) nos indivíduos que as utilizam”. O autor complementa a ideia dizendo que a cannabis, LSD, cogumelos ayahuasca e anticolinérgicos são drogas que contemplam as substâncias perturbadoras do SNC.

Tendo em vista o entendimento de que a dependência química pode ser efetivamente tratada a partir do escopo de técnicas que a TCC abarca, uma técnica importante de tratamento é o Treinamento de Habilidades Sociais para prevenção de recaída, Caballo (2003, p.6) diserta sobre o tema dizendo que:

O comportamento socialmente hábil é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas.

Isto é, tal definição ressalta o conceito de “expressão” e não se esquece do reforço, minimizando a probabilidade de problemas futuros. Complementando a ideia, Sakiyama e Zanelatto (2011) apontam que o objetivo do Treino de Habilidades Sociais é aumentar a assertividade do indivíduo em relação ao manejo das situações sociais cotidianas.

Del Prette e Del Prette (1999, p. 47), apontam que as Habilidades Sociais podem ser definidas como "um constructo descritivo do conjunto de desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal". Deste modo, as Habilidades Sociais referem-se aos comportamentos necessários para ocorrência de uma relação interpessoal bem-sucedida.

Pesquisas demonstram que a falta de habilidade para lidar com diversas situações está associada ao maior consumo de drogas e as principais dificuldades de habilidade encontram-se intimamente relacionado aos seguintes comportamentos e pensamentos: sentimentos negativos, pouca assertividade, baixo senso crítico, dificuldades em receber críticas, problemas na comunicação (interior e exterior), recusa de droga, dizer não a si e aos demais, socializar-se, baixa tolerância a frustrações, adiar prazeres, problemas em reconhecer e enfrentar situações de risco, problemas no manejo da fissura, falta de planejamento, entre outros (PINHO; OLIVA, 2007; ZANELATTO, 2013).

Miguel e Gaya (2013) e Del Prette e Del Prette (1999), discorrem que a capacidade do indivíduo adaptar-se ao seu meio circundante depende das estratégias que utiliza em suas vivências cotidianas; se no decorrer do processo houver brechas advindas de fatores extrínsecos ou intrínsecos, podem emergir estratégias de enfrentamento (coping) disfuncionais que desencadearão déficits nas Habilidades

Sociais, e estes, por sua vez, podem estar associados aos transtornos psicológicos e psiquiátricos.

O conjunto de esforços, tanto comportamentais quanto cognitivos que os indivíduos utilizam diante de uma situação estressora pode ser compreendido como coping (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Esses esforços são emitidos para modificar o ambiente na tentativa de adequar-se da melhor forma possível ao evento estressor, reduzindo ou minimizando seu caráter aversivo.

Os déficits em Habilidades Sociais podem estar presentes quando observados comportamentos de baixa competência social e dificuldades de enfrentar situações de risco a integridade física e psíquica e na resolução de problemas (MIGUEL; GAYA, 2013).

Em relação a Habilidades Sociais em dependentes químicos, Caballo (2003) enfatiza que a falha nas Habilidades Sociais pode contribuir para dependência, principalmente pelo fator de agregador ao grupo que as drogas aparentam propiciar em contextos sociais diversos.

Portanto, ao observar tais fatores sob a perspectiva da promoção da saúde, os programas preventivos embasados na TCC devem focalizar no Treinamento de Habilidades Sociais como estratégia para aumentar a autoestima dos indivíduos, ensinando um novo repertório de estratégias sociais, que perpassam pela habilidade de comunicação, de habilidades de negar convites ao uso, habilidades de enfrentamento – prevenção de recaída - ao fracasso entre outros (WAGNER; OLIVEIRA, 2009).

A questão da prevenção de recaída é importante na manutenção da doença, Marlatt e Donovan (2009, p.15) dizem que “O principal objetivo da prevenção de recaída (PR) é tratar o problema da recaída e gerar técnicas para prevenir ou manejar sua ocorrência”. Ou seja, a PR, quando baseada em uma estrutura cognitivo-comportamental, busca identificar situações de alto risco de vulnerabilidade a recaída, utilizando-se de estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais como o Treino de Habilidades Sociais para prevenir futuras recaídas em situações similares.

Um estudo realizado em 2004 por Büchele, Marcatti e Rabelo referente a dependência química e prevenção à recaída teve como objetivo o levantamento dos fatores considerados de risco para recidiva segundo a visão dos entrevistados na Unidade de Dependência Química do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina. Aplicou-se um questionário em forma de entrevista junto a 25 internos da unidade, no

período de abril de 2003 a maio de 2003. A pesquisa obteve como resultados o evidente e amplo consumo de bebida alcoólica como a droga de preferência dos usuários, observou-se que o álcool, uma droga lícita quando comparado às ilícitas revela a maior incidência no uso com 56% da amostra, enquanto, 12% usavam maconha, 16% cocaína e 16% deles eram usuários de crack.

O afastamento das reuniões dos grupos de ajuda-mútua foi apontado por 64% dos entrevistados, como o grande determinante do processo de recaída. 28% deles citaram alguns hábitos e determinados lugares que costumavam frequentar, como por exemplo: bares, festas, partidas de futebol com amigos, danceterias, como fatores de risco. O desemprego e, como consequência, o problema financeiro é, para 4% dos colaboradores, um fator importante de risco. Sendo assim, observou-se que embora muitas vezes diferentes pessoas tenham referido fatores semelhantes, eles são muito particulares e variam de acordo com o estilo e condições de vida de cada pessoa.

Corroborando os apontamentos até este momento, foi visto que a dependência química é uma doença abarcada por diversos fatores, sendo assim, seu tratamento se dá em esfera multi e interdisciplinar, o tratamento para tal transtorno que abrange diversos fatores deve contemplar diversas áreas de conhecimento, porém, os achados na literatura atual apontam que as intervenções que utilizam os modelos da TCC possuem maior assertividade e eficácia.

Sendo assim, considerando tais aspectos supracitados, compreende-se a necessidade de que os dependentes químicos sejam instruídos quanto à importância do manejo destas Habilidades Sociais, principalmente sobre aquelas que os aproximam dos fatores de proteção e os afastam dos fatores de risco.

Por fim, a metodologia a ser adotada para o desenvolvimento do presente trabalho contará com pesquisa bibliográfica acerca dos temas abordados, a fim de elucidar os conceitos de terapia cognitivo-comportamental e dependência química, será pesquisado também sobre a questão do treino de habilidade social para prevenção de recaída partindo de dois artigos.

## **CAPÍTULO 1 – A EVOLUÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA A LUZ DA PSQUIATRIA, PSICANÁLISE E TCC.**

O presente capítulo abordará a história da dependência química, abarcando sua gênese, sendo assim, o assunto será tratado desde as concepções mais antigas até os dias atuais, no intuito de compreender como a problemática da adicção alastrou-se como uma doença que assola a sociedade tornando-a submissa perante as substâncias psicotrópicas.

Para tal compreensão, será dissertado como a Psicologia entrou em contato com a adicção, buscando amparo teórico na Psiquiatria, Psicanálise e TCC, no desígnio de estabelecer uma comparação de como se entendia o assunto *a priori* e como se entende atualmente.

### **1.1. Dependência química: histórico e evolução**

A dependência química confere a um fenômeno largamente disseminado e debatido, uma vez que a utilização abusiva de substâncias psicoativas se tornou um poderoso problema de saúde pública e social em nossa sociedade.

A adicção é definida e tem como característica essencial “um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância” (DSM – V, p. 483).

Para constatar a dependência por substâncias, faz-se necessário atingir-se certos indícios adotados pela Classificação Internacional de Doenças, CID – 10, Zanelatto e Laranjeira (2009, p. 36) demonstram que:

Quadro 1: Critérios diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas

Compulsão para Consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
------------------------	--

Aumento da tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância para alcançar os efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
Síndrome de Abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicotrópica cessou ou foi reduzido
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento de consumo	O consumo de substâncias psicoativas visando o alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evita-los.
Relevância do consumo	O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo
Estreitamento ou empobrecimento do repertório	A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. Conforme a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso, o uso passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como, por exemplo, o local de trabalho.
Reinstalação da síndrome de dependência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período abstinente. Uma síndrome que

	levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo que o indivíduo tenha atravessado um longo período de abstinência.
--	--

*FONTE:* Edwards e colaboradores. (2005, s.p)

A utilização de substâncias químicas não é um acontecimento inédito no repertório comportamental humano, e sim uma prática global e milenar, não sendo, por conseguinte, um fenômeno restrito a época atual.

A busca por substâncias psicotrópicas deu-se desde as épocas mais longínquas sempre com uma finalidade exclusiva, a de que o homem, partindo de uma visão hedonista, sempre buscou maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento (Martins & Corrêa, 2004).

Em seu decorrer histórico, a droga era utilizada como uma busca pela alteração do estado de consciência e era relacionada a rituais religiosos, místicos, de cunho farmacológico ou de facilitador da interação social, acabando por tornar-se busca frequente por diversos povos e culturas.

Durante o período da Idade Média, a utilização do álcool – imprescindivelmente o vinho – era restrito à Igreja Católica, devido a seu grandioso poder, tanto religioso quanto social e econômico. O uso de qualquer outro tipo de substância, como plantas, era considerado bruxaria, sendo assim, tais substâncias receberam caráter infame, gerando perseguições e punições severas as quem utilizasse, como torturas e mortes por parte da inquisição da época. (Pratta & Santos, 2009).

Com a queda da onipotência Cristã, surge o Renascimento, movimento iniciado no século XIV na Itália e conseqüentemente espalhado para o resto da Europa, estando em vigor até o século XVI. O Renascimento foi um movimento de ordem artística, cultural e científica que se irrompeu na passagem da Idade Média para a Moderna. Em um quadro de frágeis metamorfoses que não mais correspondiam ao conjunto de valores incitados pelo período medieval, o renascimento introduziu um conjunto de interesses e temas aos meios culturais e científicos de sua época.

Conseqüentemente, no século XVIII, também conhecido como século das luzes, instaurou-se o Iluminismo, movimento cultural da elite intelectual europeia que

procurou mobilizar o poder da razão, a fim de reformar a sociedade e o conhecimento herdado da tradição medieval.

Gomes (2010, p. 33) corrobora a ideia dizendo que “No século XVIII, era do racionalismo e do iluminismo, houve uma diminuição da perseguição aos heterodoxos religiosos e um retorno ao uso de drogas como medicamento – principalmente, os medicamentos à base de ópio”.

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e diversas outras substâncias foram encarados como desvios morais até o século XVIII, até que em meados do século XIX, Zanelatto e Laranjeira (2009, p. 34) discorrem que:

Magnus Huss (1849) utilizou o termo *alcoholismo* pela primeira vez, na tentativa de definir o conjunto de complicações clínicas decorrentes do uso abusivo e crônico do álcool. Quase no final do referido século, outros pesquisadores formularam conceitos que se aproximaram do que hoje é denominado dependência, isto é, uma doença com prováveis causas biológicas e genéticas. Essa definição, aos poucos, estendeu para as outras substâncias, com a criação de entidades nosológicas como morfismo, narcomania e cocainomania.

Nos primórdios do século XX aprovou-se a Lei Seca (Volstead Act), lei que prevaleceu entre 1920 e 1932 e articulava que qualquer bebida que possuísse mais de 0,5% de teor alcoólico seria intoxicante e, por conseguinte, teria sua fabricação, venda, distribuição e consumo expressamente vetado. Porém, por mais rigorosa que a lei fosse, não conseguiu conter o desejo de consumo de milhares de pessoas resultando na comercialização clandestina por meio de bares e contrabandistas, a proibição chegou ao ponto de fazer com que o governo americano começasse a sentenciar a prisão inúmeros médicos por receitarem opiáceos a seus pacientes dependentes químicos.

Sendo assim, tal problemática da drogadição vem sendo pleiteada na esfera dos interesses econômicos e políticos por diversos países envolvidos e as questões do âmbito da saúde permanecem meramente nos discursos oficiais, com atenção limitada na prática (Macrae, 2010).

Zanelatto e Laranjeira (2009, p.34) discorrem sobre relatam que:

Nos anos 1960, as classificações começaram a considerar os diferentes padrões de consumo de álcool, sendo caracterizado dentro destes o uso contínuo, periódico e irregular. Jellineck, em 1960, criou uma classificação dividindo os dependentes de acordo com uma tipologia empiricamente determinada, identificando aqueles com características de origem biológica, com início precoce do consumo e com evolução mais rápida para perda de

autocontrole (tipos gama e delta) e distinguindo-os de outros cujas influências são de origem ambiental, com evolução mais lenta e arrastada (alfa, beta e épsilon).

Atualmente, para a OMS (2001), a dependência química, concomitantemente deve ser considerada uma doença média crônica e um problema social (Pratta & Santos, 2009).

Por fim, para Pratta & Santos (2009, p. 209) “Discutir e cuidar da dependência química na atualidade é encará-la dentro do modelo biopsicossocial de saúde, considerando o paciente em sua totalidade, encarando-o como um ser ativo no processo saúde/doença”.

Sendo assim, deve-se entender o dependente químico a partir de uma visão heurística, ou seja, compreende-lo em sua totalidade, pois o tratamento da adicção é complexo, árduo e prolongado, demandando do terapeuta e do paciente a implicação no processo de tratamento da enfermidade.

## **1.2. Psiquiatria – aporte a área da saúde mental**

No intuito de acolher os “alienados”, nos séculos XVI e XVII, a sociedade dispunha dos hospitais e das Santas Casas de Misericórdia. Tais Instituições caracterizavam-se como espaços de acolhimento misericordioso, onde os excluídos, doentes, ladrões, prostitutas, loucos – alienados – e miseráveis eram acolhidos para proporcionar-lhes conforto e, de alguma maneira, minorar seu sofrimento (AMARANTE, 1998; FOUCAULT, 1984, 2004a).

No entanto, mesmo com criações de zonas de acolhimento, o factual objetivo em internar tais enfermos era de afasta-los do convívio social, pois simbolizavam ameaça à lei e à ordem social vigente da época.

Rosa e Campos (2013, p.315) corroboram a ideia dizendo que:

Os loucos, antes da fundação do hospício, se tranquilos, eram acolhidos pela sociedade e assim podiam circular livremente; porém, se agitados e agressivos, eram reclusos nas cadeias públicas. Além do critério comportamental, a classe social também definia a assistência destinada ao louco, pois os ricos eram tratados domiciliarmente ou enviados para tratamento na Europa.

A partir do instante em que houve cisão da enfermidade mental e da feitiçaria, a Psiquiatria passou a ser afrontada como ciência médica e não mais como movimento religioso.

É somente no início do século passado que a loucura ascende à categoria de doença mental. Nessa época, os loucos se disseminavam indiferentemente entre os hospitais gerais, as casas, de detenção, as casas de caridade, os depósitos de mendigos e as prisões familiares. Nessa época, a loucura figura claramente como estigma, isto é, como sinal distintivo e significante da pertinência do louco à categoria das "classes perigosas". A psiquiatria, então, ainda não se havia firmado, apropriando-se da insanidade como objeto próprio dentro da legitimidade do seu saber e de sua técnica (VIEIRA, 1981, p. 50).

Sendo assim, após o médico Phillippe Pinel (1755-1826) se destacar como fundador da Psiquiatria moderna, foi somente no final do século XVIII que o médico criou o conceito de doença mental e conseqüentemente inaugurou diversas Instituições com a finalidade de assistência para os indivíduos assolados por tais enfermidades. No entanto, com o intuito de tratá-los e educá-los, Phillippe Pinel dá início a um trabalho de separação e classificação dos tipos de "loucura". Desse modo, os acometidos por transtornos mentais continuavam ostracizados e muitas vezes não saíam de tais Instituições de asilo (Koda 2002).

Partindo ao século XIX, averiguou-se que o mesmo foi marcado pelo início da farmacologia, (Gomes 2010, p. 33) disserta que:

No início do século XIX, cientistas isolaram os princípios ativos de várias plantas, produzindo fármacos como a morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mesalina (1896) e os barbitúricos (1903), marcando o renascimento da farmacologia. Essas substâncias foram muito utilizadas como medicamentos para a diminuição da dor (física e psíquica), principalmente, em um momento marcado pelas guerras.

Tais saberes abarcados pela medicina científica como a sintetização de fármacos como a morfina, codeína, atropina – dentre outros – a deram um status distinto na época, conferindo a uma visão individualista da doença, ou seja, o foco passa a ser o indivíduo e não a população.

Já no século XX, falar sobre saúde e doença era tomar como ponto de partida o modelo biomédico ou mecanicista, tal modelo, espelhando o referencial instrumental e técnico das biociências, suprime o viés biopsicossocial, ou seja, revoga sua totalidade e sua subjetividade, considerando apenas a doença como causa orgânica.

Sendo assim, a partir da atuação de caráter reducionista da medicina na época, a Associação Americana de Psiquiatria publicou em 1952 o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), Burkle (2009, p.12) discorre que:

A primeira edição, o DSM-I, foi lançada com 132 páginas apresentando a descrição de 106 categorias de transtornos mentais. Em 1968 foi criado o DSM-II, que apresentou algumas reformulações e mudanças em relação à primeira edição do Manual. Foram listados 182 transtornos mentais em 134 páginas. Quase quinze anos depois, em 1980, foi lançado o DSM-III, com 494 páginas listando 265 categorias diagnósticas. Esta edição apresentou grandes mudanças em relação às propostas e aos textos anteriores, os termos usados para descrever os transtornos mudaram e esta foi a primeira classificação baseada em critérios diagnósticos considerados explícitos (onde a causalidade foi deixada de lado), além de ser o primeiro sistema multiaxial adotado oficialmente. Logo em seguida, em 1989, houve uma revisão do texto da terceira edição e foi lançado o DSM-III-R, apresentando 292 categorias diagnósticas em suas 597 páginas. Em 1994 foi criada uma edição, o DSM-IV, que listou 374 categorias diagnósticas em 886 páginas, e que, em 2000 sofreu uma revisão e algumas mudanças e foi lançado como DSM-IV-TR.

Atualmente, o DSM encontra-se em sua quinta edição, publicada no ano de 2014 e tem como base diagnóstica as codificações da CID-9-MC e CID-10-MC. (DSM-V, 2014).

Partindo de uma nova proposta diagnóstica, onde faz-se necessário um viés mais abrangente, dinâmico e amplo que vai de contrapartida com o modelo reducionista, temos como modelo atual o modelo biopsicossocial, tal modelo é de suma importância ao tratamento da dependência química, pois a partir da segunda metade do século XX até os dias atuais, acabou por virar um fenômeno global e passou a ser tratado como uma questão de saúde pública, (Pratta & Santos 2009, p. 208) corroboram a ideia do modelo biopsicossocial dizendo que:

Surge, assim, a necessidade de se adotar uma perspectiva abrangente e dinâmica, levando à compreensão do processo saúde/doença como sendo um fenômeno histórico e multi-determinado. Propõe-se, conseqüentemente o modelo biopsicossocial, o qual traz a ideia de integração, considerando saúde uma produção social, ou seja, como algo que tem relação com o biológico, mas que depende de uma série de outros determinantes sociais que estão implicados na vida de cada ser humano, como cultura, lazer, transporte, alimentação, educação, trabalho, saneamento básico entre outros.

Por fim, é visto que implicar outros determinantes de maneira mais subjetiva para a obtenção de um diagnóstico mais fidedigno referente a dependência química é

de suma importância para a medicina psiquiátrica atual, pois acabou por impelir o profissional da área da saúde mental a encarar a enfermidade e o sofrimento do sujeito de maneira mais sensível e multidimensional, fazendo com que veja o paciente com um sujeito ativo e autêntico para o enfrentamento e tratamento de sua doença.

### 1.3. Psicanálise: uma reflexão acerca da dependência química

É visto que Freud não refletiu em sua obra sobre a dependência química, sendo que a toxicomania como objeto de estudo do saber médico é contemporânea em relação ao nascimento da psicanálise (Gomes, 2010).

Tal divergência entre o estudo referente a dependência às drogas e a psicanálise é outorgado ao fato de que Freud utilizou-se da cocaína para tratar seus pacientes com sintomas da abstinência da morfina, fator que gera grande controvérsia até os dias atuais (Gurfinkel, 1995).

Diversos autores iniciaram seus estudos sobre a toxicomania sob a luz da psicanálise, partindo das prerrogativas de Freud.

Grassano (2010, p. 03) relata que:

Para Simmel (1928-1949), a droga atua neutralizando o superego, deixando o ego livre para reencontrar a “autoestima perdida por meio de um processo regressivo que vai fazendo do *adicto* uma criança cada vez mais narcisista, que organiza a sua atividade consciente obedecendo, quase que exclusivamente, ao princípio do prazer infantil”.

Ou seja, a droga passa a ser um objeto idealizado que irá aniquilar a ansiedade paranoide que advém da ameaça incessante do núcleo psicótico.

Partindo para a questão clínica, os profissionais da psicanálise, insatisfeitos com a atuação de outros profissionais da área da saúde, passaram a tratar o indivíduo a partir de uma nova visão, considerando sua subjetividade a partir da observação clínica.

Schultz (2009, p.380) corrobora a ideia relatando que:

Desde o início, a psicanálise distinguia-se do pensamento do psicológico geral tanto em relação dos objetivos como no tocante aos métodos e ao objeto de estudo. A psicanálise possui como objeto de estudo a psicopatologia – ou o comportamento anormal – em parte negligenciada pelas demais escolas de pensamento, e adota como principal método a observação clínica, e não a experimentação controlada de laboratório. E

ainda trata do inconsciente, tópico ignorado por outros sistemas de pensamento.

Considerando a afirmação supracitada, é visto que a psicanálise não partia de uma perspectiva organicista, pautada em experimentos laboratoriais, mas sim de uma perspectiva intervencionista mais humanizada, considerando a singularidade da experiência subjetiva, ou seja, o inconsciente. Sendo assim, a via régia para o acesso ao inconsciente para tratamento da toxicomania era a associação livre.

Freud afirmava que o método psicanalítico, a partir da perspectiva da associação livre, é o mais intenso, pois consegue chegar mais longe, alcançando a transformação mais vasta do paciente, ensinando a gênese e a interação dos fenômenos patológicos. (Figueiredo e Moura, 2015, p. 164)

Atualmente, o processo de cura da toxicomania aposta em uma mudança de posição subjetiva, no qual o analista precisa abster-se de sugerir qual a melhor saída para o sujeito. Diferentemente de outras correntes, para a psicanálise, a recomendação de cura não significa abstinência ou não-abstinência, porém sim a escuta do desejo inconsciente (TOROSSIAN, 2004).

Por fim, é visto que atualmente ainda busca-se por meio do acesso ao inconsciente e de sua ferramenta fundamental, a relação transferencial a resolução dos conflitos intrapsíquicos, Santos (1994, p. 18) fala sobre tal relação, o mesmo diz que a relação transferencial ocorre “quando o paciente passa a se interessar por tudo o que se relaciona com a figura do médico, atribuindo a isso por vezes maior importância do que a que demonstra por suas próprias questões, parece se desviar de sua própria doença” ou seja, é esta relação que sustenta o trabalho do analista, que por meio dela buscará elaborar e resolver os conflitos emergentes, reestruturando e reorganizando a personalidade do sujeito.

#### **1.4. Terapia cognitivo-comportamental: histórico evolutivo e suas contribuições para adicção.**

As demandas pelo emprego de intervenções efetivas para os problemas do âmbito da saúde mental que abarcam a diminuição no tempo de tratamento e procura de dados empíricos de resultância tem crescido nos sistemas de saúde por todo o mundo. Tais demandas indicam a TCC como método psicológico mais adequado para

problemas clínicos, como transtornos de ansiedade, personalidade de humor, assim como dores crônicas, dificuldades interpessoais e dependência por substâncias (Zanelatto e Laranjeira, 2009).

Ao falar da TCC, temos como pioneiro o psicanalista de formação Aaron Beck, que juntamente de seus colaboradores, desenvolveu na década de 60 uma forma de psicoterapia a qual denominou terapia cognitiva. Atualmente, o termo é utilizado por muitos como sinônimo de terapia cognitivo-comportamental.

Rangé. (2011, p.22) corrobora a ideia dizendo que:

A terapia cognitiva de Beck é uma psicoterapia focal, baseada no modelo cognitivo que pressupõe que, em transtornos mentais, o pensamento disfuncional é um elemento importante. A modificação de pensamentos disfuncionais leva a melhora sintomática dos transtornos, à modificação de crenças disfuncionais subjacentes e estabelece uma melhora abrangente e duradoura.

Ou seja, a TCC trabalha baseada no modelo cognitivo descrito por Beck, onde visa a identificação e reestruturação de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares.

A TCC abarca diversos modelos teóricos em sua concepção, citando algumas como exemplo, temos a terapia cognitiva de Beck, a terapia racional-emotiva de Albert Ellis e a terapia dos esquemas de Jeffrey Young, no entanto, todas compartilham dos mesmos pressupostos, (Knapp & cols, 2007, p.19) complementam a ideia alegando que:

Três proposições fundamentais definem as características que estão no núcleo das terapias cognitivo-comportamentais: a atividade cognitiva influencia o comportamento; a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada e o comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

A partir da afirmação supracitada, evidencia-se que a TCC direciona sua *práxis* para a identificação e alteração de pensamentos disfuncionais, no intuito de reestrutura-los, tornando mais adaptada a visão do indivíduo sobre certas questões. A TCC visa também alterar comportamentos que possam estar sendo intermediados por tais pensamentos inadequados.

A TCC, a partir de técnicas estruturadas, visa assistir os pacientes a identificarem tais pensamentos disfuncionais que provocam sentimentos negativos e comportamentos mal adaptativos, auxilia também a auto monitoração de cognições

negativas, a identificar afinidades entre as cognições e a reconhecer crenças e sentimentos subjacentes, dentre inúmeras outras técnicas que ajudam o paciente a modificar suas crenças disfuncionais geradoras de sofrimento psíquico.

Tendo em vista o entendimento de que a dependência química pode ser efetivamente tratada a partir do escopo de técnicas que a TCC abarca, uma técnica importante de tratamento da adicção é o Treinamento das Habilidades Sociais, Del Prette e Del Prette (1999, p. 47), apontam que as Habilidades Sociais podem ser definidas como "um constructo descritivo do conjunto de desempenhos apresentados pelo indivíduo diante das demandas de uma situação interpessoal". Deste modo, as Habilidades Sociais referem-se aos comportamentos necessários para ocorrência de uma relação interpessoal bem-sucedida.

Em relação a Habilidades Sociais em dependentes químicos, Miguel e Gaya (2013) discorrem que não dispor das Habilidades Sociais vitais para um exercício social sadio pode estar associado a utilização ou abuso de substâncias psicotrópicas. Desta forma, independente da razão que acarretou o déficit nas Habilidades Sociais, o uso de drogas é associado, por tal pessoa, como uma ferramenta para defrontar sua rotina, decepções, pressões externas entre outros.

Os programas preventivos embasados na TCC devem focalizar no Treino de Habilidades Sociais como estratégia para aumentar a autoestima dos indivíduos, ensinando um novo repertório de estratégias sociais, que perpassam pela habilidade de comunicação, de habilidades de negar convites ao uso, habilidades de enfretamento – prevenção de recaída – ao fracasso entre outros (WAGNER; OLIVEIRA, 2009).

Partindo ao entendimento do fenômeno da adicção, a TCC utiliza-se do modelo cognitivo de Beck para justifica-lo, tal modelo fundamenta-se na racionalidade teórica de que o afeto e comportamento de uma pessoa são, na maioria das vezes, determinados pelo modo como ela estrutura o mundo. Ou seja, mais importante do que a situação real é a avaliação que o indivíduo faz a respeito dela, sendo assim, uma mesma situação pode desencadear diferentes emoções e comportamentos, como o uso abusivo de substâncias psicotrópicas. (Zanelatto e Laranjeira, 2009).

É visto que o ato de consumir a droga, segundo Cafruni, Brolese e Lopes (2014, p.13) "É gerado por um ciclo de crenças e pensamentos automáticos que desencadeiam a fissura e levam à estratégia de busca pela substância. O dependente

químico é aquele que, sozinho, não consegue interromper este ciclo e se livrar das drogas”.

Isto é, quando o indivíduo faz o uso abusivo de substâncias psicotrópicas, faz-se necessário o tratamento da enfermidade, o tratamento da dependência química a luz da TCC pauta-se na análise e modificação dos pensamentos automáticos e das crenças disfuncionais geradoras de comportamentos e emoções disfuncionais (Caminha, Wainer, & Oliveira, 2003).

A TCC visa a alteração das crenças antecipatórias (Ficarei mais tranquilo e sociável se consumir), das permissivas (Como eu tive um dia cansativo, mereço) e do comportamento de busca pela substância psicotrópica (Caminha et al., 2003).

Portanto, traça-se como meta final capacitar o paciente a instigar seus pensamentos automáticos, a produzir crenças e pensamentos diferenciados no manuseio de suas fissuras e no incitamento das crenças permissivas, para habilitá-lo a viver uma vida plena, sem a utilização das drogas (Luz, 2004). Ou seja, a TCC trabalha tendo como ferramenta a reestruturação da cognição que se encontra em estado desadaptativo, alterando o entendimento do indivíduo acerca de situações e atenuando suas crenças disfuncionais relativas ao uso de substâncias psicotrópicas.

Por fim, Moraes (2013) argumenta que a TCC vem conquistando avanços notáveis, principalmente no Treino de Habilidades Sociais para prevenir recaídas, contribuindo para que o paciente lide com as situações de riscos, pois atua na educação cognitiva, objetivando um maior aceite de respostas. Diante do exposto, confirma-se ser necessário que estratégias novas a luz da TCC sejam desenvolvidas com o intuito de colaborar com o tratamento da adicção, pois a TCC, no tratamento da adicção, não está totalmente estabelecida, fazendo com que a abordagem possa consolidar-se de forma mais efetiva para o tratamento de tal enfermidade.

Foi visto que o presente capítulo abordou de maneira concisa as abordagens da psicologia no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas. O capítulo seguinte será focado nas intervenções da TCC a partir de artigo, onde elucidara-se as técnicas utilizadas.

## **CAPÍTULO 2 – TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E SUA PRÁXIS METODOLÓGICA.**

No presente capítulo, apresentara-se um estudo de um artigo ilustrando as intervenções realizadas a luz da TCC. Por meio do arcabouço teórico serão fundamentados tais procedimentos e em seguida, sob outro subtítulo, as outras intervenções exequíveis dentro da abordagem.

A elucidação será feita de forma concisa com trechos retirados de páginas específicas que serão citadas a *posteriori*, porém o artigo estará disponível na integra no site [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000600006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600006) no qual o título é “Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas” de Bernard P. Rangé & G. Alan Marlatt (2008), o artigo aborda a revisão de modelos de tratamentos de adicção como os de prevenção de recaídas de Marlatt e Gordon, o de Prochaska, DiClemente e Norcross sobre os estágios de mudança, com a derivação da entrevista motivacional, desenvolvida por Miller e Rollnick, bem como os modelos cognitivos de Beck et al.

### **2.1. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas**

De acordo com Bernard P. Rangé & G. Alan Marlatt (2008), demonstrara-se como a TCC aborda a revisão de diversos modelos de tratamentos de adicção a partir de um estudo de campo que teve como base evidências da literatura para o desenvolvimento de programas de tratamento eficazes, nele é narrado um modelo de tratamento grupal usado com alcoolistas encaminhados pela Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro para o Centro de Pesquisa e Reabilitação do Alcoolismo.

Os trechos a seguir foram retirados da página 92 à página 94 do artigo em questão.

É relatado que tal modelo desenvolvido pelos autores se desenvolve em uma divisão de sessões, a primeira sessão serviria para introduzir o plano de trabalho, regras e normas que guiarão o trabalho grupal, apresentação de cada membro,

incluindo um relatório breve de seu problema para propósitos de avaliação *a posteriori*. Os objetivos podem ser deixar os pacientes confortáveis, interagindo entre si e sendo aconselhados sobre os princípios gerais do grupo, objetivos, procedimentos e regras. O modelo de prevenção de recaídas pode ser introduzido, bem como o modelo cognitivo e o modelo de Treinamento de Habilidades Sociais.

A segunda sessão pode ser usada para gerenciar pensamentos relativos ao álcool, na qual, através de discussões e exercícios em grupo, pode-se incentivar o uso de pensamentos substitutos para pensamentos sobre bebida. Podendo-se realizar uma matriz de vantagens e desvantagens referentes ao comportamento de beber para tornar mais explícito os benefícios de não beber comparados aos de beber, baseado na experiência prévia de cada membro com a bebida.

A terceira sessão pode ser dedicada ao desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, reconhecendo que os problemas de fato existem, mas que podem ser resolvidos. O primeiro passo é saber como identificar o problema. Deve-se realizar um *brainstorm*, no qual soluções diferentes, mesmo aquelas que são aparentemente estranhas, são propostas. Os prós e contras de cada solução devem ser objetivamente analisados, e uma hierarquia deve ser estabelecida, na qual a alternativa mais promissora é selecionada e usada. Se funcionar e resolver o problema, então é suficientemente bom; se não, o item seguinte deve ser usado, depois o próximo, e assim sucessivamente. Técnicas de dramatização e discussão de grupo também podem ser usadas.

As sessões subsequentes podem ser inicialmente usadas para o Treinamento de Habilidades Sociais, com o objetivo de desenvolver as habilidades básicas de comunicação com base na consideração de que o diálogo é o primeiro passo no estabelecimento de relações interpessoais. Com o objetivo de estabelecer o início de um diálogo, deve-se iniciar com um tema que favoreça uma resposta, fazendo perguntas “abertas”.

A primeira sessão na qual o treinamento assertivo será iniciado deve ser realizada após o fortalecimento de Habilidades Sociais básicas. Essas habilidades requerem aprender a expressar os próprios sentimentos de forma direta, honesta e apropriada, falando clara, firme e decididamente, estabelecendo contato visual e usando enunciados na primeira pessoa.

Sessões subsequentes podem ser usadas para melhorar relacionamentos íntimos, com o objetivo de desenvolver habilidades para enfrentar dificuldades e

conflitos que ocorrem no contexto de tais relacionamentos. Para estabelecer uma comunicação efetiva, é extremamente importante combinar habilidades, como ser assertivo, demonstrar conhecimento de como lidar com sentimentos positivos, fazer e receber críticas construtivas sobre os comportamentos perturbadores de outras pessoas antes que sentimentos negativos se acumulem, elogiar e receber elogios, ouvir ativamente. Ser um ouvinte dinâmico ajuda a construir proximidade, apoio e compreensão.

Deve-se também começar o treinamento de relaxamento muscular e respiratório, além do uso de técnicas imaginárias, considerando que muitos bebedores usam o álcool como um tipo de automedicação para relaxar e controlar tensões, estresse e ansiedade.

Com relação ao aprendizado de técnicas intrapessoais, as primeiras poderiam ter como foco a prevenção de raiva, já que a raiva é o principal fator relacionado a recaídas. Portanto, aprender a discriminar estímulos que causam raiva e saber como funcionar sob o efeito dessa emoção é muito importante. Assim, vale a pena tentar definir a raiva e apontar seus efeitos positivos e negativos.

É muito importante enfatizar que a raiva, como qualquer emoção, tem um período de duração, e que, com o passar do tempo, ela necessariamente será reduzida. Neste sentido, deve-se primeiro explicar que a primeira coisa que uma pessoa pode fazer quando sente raiva é não fazer nada. Em segundo lugar, a pessoa deve iniciar a respiração diafragmática. Em terceiro lugar, elas devem refletir sobre a interpretação feita do fato que pode estar originando a raiva para verificar se é uma avaliação correta, se há distorções ou se outras interpretações podem ser oferecidas. Finalmente, se a pessoa já se acalmou, ela pode começar a falar assertivamente com aquele cujo comportamento despertou a raiva.

As sessões também podem ter como foco atingir reversões de pensamentos negativos. Aprender a identificar pensamentos negativos ou pessimistas é importante para mudá-los e ser mais capaz de perceber como eles influenciam nossos sentimentos. Ser capaz de aprender a reestruturar esses sentimentos substituindo os por outros pensamentos mais realistas é útil e necessário para combater sentimentos tristes, que são outra forma de recaída. Portanto, essa habilidade pode ser incorporada através de exercícios práticos usando planilhas de registro para pensamentos disfuncionais e dramatizações em grupo.

Após algum tempo, pode haver uma revisão da prevenção de recaídas e dos modelos cognitivos (pensamentos automáticos e crenças), do Treinamento de Habilidades Sociais (assertividade, comportamento não-verbal, receber e fazer críticas, negociação) e da importância da empatia nos relacionamentos íntimos.

O aumento da rede de apoio social é um objetivo necessário para adquirir e manter relacionamentos interpessoais que podem fornecer o apoio para que um indivíduo se sinta mais confiante em suas habilidades.

Também é essencial prestar alguma atenção a planos emergenciais para uma variedade de situações de estresse que podem surgir de maneira inesperada e incluir estratégias para resolvê-las. Além disso, é necessário lidar com problemas persistentes, considerando as mudanças ocorridas desde que o grupo foi formado e identificando problemas que ainda estão presentes.

A última sessão novamente tem como foco um diálogo sobre prevenção de recaídas para aumentar a consciência de que decisões (aparentemente) irrelevantes podem causar recaídas. É importante destacar a capacidade de pensar sobre cada escolha, antecipando riscos e analisando as recaídas e decisões aparentemente irrelevantes que podem ter levado a elas. Uma análise do tratamento deve ser realizada para uma despedida adequada do grupo, incluindo um feedback para os terapeutas.

## **2.2. Intervenções e técnicas utilizadas no artigo supracitado**

Elucidara-se as intervenções e técnicas utilizadas no artigo previamente citado, tomando como base conceitos, formas de aplicação e trechos com citações em itálico do artigo com as propostas de intervenções e técnicas realizadas.

### **2.2.1. Psicoeducação**

Segundo Wright, Basco e Thaese (2008, p.69):

Existem três razões principais pelas quais aprimorar suas habilidades para ensinar podem ajudar a maximizar sua eficácia como terapeuta cognitivo-comportamental. Primeiro, a TCC baseia-se na ideia de que os pacientes podem aprender habilidades para modificar cognições, controlar os estados de humor e fazer mudanças produtivas em seu comportamento. Seu sucesso como terapeuta reside em parte em quão bem você ensina essas habilidades.

Segundo, a psicoeducação eficaz durante todo o processo de terapia deve instrumentalizar os pacientes com conhecimento que os ajudará a reduzir o risco da recaída. Finalmente, a TCC é dirigida para ajudar os pacientes a se tornarem seus próprios terapeutas.

Baseando-se na premissa de que na TCC, o paciente pode aprender habilidades que mudem suas cognições e que controle seu estado de humor, o estudo supracitado discorre que:

*É relatado que tal modelo desenvolvido pelos autores se desenvolve em uma divisão de sessões, a primeira sessão serviria para introduzir o plano de trabalho, regras e normas que guiarão o trabalho grupal, apresentação de cada membro, incluindo um relatório breve de seu problema para propósitos de avaliação a posteriori. Os objetivos podem ser deixar os pacientes confortáveis, interagindo entre si e sendo aconselhados sobre os princípios gerais do grupo, objetivos, procedimentos e regras. O modelo de prevenção de recaídas pode ser introduzido, bem como o modelo cognitivo e o modelo de treinamento de habilidades sociais.*

Partindo do artigo previamente abordado, vemos que o terapeuta pode trabalhar tendo como base a psicoeducação, que segundo Lemes e Neto (2017, p.18):

Propiciou uma maneira de auxiliar o tratamento das doenças mentais a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais cujo trabalho permite a prevenção na saúde. Dessa forma, a psicoterapia iniciou um processo de ter um caráter também educativo tanto para o paciente quanto para seus cuidadores cujo objetivo é ensiná-los sobre o seu tratamento psicoterápico para que possam ter consciência e preparo para lidar com as mudanças a partir de estratégias de enfrentamento, fortalecimento da comunicação e da adaptação.

Ou seja, o caráter educativo da técnica deve ser introduzido ao tratamento do paciente adicto a fim de esclarecer como constitui-se a sua doença em todos os âmbitos de sua vida, esclarecendo o curso que a utilização de substâncias pode guiar em sua vivência e elencando os malefícios que o uso contínuo e descontrolado pode causar.

O terapeuta, munido da técnica, deve orientar o paciente adicto sobre os males que a utilização de substâncias pode causar na vida do adicto, no intuito de motivar o indivíduo a iniciar o processo de ressignificação de seus comportamentos disfuncionais referentes a adicção, tal processo poderia ser instrumentalizado a partir da introdução de vídeos, leituras e incentivando a participação no grupo, fator decisivo para que o paciente obtenha novos conhecimentos acerca de sua doença fazendo

com que o paciente comece a criar uma cultura de partilhar sentimentos que dizem respeito a utilização da substância química.

Ainda dentro do conceito de psicoeducação, Abreu et. al, (2010, p.71) relatam que:

Psicoeducação é considerada um componente chave do processo terapêutico. Consiste na educação do paciente a respeito dos fundamentos da terapia cognitiva, de modo a familiariza-lo com o modelo. Consiste ainda, no caso dos transtornos psiquiátricos, na discussão sobre o que é o transtorno, seus sintomas, cursos e formas de intervenção. A importância da psicoeducação está no fato de que entender o problema e suas consequências é o primeiro passo para a efetividade do pensamento.

Partindo de tal premissa, entendeu-se que ao introduzir o modelo de prevenção de recaídas, o modelo cognitivo e o modelo de Treinamento de Habilidades Sociais, o terapeuta inicia o processo de psicoeducação, pois começa a instrumentalizar os pacientes com o conhecimento necessário que os ajudará a reduzir o risco da recaída futuramente.

### **2.2.2. Treinamento para reestruturação cognitiva**

Segundo Bez e Rauen (2016, p. 97):

A terapia cognitiva defende a hipótese de que pensamentos disfuncionais influenciam o humor e o comportamento do paciente, sendo esta relação comum a todos os transtornos psicológicos. Além disto, afirma-se que, à medida que o paciente aprende a identificar e a avaliar o seu pensamento disfuncional de forma mais realista, a interpretação posterior de suas experiências muda, levando a uma melhora em seu estado emocional e a um comportamento funcional. Para uma melhora duradoura no humor e no comportamento, estes aspectos devem ser trabalhados em um nível mais profundo de cognição, onde estão as crenças básicas que o paciente elaborou.

Ilustrando a fala do autor supracitado, o artigo revela que:

*A segunda sessão pode ser usada para gerenciar pensamentos relativos ao álcool, na qual, através de discussões e exercícios em grupo, pode-se incentivar o uso de pensamentos substitutos para pensamentos sobre bebida. Podendo-se realizar uma matriz de vantagens e desvantagens referentes ao comportamento de beber para tornar mais explícito os benefícios de não beber comparados aos de beber, baseado na experiência prévia de cada membro com a bebida.*

A administração de pensamentos alusivos ao álcool, partindo da premissa das discussões e exercícios propostos em grupo, pode-se incentivar a utilização de pensamentos substitutos referente a pensamentos sobre beber. Fazer com que o paciente identifique e avalie o seu pensamento disfuncional referente a bebida de forma mais factual, faz com que a interpretação posterior de suas experiências seja diferente, direcionando o paciente a uma melhora em seu estado emocional e a um comportamento funcional e adaptativo com a realidade.

O terapeuta poderia utilizar-se, por exemplo, do registro de pensamentos disfuncionais (RPD), Wright, Basco e Thaease (2008, p. 86) dizem que “o auto monitoramento é elemento chave da TCC, o RPD tem função de reconhecer seus pensamentos automáticos, identificar os erros cognitivos a partir do exame de evidencias e gerar alternativas racionais para uma modificação de pensamento”.

Um exemplo de como o RPD pode ajudar na modificação de pensamentos disfuncionais de um paciente adicto, seria de orientar o paciente a preenche-lo sempre que identificar estados emocionais negativos ou comportamentos desadaptativos, de preferência relacionado ao uso do psicotrópico, os registros ajudam o paciente a examinar suas emoções e pensamentos com mais factualidade, e após o paciente aprender a automonitorar seus estados emocionais desadaptativos, seus pensamentos automáticos e comportamentos disfuncionais, o terapeuta ajuda o paciente a buscar respostas mais adaptativas e funcionais para a manutenção do uso da droga.

Sendo assim, Karkow, Caminha e Benetti (2005, p. 126) relatam que:

O processo de mudança de hábitos envolverá a participação ativa e a responsabilidade do paciente. A partir de sua participação num programa de auto manejo, o indivíduo alcança novas habilidades e estratégias cognitivas, podendo, os hábitos, serem transformados em comportamentos através da regulação de processos mentais superiores conscientização e tomada de decisão. O indivíduo passará por um processo de descondicionamento, de reestruturação cognitiva e de aquisição de habilidades a fim de começar a aceitar maior responsabilidade pela mudança do comportamento.

Entende-se que a terapia cognitiva tem como alicerce um modelo do processamento cognitivo e é fundamentada em princípios gerais que regem a estrutura do tratamento, nos quais a relação terapêutica exerce importância fundamental. Frisa-se que, independente de tais aspectos, o caráter pelo qual todo o processo terapêutico se desdobra é a comunicação.

Nas palavras de Beck, A. T. e Alford (2000, p. 47):

Ao conduzir um tratamento clínico geral de um transtorno psicológico, o psicoterapeuta conta primeiramente com a comunicação verbal para facilitar a correção de um transtorno. Este é o caso se o psicoterapeuta adota uma abordagem comportamental, uma abordagem psicodinâmica, ou qualquer outra abordagem psicoterapêutica estabelecida. Portanto, um aspecto comum entre as várias psicoterapias é que a terapia envolve comunicação, ou a troca de informação, entre terapeuta e paciente.

Nesta relação, são lançados processos que impulsionam o paciente a modificar o seu modo de interpretar a realidade e, com isto, conquistar uma evolução no seu tratamento referente a adicção.

### **2.2.3. Treinamento de habilidades sociais**

De acordo com Vieira e Feldens (2013, p.2):

Dentre as diversas formas de compreensão do abuso e dependência de drogas, investigar o papel das habilidades sociais para conhecer os fatores que influenciam esta doença é imensamente relevante, visto que as habilidades sociais compreendem o estudo das várias classes de comportamentos sociais, e estes comportamentos contribuem para a qualidade e a efetividade das interações que o indivíduo estabelece com as outras pessoas.

Desta forma, as Habilidades Sociais podem amparar o indivíduo a expor melhores repostas sociais quanto ao enfrentamento de situações de risco, colaborando como fator de proteção ao abuso e adicção.

O artigo relata que:

*As sessões subsequentes podem ser inicialmente usadas para o treinamento de habilidades sociais, com o objetivo de desenvolver as habilidades básicas de comunicação com base na consideração de que o diálogo é o primeiro passo no estabelecimento de relações interpessoais. Com o objetivo de estabelecer o início de um diálogo, deve-se iniciar com um tema que favoreça uma resposta, fazendo perguntas “abertas”.*

*A primeira sessão na qual o treinamento assertivo será iniciado deve ser realizada após o fortalecimento de habilidades sociais básicas. Essas habilidades requerem aprender a expressar os próprios sentimentos de forma direta, honesta e apropriada, falando clara, firme e decididamente, estabelecendo contato visual e usando enunciados na primeira pessoa.*

*Sessões subseqüentes podem ser usadas para melhorar relacionamentos íntimos, com o objetivo de desenvolver habilidades para enfrentar dificuldades e conflitos que ocorrem no contexto de tais relacionamentos. Para estabelecer uma comunicação efetiva, é extremamente importante combinar habilidades, como ser assertivo, demonstrar conhecimento de como lidar com sentimentos positivos, fazer e receber críticas construtivas sobre os comportamentos perturbadores de outras pessoas antes que sentimentos negativos se acumulem, elogiar e receber elogios, ouvir ativamente. Ser um ouvinte dinâmico ajuda a construir proximidade, apoio e compreensão.*

Dell Prette & Dell Prette (2013, p. 30) relatam também que:

O termo habilidades sociais, geralmente utilizado no plural, aplica-se às diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo, que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas.

O terapeuta poderia trabalhar dentro das Habilidades Sociais com os dependentes químicos, utilizando-se do treino de assertividade, onde o comportamento assertivo visa ensinar o paciente a se expressar de forma direta na negação do uso da droga, o papel do terapeuta é facilitar um ambiente em que o paciente possa negar educadamente o uso de substâncias a partir de *roleplays*.

Corroborando o tema, referente as Habilidades Sociais em dependentes químicos, Caballo (2003) enfatiza que a falha nas Habilidades Sociais pode contribuir para dependência, principalmente pelo fator agregador ao grupo que as drogas aparentam assegurar em diversos contextos sociais, ou seja, não possuir as Habilidades Sociais indispensáveis para um desempenho social adequado pode estar relacionado ao uso ou abuso de drogas.

O objetivo do Treinamento de Habilidades Sociais é aumentar a assertividade do indivíduo perante ao manejo das situações cotidianas, preservando sua autoestima e tratando com respeito o outro indivíduo.

Por fim, Zanelatto e Laranjeira (2013, p.173) relatam que:

O treinamento de habilidades sociais visando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de situações de risco tem sido usado com sucesso em muitos contextos, como, por exemplo, nos tratamentos voltados para indivíduos que apresentam transtornos psiquiátricos diversos (como a dependência de substâncias psicoativas), doenças crônicas e agudas e déficits intelectuais.

Considerando tais aspectos, compreende-se a necessidade de que os dependentes químicos sejam ensinados quanto à importância do manejo de tais Habilidades Sociais, principalmente dos fatores protetionistas e dos que afastam de fatores que geram risco a saúde do indivíduo, visando sempre o desenvolvimento de estratégias que enfrentem situações de risco.

#### **2.2.4. Respiração diafragmática**

Zeni e Araújo (2009, p. 117) relatam que:

A dificuldade para interromper o uso de qualquer droga está relacionada com a falta de habilidade para resistir ao impulso de utilizá-la ao enfrentar o *craving*. O *craving*, entendido como um desejo súbito e intenso de usar uma determinada substância<sup>1</sup>, é uma experiência idiossincrática formada por componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e fisiológicos. Esse desejo irresistível, por vezes inconsciente, e que se sobrepõe, frequentemente, à vontade convicta da manutenção da abstinência, pode levar o dependente à recaída e, inclusive, ao abandono terapêutico, mesmo depois de grandes períodos de abstinência.

O *craving*, ainda segundo o autor supracitado, vem sendo compreendido como um impulso avassalador na direção do uso uma substância, seu tratamento é pautado em uma abordagem multidisciplinar, com a utilização de técnicas da TCC (prevenção de recaídas).

Neto (2011, p.163) relata que:

Durante a respiração diafragmática o objetivo principal é treinar o aumento da utilização do músculo diafragma durante o ciclo respiratório. O paciente pode ser instruído a colocar uma das mãos na região torácica e outra na região abdominal, desta vez ele deve influenciar o movimento, de forma consciente, até perceber que a mão próxima a região umbilical é a que mais se movimenta durante a respiração. O objetivo dessa respiração é aprofundar e diminuir o ciclo respiratório, que pode estar sofrendo influências do neuro hormônios do estresse e da ansiedade. O paciente não deve congelar o movimento torácico, apenas aumentar o movimento do músculo diafragmático.

O artigo deixa claro que:

*Deve-se também começar o treinamento de relaxamento muscular e respiratório, além do uso de técnicas imaginárias, considerando que muitos bebedores usam o álcool como um tipo de automedicação para relaxar e controlar tensões, estresse e ansiedade.*

Ou seja, relacionando o artigo com a técnica apresentada, deixa-se claro que no escopo do Treinamento das Habilidades Sociais, treinar o relaxamento muscular e respiratório - mais especificadamente a respiração diafragmática - auxilia no manejo do controle da ansiedade, que é fator culminante para a utilização da droga.

A respiração diafragmática como ferramenta é de suma importância para o manejo do *craving*, pois controla o estresse, tensões e ansiedades que permeiam a ânsia do paciente em utilizar-se de substâncias que aliviarão momentaneamente suas angustias e desprazeres.

Por fim, Zeni e Araújo (2009, p. 117) relatam que:

No manejo do *craving*, uma das técnicas de enfrentamento utilizada na terapia cognitivo-comportamental é o relaxamento respiratório (RR). Um estudo realizado com alcoolistas sugere o relaxamento como estratégia efetiva para controlar os sintomas de ansiedade diante do *craving*. Outro estudo, com tabagistas, afirma que a respiração profunda pode reduzir significativamente o *craving* e aliviar outros sintomas da abstinência do tabaco.

Portanto, tal técnica é de suma importância para o controle da ansiedade perante a ânsia de utilizar a droga, a respiração tem papel de suma importância no manejo da ansiedade, uma vez que a hiperventilação tem o poder de aumentar os sintomas ansiosos. Sendo assim, a solução é fazer exatamente o inverso: respirar devagar, profundamente e pelo diafragma, diminuindo assim, os sintomas ansiosos e a vontade de utilizar a substância psicotrópica.

### **2.2.5. Prevenção de recaídas**

Zanelatto e Laranjeira (2013, p.155) relatam que:

Elaborada por Marlatt e Gordon na década de 1980, a prevenção de recaída é o conjunto de técnicas que tem como objetivo principal a manutenção da mudança de hábitos. Essa abordagem é baseada nos pressupostos descritos pela psicologia do aprendizado social, do comportamento aditivo como hábito adquirido, isto é, a pessoa experiencia uma gratificação após um comportamento ou o utiliza para evitar uma situação estressante (p. ex., bebe para ficar à vontade em uma festa), e esse comportamento passa a ser repetido durante ou antes de situações desagradáveis, tornando-se uma habilidade de enfrentamento mal adaptada. Uma vez aplicado o comportamento aditivo, as consequências negativas podem realmente ser adiadas, e o indivíduo tem a sensação momentânea de solução.

É visto que, o objetivo da prevenção de recaídas é realizar a manutenção comportamental no tratamento da dependência química, atualmente, a prevenção de recaída abarca todos comportamentos considerados aditivos, em que o indivíduo busca incessantemente uma gratificação imediata, elucidando possíveis efeitos adversos de tal comportamento, como desconforto físico, problemas financeiros, dentre outros.

O artigo elucidava isso dizendo que:

*Após algum tempo, pode haver uma revisão da prevenção de recaídas e dos modelos cognitivos (pensamentos automáticos e crenças), do treinamento de habilidades sociais (assertividade, comportamento não-verbal, receber e fazer críticas, negociação) e da importância da empatia nos relacionamentos íntimos.*

*O aumento da rede de apoio social é um objetivo necessário para adquirir e manter relacionamentos interpessoais que podem fornecer o apoio para que um indivíduo se sinta mais confiante em suas habilidades.*

*Também é essencial prestar alguma atenção a planos emergenciais para uma variedade de situações de estresse que podem surgir de maneira inesperada e incluir estratégias para resolvê-las. Além disso, é necessário lidar com problemas persistentes, considerando as mudanças ocorridas desde que o grupo foi formado e identificando problemas que ainda estão presentes.*

*A última sessão novamente tem como foco um diálogo sobre prevenção de recaídas para aumentar a consciência de que decisões (aparentemente) irrelevantes podem causar recaídas. É importante destacar a capacidade de pensar sobre cada escolha, antecipando riscos e analisando as recaídas e decisões aparentemente irrelevantes que podem ter levado a elas. Uma análise do tratamento deve ser realizada para uma despedida adequada do grupo, incluindo um feedback para os terapeutas.*

O terapeuta irá pautar-se no combate ao *craving*, utilizando-se, por exemplo, de técnicas de distração, de imaginação, escrever em fichas frases de enfrentamento com respostas adaptativas a PAs relacionados com os impulsos e técnicas de relaxamento.

Relacionando com o estudo de caso, a técnica de prevenção de recaídas tem como objetivo principal a manutenção da mudança de hábitos considerados disfuncionais, o artigo relata que é necessário aumentar a consciência para que decisões, por mais irrelevantes que sejam, possam causar recaídas, ou seja,

identificar situações de risco e comportamentos que levam ao *craving* é de suma importância para o paciente, munido de técnicas que irão prevenir que o paciente reincida ao uso de drogas, como RPD, cartões de enfrentamento, *roleplays*, dentre outros farão com que tal abordagem seja efetiva para o tratamento do paciente.

Ainda segundo Zanelatto e Laranjeira (2013, p.158 e 159):

De acordo com a abordagem de prevenção de recaída, a primeira etapa no tratamento é o reconhecimento do comportamento dependente como um problema. A partir daí, então, o indivíduo pode pensar em mudança. Para a prevenção de recaída, não basta reconhecer o problema, são necessárias mais duas estratégias: o treinamento de habilidades sociais, isto é, saber como lidar de forma efetiva com as situações que se colocam, e as mudanças no estilo de vida. Uma vez abstinente, é importante que o indivíduo reestruture sua rotina, suas atividades e sua rede social. Essas estratégias são foco de trabalho específico da prevenção de recaída e são essenciais para a manutenção da mudança de comportamento.

Portanto, a reestruturação da rotina e a identificação de situações de risco para recaída com finalidade de mudança de vida é de suma importância, portanto mudar amigos, rotina, locais que frequentava a fim de evitar a proximidade com o que lembra ou leva o indivíduo a consumir a substância aditiva é fator crucial para que a recaída não ocorra.

Por fim, Zanelatto e Laranjeira (2013 p. 158) relatam que:

Para a prevenção da recaída, não basta reconhecer o problema, são necessárias mais duas estratégias: o treinamento de habilidades sociais, isto é, saber como lidar de forma efetiva com as situações que se colocam, e as mudanças no estilo de vida. Uma vez abstinente, é importante que o indivíduo reestruture sua rotina, suas atividades e sua rede social. Essas estratégias são foco de trabalho específico da prevenção de recaída e são essenciais para a manutenção da mudança de comportamento

Durante tal tópico, demonstrou-se por via de um artigo as intervenções da TCC utilizadas num modelo de tratamento de adicção a partir de um estudo de campo que teve como base evidências da literatura para o desenvolvimento de programas de tratamento eficazes, nele narrou-se um modelo de tratamento grupal usado com alcoolistas encaminhados pela Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro para o Centro de Pesquisa e Reabilitação do Alcoolismo. No subtópico seguinte, será apresentado outras intervenções da TCC que poderiam ser utilizadas em tal modelo de tratamento.

## 2.3. Outras intervenções da terapia cognitivo comportamental voltadas ao tratamento da dependência química.

O transtorno que abarca a dependência química é complexo e dotado de um emaranhado de substâncias que podem ser utilizadas pelo usuário. Sendo assim, acaba também por envolver diversas intervenções e modelos de tratamento acerca de tal problemática. Dessa forma, o presente subitem apresentará outras possíveis intervenções a luz da TCC referente ao tratamento da dependência química sem atentar-se a uma substância específica, apenas baseando-se em conceitos.

### 2.3.1 *Mindfulness*

O conceito de *mindfulness*, segundo Zanelatto e Laranjeira (2013 p. 182) “tem sua origem em duas tradições distintas, na pesquisa experimental de Langer em 1989 – que parte de um ponto central o conceito de *mindfulness* (Piloto automático) e a prática de meditação budista adotada por Jon Kabat Zim no ambiente clínico, inicialmente para colaborar no manejo da dor crônica”.

Zanelatto e Laranjeira (2013 p. 182) discorrem que “Langer adota o conceito de *mindfulness* como um objeto que conduz o indivíduo para um caminho sem nenhuma flexibilidade cognitiva, fazendo com que o mundo seja visto a partir de uma ótica única, tal comportamento ditado pelo “piloto automático” está baseado nos aspectos que dizem respeito a como a pessoa funciona de maneira confortável sem ter noção límpida do que faz junto a falta de viés crítico perante a novas situações, adotando por fim, conceitos tidos socialmente como corretos e não questionáveis”.

Os autores supracitados expressam que o *mindfulness* (visto a partir da ótica da antiga prática budista) é definida como posição oposta ao “piloto automático”, pois busca o alcance de uma consciência sincera e não julgadora. Tem como ponto chave a consciência das emoções a partir da observação de suas experiências, descrevendo-as e nomeando-as.

Zanelatto e Laranjeira (2013, p.183) declaram que:

A TCC baseada em *mindfulness* mostra resultados positivos em pacientes com transtorno de ansiedade generalizada, depressão, transtorno de personalidade *borderline* com tentativas recorrentes ao suicídio, transtornos psicóticos e também naqueles com dependência química. A prática de *mindfulness*, quando experimentada pelo paciente de forma agradável, pode

ser praticada em contextos mais perturbadores, com o objetivo de treinar experimentação da técnica de modo que, ao final da terapia, ela esteja incorporada à vida do paciente e seja de uso generalizado para todos contextos de sua vida.

Ou seja, é uma técnica efetiva no tratamento de diversas psicopatologias, principalmente na dependência química, onde o *mindfulness*, associado aos modelos de prevenção de recaída, fornece ao indivíduo mais uma ferramenta para alcançar a abstinência.

Lopes, Castro e Neufeld (2012, p.69) dizem que o:

O *mindfulness* permite uma maior atenção, uma maior consciência e ao mesmo tempo permite que o indivíduo entenda sobre a impermanência daquilo que está se passando naquele momento. O pensamento, a sensação e a emoção daquele momento irão passar e por isso o *mindfulness* permite uma maior aceitação dos fatos, uma maior compreensão dos processos que estão acontecendo naquele momento.

Zanelatto e Laranjeira (2013, p. 184) elucidam que em uma pesquisa realizada por Bowen e colaboradores (2011):

Evidenciaram que essa modalidade de intervenção (*mindfulness*) fez os participantes apresentarem uma diminuição no uso de substâncias e no desejo de usa-las, bem como uma maior consciência do problema e da situação quando comparados com indivíduos que receberam uma intervenção tradicional. (...) Estudos conduzidos a partir dessa mesma amostra ressaltam que a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* parece influenciar as respostas cognitivas e comportamentais relacionadas a sintomas depressivos, diminuindo tanto o uso da substância quanto a fissura (*craving*), uma vez que estados afetivos negativos são uma situação considerada de alto risco para a recaída.

Isto é, quanto maior a aceitação do pensamento – e não da simples evitação – menor a chance de o indivíduo ter a recaída, portanto a prática do *mindfulness* é de suma importância para o manejo do *craving* e da diminuição do uso das substâncias psicotrópicas.

Judith Beck (2013, p.285) corrobora as definições supracitadas relatando que:

“As técnicas de *mindfulness* ajudam o paciente a observar e aceitar sem julgamentos suas experiências internas, sem avaliar ou tentar muda-las.”

Correlacionando a técnica com o artigo, a mesma poderia ser aplicada quando o terapeuta der início a prevenção de recaídas, a técnica do *mindfulness* influencia respostas comportamentais e cognitivas a fim de evitar a recaída, a técnica seria introduzida na seguinte parte do artigo citado subsequentemente em itálico:

*Após algum tempo, pode haver uma revisão da prevenção de recaídas e dos modelos cognitivos (pensamentos automáticos e crenças), do treinamento de habilidades sociais (assertividade, comportamento não-verbal, receber e fazer críticas, negociação) e da importância da empatia nos relacionamentos íntimos.*

O tratamento clínico poderia abranger a solicitação de tarefas de casa, no intuito de revisão dos conceitos treinados durante a sessão para que o indivíduo possa aplicar tais conceitos em suas vivências, exercícios de manejo da fissura e discussão sobre os gatilhos que a desencadeiam. Pode-se também utilizar vídeos sobre meditação, mostrando seus resultados e sua aplicabilidade seguido de discussão. O desenvolvimento de estratégias como: não cair nas armadilhas do pensamento para não dar respostas automáticas quando sentir-se pressionado pela vontade do uso da substância é de suma importância também para o tratamento.

Por fim, deve-se discutir a importância de uma vida equilibrada e saudável evidenciando a importância do *mindfulness*, visando a manutenção do equilíbrio juntamente do fortalecimento de uma rede de suporte para minimizar os riscos da recaída.

### **2.3.2 Cartões de enfrentamento**

Os cartões de enfrentamento são utilizados como notas que o adicto pode levar consigo ou fixar em locais visíveis com frequência (porta da geladeira, espelho do banheiro, agenda pessoal, mesa do trabalho). Tais notas podem ser confeccionadas na terapia ou pelo paciente fora dela, como tarefa. Usualmente compõem respostas adaptativas a pensamentos disfuncionais ou crenças sobre a adicção; estratégias de enfrentamento referentes ao *craving*; crenças ou pensamentos que consolidem a motivação.

Zanelatto e Laranjeira (2013, p.296) relatam que:

Os cartões de enfrentamento são produzidos de forma colaborativa e, de preferência, em papel do tipo cartão com medidas aproximadas às dos cartões de visita, para que possam ser consultados regularmente ou quando for necessário, conforme a orientação do terapeuta. Devem estar sempre ao alcance das mãos ou sempre a vista.

Os cartões podem ser descritos para serem utilizados em situações penosas, que podem ocorrer a qualquer momento, e que podem estar relacionadas a situações

de alto risco de recaída. Por exemplo, um conhecido convida o paciente para ir a um bar, e este não fica confortável em recusar o convite, para cada situação, o paciente deve anotar estratégias úteis e aplicáveis.

Santana e Lopes (2016, p. 13) relatam que:

Um método que visa motivar o enfrentamento de situações problema foi apresentado por Judith Beck (1995), por meio do que denominou *coping cards*: cartões que registram conteúdos discutidos em psicoterapia. Estes cartões seguem a mesma natureza de outras técnicas complementares aos tradicionais métodos da Terapia Cognitivo-Comportamental, e podem funcionar como lembretes de fácil acesso, com informações práticas sobre como enfrentar situações problema (J. Beck, 1995).

Tal técnica poderia ser introduzida na seguinte parte do artigo citado subsequentemente em itálico, pois os cartões de enfrentamento entrariam como estratégias que ajudariam a prevenir recaídas futuras:

*Também é essencial prestar alguma atenção a planos emergenciais para uma variedade de situações de estresse que podem surgir de maneira inesperada e incluir estratégias para resolvê-las. Além disso, é necessário lidar com problemas persistentes, considerando as mudanças ocorridas desde que o grupo foi formado e identificando problemas que ainda estão presentes.*

Foi visto que a partir das concepções supracitadas, “o uso de cartões de enfrentamento pode ser uma maneira produtiva de ajudar os pacientes a praticarem as principais intervenções da TCC aprendidas na terapia” (Wright, Basco e Thaese 2008, p. 98)

Por fim, outra maneira de se utilizar dos cartões de enfrentamento é na intenção de auto instruir o paciente a motivação, de maneira colaborativa, ele e o terapeuta poderiam escrever possíveis motivos que, se lembrados ou considerados, poderiam motivar o paciente a realizar as tarefas, participar das sessões ou mudar os pensamentos disfuncionais referente a adicção.

### **2.3.3 Questionamento socrático**

É visto que a maiêutica socrática era praticada pelo filósofo Sócrates (469-399 a.C.) que posicionava em *lócus* de suspeita crenças entranháveis de seus contemporâneos. Zanelatto e Laranjeira (2013) relatam que Sócrates acreditava que a prática disciplinada do questionamento permitia ao indivíduo estudar ideias de

maneira lógica para determinar sua validade e que o conhecimento da verdade, levava as pessoas a serem mais virtuosas. Para isso, utilizava-se de perguntas simples e praticamente ingênuas, com o objetivo de revelar contradições na forma de pensar de seus debatedores, normalmente pautada em valores e preconceitos da sociedade, e auxilia-los assim, a redefinir seus valores, aprendendo a pensar por si mesmos.

O pensamento socrático foi incorporado a TCC de forma que o terapeuta, partindo de um viés colaborativo, educa o paciente a considerar seus pensamentos que emergem de maneira automática apenas como hipóteses, para então avaliá-los de maneira crítica e gerar pensamentos mais adaptativos e condizentes com a realidade.

Zanelatto e Laranjeira (2013, p.299) relatam que:

A descoberta orientada, ou questionamento socrático, baseia-se em um questionamento genuíno e aberto, que transmite interesse e revela o que o terapeuta realmente quer compreender: como o paciente pensa, como se sente e como se comporta. Para que o processo seja positivo, o terapeuta deve conduzi-lo de maneira a capacitar e apoiar o paciente, utilizando-se da empatia terapêutica.

Isto é, utiliza-se de tais perguntas no intuito de facilitar o processo da autodescoberta, entendimento, avaliação e reavaliação no processo terapêutico, são utilizadas perguntas como: “Quando começo a sentir a fissura?”, “O que fez quando viu seus amigos cheirando cocaína?”, tais perguntas facilitam o entendimento compartilhado, perguntas como “O que isso significou para você?” ajuda o terapeuta a entender o significado que o paciente atribui a eventos, no intuito de estimular conclusões lógicas, ensinando o adicto a pensar de forma sistemática, pode-se perguntar “Que evidências apoiam a ideia de que seus pais não gostam de você por você usar drogas?”.

Wright, Basco e Thaese (2008, p. 85) relatam que:

Embora seja um pouco mais difícil de aprender e implementar com habilidade do que intervenções mais estruturadas, o questionamento socrático pode render grandes dividendos em seu trabalho de modificar pensamentos automáticos. Alguns de seus benefícios são: intensificação da relação terapêutica, estimulação da indagação, melhor entendimento de cognições e comportamentos importantes e promoção do engajamento ativo do paciente na terapia.

Tal técnica poderia ser introduzida na seguinte parte do artigo citado subsequentemente em itálico, pois a partir do questionamento socrático, o paciente gerenciaria os pensamentos que o levaram a utilizar a droga, incentivando a ressignificação de tais pensamentos desadaptativos.

*A segunda sessão pode ser usada para gerenciar pensamentos relativos ao álcool, na qual, através de discussões e exercícios em grupo, pode-se incentivar o uso de pensamentos substitutos para pensamentos sobre bebida. Podendo-se realizar uma matriz de vantagens e desvantagens referentes ao comportamento de beber para tornar mais explícito os benefícios de não beber comparados aos de beber, baseado na experiência prévia de cada membro com a bebida.*

Para que o paciente pense “fora da caixa”, a fim de obter novas soluções ou alternativas, pode-se perguntar “Como as outras pessoas resolveriam esse problema referente a sua adicção?”. Por fim, no intuito de reavaliar e mudar os pensamentos disfuncionais, pode-se perguntar “Você ainda se considera fraco perante a vontade de usar drogas?”.

Por fim, Santos e Medeiros (2017, p. 207) dizem que:

Apesar das divergências, se o questionamento socrático for realizado corretamente, ele terá forte impacto sobre a organização cognitiva do paciente, promovendo que o mesmo desenvolva uma auto exploração inquisitiva, contanto que, o paciente ainda permanece com memória e capacidade de aprendizado preservados, se identifique com o modelo cognitivo e tenha boa habilidade de resoluções de problemas.

Isto é, realizado de maneira adequada, o questionamento socrático pode promover a ressignificação de situações corriqueiras desadaptativas a partir da resolução de problemas, fazendo com que o comportamento inadequado do uso da substância psicotrópica seja paulatinamente cessado.

#### **2.3.4 Reatribuição (torta de responsabilidade)**

A Torta da Responsabilidade é considerada uma técnica de reatribuição de significados, que tem por objetivo ajudar o dependente químico a procurar explicações diversas relacionadas a sua responsabilidade pela conjuntura de um evento diverso.

Zanelatto e Laranjeira (2013, p.304) relatam que:

Com o apoio do terapeuta, o paciente deverá, em primeiro lugar, listar possíveis causas que justifiquem a ocorrência de um determinado evento. O indivíduo pode colocar explicações mais elaboradas sobre a experiência, mas não é necessário considerar como parte integrante da listagem, pois, mais tarde, essas explicações podem promover a racionalização sobre o processo. Em seguida, com a ajuda do terapeuta, o paciente irá “fatiar a torta” utilizando-se da listagem das causas, determinando a porcentagem de participação de cada razão.

Ou seja, listando causas possíveis que possam justificar a incidência de eventos adversos relacionados ao uso da droga, e atribuindo porcentagem a cada causa, faz com que o paciente desconstrua a crença de que somente uma causa é responsável pelo uso da droga.

Wright, Basco e Thaease (2008, p. 85) relatam que:

Uma das técnicas que podem ser usadas para modificar atribuições é pedir ao paciente para fazer um *brainstorm* sobre os possíveis fatores que contribuem para os resultados negativos. Como os pacientes geralmente têm uma visão em túnel, focada em seus próprios defeitos, pode ser útil fazer perguntas que os estimulem a pensar a partir de diferentes perspectivas. (...) Depois de examinar uma série de perguntas, às vezes usamos o gráfico em forma de pizza para ajudar os pacientes a ter uma visão multidimensional da situação.

Judith Beck (2013, p. 289) corrobora a ideia supracitada dizendo:

Quando o paciente tem dificuldade para especificar seus problemas e as mudanças que gostaria de fazer na sua vida ou quando não teve *insight* sobre o desequilíbrio na sua vida, ele poderá se beneficiar com uma representação gráfica do seu gasto de tempo ideal *versus* real.

Isto é, a utilização da técnica dispõe ao terapeuta e o paciente *insights*, a partir da realização de um gráfico, que os ajudarão a compor uma visão mais realista e fiel da situação apresentada.

Tal técnica poderia ser introduzida na seguinte parte do artigo que será citado subsequentemente em itálico, pois entraria como uma estratégia para resolver o problema da atribuição sem nexos de uma causa ao uso da droga.

*A terceira sessão pode ser dedicada ao desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas, reconhecendo que os problemas de fato existem, mas que podem ser resolvidos.*

Um exemplo de como isso poderia ser utilizado é quando um paciente diz sentir-se 100% responsável pelo fato de usar cocaína toda vez que sai com os amigos, o terapeuta, a partir do uso da técnica de reattribution, verifica se o que o paciente

pensa é verdadeiro ou não. Primeiramente faz-se uma lista de outros motivos que poderiam ter levado ele a usar cocaína na presença dos amigos, após o paciente listar tais motivos, o terapeuta desenha a torta e começa a distribuir os motivos em forma de fatias, o terapeuta irá pedir ao paciente que para cada uma das causas, terá que dizer um número, em percentual, de quanto tal causa contribui para que a ele use a cocaína na presença dos amigos.

Após a realização do fatiamento, pede-se que o paciente avalie e diga o que pensa sobre sua torta, o intuito seria de demonstrar que a parcela de culpa do paciente não condiz com sua crença irracional de 100%, amenizando assim, seu sentimento de culpa.

### **2.3.5 Flecha descendente**

A flecha descendente é uma técnica utilizada no intuito de atingir-se uma crença a partir da identificação de um pensamento automático. Parte-se então questionando a partir das respostas obtidas até que muitas vezes se chega a uma crença central.

Zanelatto e Laranjeira (2013, p. 305) relatam que:

A flecha ou seta descendente possibilita a identificação de crenças disfuncionais a partir de um pensamento e ajuda na descoberta de medos subjacentes de um paciente. A técnica consiste em fazer perguntas sobre o pensamento ou evento imaginado.

Ou seja, tal técnica tem como objetivo a identificação de crenças centrais que podem ser disfuncionais e desadaptativas com a realidade a fim de elucidar medos subjacentes que podem ser ressignificados e adaptados à realidade para que o paciente possa manejar o *craving* para que a reincidência a utilização da droga seja cessada.

Wright, Basco e Thaese (2008, p. 140) relatam que:

Um dos métodos mais populares da TCC para descobrir esquemas, a técnica da seta descendente, envolve uma série de perguntas que revelam níveis cada vez mais profundos de pensamento. As primeiras perguntas normalmente são dirigidas aos pensamentos automáticos. Mas o terapeuta infere que está presente um esquema subjacente e constrói uma série encadeada de perguntas interligadas que desenvolvem um pressuposto (a ser testado e modificado posteriormente) de que as cognições do paciente estão mostrando uma representação precisa de si mesmo.

Tal técnica poderia ser introduzida na seguinte parte do artigo que será citado subsequentemente em itálico, pois a flecha descendente tem como foco reverter pensamentos disfuncionais em pensamentos adaptados à realidade.

*As sessões também podem ter como foco atingir reversões de pensamentos negativos. Aprender a identificar pensamentos negativos ou pessimistas é importante para mudá-los e ser mais capaz de perceber como eles influenciam nossos sentimentos. Ser capaz de aprender a reestruturar esses sentimentos substituindo os por outros pensamentos mais realistas é útil e necessário para combater sentimentos tristes, que são outra forma de recaída.*

Paulo Knapp & col. (2004, p. 288) relatam que flecha descendente:

É uma técnica usada, com frequência, para atingirmos uma crença a partir da identificação de um PA. Parte-se do PA questionando: Se isso é verdadeiro, significa que? E se isso é verdadeiro, significa que? De maneira repetitiva, até que muitas vezes se chega a uma crença central.

Um exemplo de como a técnica poderia ser utilizada é partindo de uma afirmação do paciente (P), como “Jamais deixarei de ser alcoólatra”, o terapeuta (T) então pergunta “Se isso acontecer, então significa que...” (P) responde “Que sou um fracassado”, (T) então pergunta “Se você for um fracassado, isso significa que...”, (P) responde “Que sou um incompetente”, (P) então pergunta novamente “Se tal afirmativa for verdadeira, isso significa que...”, (P) responde “Que nunca conseguirei ter sucesso na vida”, (T) por fim pergunta “Se você não conseguir ter sucesso na vida, significa que...”, (P) finalmente responde, atingindo sua crença central de que “Sou uma pessoa incapaz”.

### **2.3.6 Término do capítulo**

O capítulo apresentado demonstrou a partir de um estudo de um artigo diversas intervenções que a TCC se utilizou para pautar um modelo de tratamento grupal usado com alcoolistas encaminhados pela Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador da Universidade Federal do Rio de Janeiro para o Centro de Pesquisa e Reabilitação do Alcoolismo. As intervenções utilizadas foram: psicoeducação, treinamento para reestruturação cognitiva, Treinamento de Habilidades Sociais, respiração

diafragmática, prevenção de recaídas. Em seguida, demonstrou-se outras possíveis intervenções, tais como: *mindfulness*, cartões de enfrentamento, questionamento socrático, reatribuição (torta de responsabilidade) e flecha descendente.

O objetivo do presente capítulo direcionou-se em demonstrar como a TCC utiliza-se de suas técnicas para tratar a dependência química, baseando-se em conceitos ilustrados por um estudo do artigo “Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas” de Bernard P. Rangé & G. Alan Marlatt (2008).

No próximo capítulo, apresentara-se a eficácia e os benefícios a luz da TCC referente a intervenção do Treinamento das Habilidades Sociais partindo de um artigo de revisão sistemática de literatura.

## **CAPÍTULO 3 – TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E A ANÁLISE DA SUA EFICÁCIA REFERENTE AO TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.**

No presente capítulo, ilustrar-se-á um artigo de revisão sistemática da literatura sobre o Treinamento em Habilidades Sociais para usuários de drogas. o mesmo estará disponível na íntegra no seguinte link: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198334822017000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822017000100009) no qual o título é “Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas: revisão sistemática da literatura” de Jéssica Limberger, Vanessa Trintin-Rodrigues, Bruna Hartmann, Ilana Andretta (2017).

O escrito aborda uma revisão sistemática de literatura objetivando-se identificar os estudos empíricos sobre o Treinamento de Habilidades Sociais para usuários de drogas em tratamento, analisando como a intervenção vem sendo utilizada, elucidando os principais benefícios e eventuais limitações de sua aplicação com esse público.

Por meio do arcabouço teórico serão apresentados os benefícios e a eficácia do objetivo proposto do presente trabalho, que seria o de analisar as utilidades metodológicas da TCC no tratamento do dependente químico no que diz respeito à técnica de Treinamento de Habilidades Sociais.

Para que isso ocorra, utilizar-se-á um artigo que aborda especificadamente o Treinamento de Habilidades Sociais para dependentes químicos

### **3.1. Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas: revisão sistemática da literatura.**

A seguir, será descrito de forma breve e concisa o artigo supracitado sobre Treinamento de Habilidades Sociais para usuários de drogas em tratamento. Os trechos subsequentes foram retirados das páginas 101 a 107 do artigo em questão:

O estudo tratou-se de uma revisão sistemática de literatura nas bases de dados Medline Complete, Scopus, IBECs, Index Psi e LILACS. Foram utilizados os descritores e operadores booleanos “social skills” AND “training” AND “substance-

related disorders”. Tais descritores foram selecionados a partir do dicionário Mesh (Medical Subject Headings).

Salienta-se que, como não há um descritor específico para o Treinamento em Habilidades Sociais, optou-se por dois descritores que constavam no Mesh, utilizando o operador booleano “AND”. Por sua vez, a opção pelo descritor “substance-related disorders” se deu por ser um descritor que contempla o transtorno por uso de diversas substâncias, foco do presente artigo.

A busca foi realizada em maio de 2016, por dois juízes independentes, com avaliações às cegas. Diante dos artigos selecionados por cada juiz, buscou-se o consenso entre ambos na definição dos artigos que estavam de acordo com os critérios de inclusão. Em caso de discordância, um terceiro juiz seria acionado. Além disso, a reportagem da revisão sistemática ocorreu de acordo com o check-list PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, cujo acesso é livre (Moher et al., 2009).

Os critérios de inclusão foram: ser artigo empírico, ter como público alvo pessoas com transtorno por uso de substância e ter utilizado o THS no tratamento do uso de drogas. Com isso, foram incluídos apenas estudos que declararam que a intervenção utilizada era denominada como THS. Por sua vez, os critérios de exclusão foram: artigos teóricos, dissertações, teses, capítulos de livros, publicações em anais de eventos e artigos com texto completo indisponível. Salienta-se que não houve restrição quanto ao ano de publicação e ao idioma.

Tais critérios foram definidos com a finalidade de contemplar o objetivo proposto, permitindo analisar com maior profundidade o THS específico para usuários de drogas em tratamento. O risco de viés, de acordo com o protocolo PRISMA, foi analisado a partir dos seguintes itens: objetivos, delineamento, instrumentos, participantes, estrutura do treinamento, habilidades sociais trabalhadas, condução da intervenção e resultados do THS.

Foram encontrados 89 artigos, sendo cinco selecionados para compor a presente revisão sistemática. A partir da análise independente dos juízes, houve consenso quanto aos artigos selecionados, não havendo a necessidade de acionar um terceiro juiz.

Todos os estudos analisados foram escritos em língua inglesa, entre 1982 e 2009, e realizados nos Estados Unidos, Dinamarca e Austrália. Em sua maioria, eram quantitativos, com apenas um estudo qualitativo (Tenhula et al., 2009).

Em todos os estudos, o THS foi conduzido em formato grupal e em apenas um estudo ele foi o principal alvo do estudo (Lin et al., 1982), sendo que os demais fizeram parte de intervenções maiores. Os participantes dos estudos se encontravam em tratamento devido às diferentes substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, maconha, heroína e opioides. Dessa forma, o THS não foi realizado para usuários de drogas específicas, mas sim com usuários de diferentes drogas na mesma intervenção.

O THS foi utilizado nas intervenções avaliadas pelos estudos, porém estava inserido em tratamentos maiores. Apenas um dos programas de intervenção teve como foco o THS de maneira exclusiva (Lin et al., 1982), sendo também o único que utilizou um instrumento de avaliação das habilidades sociais. Salienta-se que um dos estudos não descreveu o tempo da intervenção em que o THS foi realizado (Teichner et al., 2001).

Dentre as habilidades sociais trabalhadas, destaca-se a recusa de drogas (Lin et al., 1982; Bellack et al., 2006; Tenhula et al., 2009), sendo que um dos estudos abordou apenas essa habilidade (Tenhula et al., 2009). As habilidades de relacionamento interpessoal também foram descritas nos artigos (Lin et al., 1982; Bellack et al., 2006; Petersen et al., 2007; Tenhula et al., 2009), bem como habilidades de expressão de opiniões e sentimentos negativos e positivos e resolução de conflitos (Lin et al., 1982; Petersen et al., 2007).

Em um dos estudos, ainda que tenha ocorrido o THS, as habilidades sociais trabalhadas nesta intervenção não foram descritas (Teichner et al., 2001). Em geral, o THS foi conduzido pelos profissionais dos centros de tratamento e hospitais, como médicos psiquiatras, enfermeiras e psicólogos, com capacitação prévia para a intervenção. Destaca-se que no estudo de Lin et al. (1982), foi discutido com o grupo para que escolhessem sete habilidades sociais para serem trabalhadas, de um total de doze habilidades sociais propostas por Chaney et al. (1978).

Os resultados do estudo que realizou especificamente o THS apontam para um aumento significativo das habilidades sociais nas pontuações do pré-teste para o pós-teste, em comparação com o grupo controle (que não recebeu intervenção alguma no período do estudo, somente no mês seguinte do término do estudo), aumentando os comportamentos assertivos dos usuários (Lin et al., 1982).

Nos demais artigos, o THS junto de outras intervenções teve como resultados: maior engajamento do paciente durante o tratamento (Tenhula et al., 2009), maior

adesão ao tratamento, redução do tempo de permanência no hospital e redução do uso de drogas (Petersen et al., 2007). O aumento da atenção e a diminuição da sintomatologia depressiva foram fatores preditivos da eficácia da intervenção no estudo de Teichner et al. (2001).

Além disso, o THS junto do BTSAS apresentou eficácia significativa em comparação com o tratamento usual, apontando para a diminuição do uso de drogas e o aumento da capacidade de realizar atividades diárias em usuários de drogas com esquizofrenia (Bellack et al., 2006).

A análise do risco de viés permitiu identificar que a maioria dos artigos apresentou apenas instrumentos de autorrelato, tanto na avaliação acerca do uso de drogas, como nas habilidades sociais. Apenas em uma intervenção houve exame toxicológico (Tenhula et al., 2009).

Também em somente um estudo houve uma descrição detalhada sobre como o THS foi feito (Lin et al., 1982). Assim, há dificuldade de replicar a intervenção a partir destes achados, bem como identificar quais dos resultados relatados são específicos do THS. Além disso, em todas as intervenções há a informação sobre quais profissionais a conduziram.

Entretanto, dois artigos apresentam risco de viés por não descreverem se tais profissionais tiveram treinamento prévio (Petersen et al., 2007; Tenhula et al., 2009). Outro viés foi encontrado no estudo de Teichner et al. (2001), em que não houve grupo controle.

Os estudos analisados tiveram objetivos distintos, tendo em comum a investigação de diferentes tipos de tratamento para o uso de drogas, nos quais o THS se insere. Para atingir os objetivos propostos, foram identificados cuidados metodológicos nos estudos, como a escolha aleatória dos participantes, grupo controle e follow-up de três meses a dois anos em intervenções integradas ao THS. Ressalta-se que, de acordo com um estudo teórico acerca da utilização do THS em usuários de drogas, há indicação de um follow-up de dois e três meses (Staiger et al., 2014).

Dessa forma, o follow-up torna-se um importante recurso metodológico, especialmente no Treinamento em Habilidades Sociais, permitindo identificar se as mudanças no repertório de habilidades sociais se mantêm tempos após a intervenção.

No que diz respeito aos instrumentos utilizados, apenas um estudo, que realizou o THS sem outras intervenções em conjunto, avaliou as habilidades sociais

(Lin et al., 1982). Tal questão pode estar relacionada ao fato de que o principal objetivo dos demais estudos era avaliar a efetividade de tratamentos maiores e não especificamente do THS.

Entretanto, ao não avaliar as habilidades sociais, há implicações na carência de dados sobre os resultados do THS. Uma alternativa a essa questão pode ser a inclusão de outras maneiras de mensuração que não sejam de autorrelato, como protocolos observacionais e gravações das interações sociais, por exemplo (Caballo, 2003).

Os participantes dos estudos foram usuários de diferentes substâncias. Conforme uma revisão de literatura sobre habilidades sociais e drogas, muitos artigos não especificam o tipo de droga utilizada pelos participantes, sendo apenas descritas como lícitas ou ilícitas (Schneider et al., 2016).

Assim, pode-se compreender que os estudos de avaliação com usuários de drogas não dão ênfase ao tipo de droga utilizada, questão também evidenciada no THS com usuários. Entretanto, há necessidade de considerar que as habilidades sociais também possuem particularidades de acordo com as substâncias específicas.

Conforme um estudo com 47 usuários de drogas em tratamento, foram apontadas dificuldades distintas: para alcoolistas, a dificuldade foi em iniciar um comportamento ou conversa, e em usuários de crack a dificuldade foi na resposta a um comportamento adequado iniciado por outra pessoa (Sá e Del Prette, 2014).

Assim, percebe-se que o THS pode ocorrer com usuários de diferentes substâncias psicoativas, desde que seja possível considerar as necessidades dos usuários de cada substância.

Os resultados mostram que, na maioria dos estudos, o THS foi acompanhado de outras intervenções, indicando que o THS pode contribuir com outros tratamentos para o uso de drogas. De acordo com os princípios do tratamento eficaz do National Institute on Drug Abuse – NIDA (2012), a combinação de intervenções e serviços para as dificuldades e necessidades dos indivíduos contribui para mudanças.

Além disso, estudos que avaliam a eficácia de tratamentos combinados, como entrevista motivacional e terapia cognitivo-comportamental em grupo (Sánchez et al., 2011), intervenções psicossociais (Dutra et al., 2008) e manejo de contingências, terapia de aceitação e compromisso, farmacoterapia (Kolling et al., 2011) potencializam o tratamento de pacientes com dependência por uso de substâncias.

Entretanto, salienta-se que a inclusão do THS em tratamentos maiores dificulta a identificação de resultados que ocorreram especificamente devido ao THS.

O formato grupal foi adotado em todos os estudos e possui como vantagens a oportunidade de oferecer situações sociais estabelecidas e modelos, possibilitando a aprendizagem vicária e a retroalimentação (Caballo, 2003). Argyle et al. (1974) compararam o THS em formato grupal e em formato de psicoterapia breve, apontando melhoras de comportamento em ambas as formas, sendo que o formato grupal tendia a manter o seu efeito por mais tempo, mesmo quando os pacientes de psicoterapia possuíam mais do dobro do número de horas de psicoterapia individual. No contexto escolar, também se observa o formato grupal do THS com foco no caráter preventivo ao uso de drogas (Dias et al., 2015).

O contexto hospitalar foi referido na maior parte dos artigos. Salienta-se que as internações hospitalares dos estudos ocorreram em países como Estados Unidos, Austrália e Dinamarca. No Brasil, por sua vez, a internação hospitalar possui como um dos principais objetivos a desintoxicação, com internação de 21 dias em média (Crauss e Abaid, 2012).

Assim, há desafios na implantação do THS em hospitais brasileiros, se for considerado o período mínimo de quatro semanas para a intervenção ocorrer (Staiger et al., 2014), além das complicações clínicas envolvidas na primeira semana de tratamento, em que podem ocorrer sintomas de abstinência.

Nessa perspectiva, acredita-se que o THS pode ser inserido em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial, como Comunidades Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Considerando que a internação chega a durar nove meses em Comunidades Terapêuticas, tal tempo necessita estar integrado de ações que contribuam na reabilitação psicossocial, sendo o THS uma possibilidade.

Tal questão também deve ser explorada nos CAPS AD, tendo em vista o eixo estratégico da Rede de Atenção Psicossocial que trata das ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação (Ministério da Saúde, 2011).

A partir dos estudos analisados, percebe-se que o THS vem sendo realizado por profissionais da área da saúde (psicólogos, enfermeiros e médicos), em sua maioria com capacitação prévia para a condução da intervenção.

Tal questão possui relevância, pois há necessidade de um cuidado por parte de quem realiza a intervenção, a fim de que esta contribua no desempenho das habilidades sociais.

Nessa perspectiva, compreende-se a importância de que os profissionais que conduzirão o THS tenham suas habilidades sociais e técnicas desenvolvidas. Conforme um estudo americano, houve melhoras significativas nas habilidades sociais de adolescentes que tiveram um bom relacionamento com os profissionais que estavam conduzindo a intervenção (Sale et al., 2008).

Com isso, há um desafio para os profissionais da saúde no cuidado aos usuários de drogas, carecendo de capacitação e tratamentos amparados empiricamente (Limberger e Andretta, 2015).

Além da importância das habilidades sociais e técnicas dos profissionais, um fator que merece destaque é a motivação dos participantes em realizar a intervenção. Conforme o estudo de Lin et al. (1982), os participantes escolheram sete de doze habilidades sociais.

Este fato pode contribuir na motivação dos participantes durante o tratamento, pois em usuários de drogas há uma ambivalência quanto à mudança de comportamentos, e a tomada de decisão pode auxiliar no comprometimento com o tratamento (Andretta et al., 2014a, 2014b).

Dentre as habilidades sociais trabalhadas nas intervenções analisadas, compreende-se que a habilidade de recusa de drogas precisa ser enfatizada no THS com usuários de drogas.

Conforme um estudo qualitativo de casos múltiplos com três mulheres usuárias de crack, foram identificadas dificuldades na recusa de drogas por parte das participantes, especialmente quando se tratava de pessoas próximas (amigos, familiares ou companheiros) que ofereciam a droga (Limberger e Andretta, s.d.[b]). Por sua vez, uma pesquisa realizada com 250 homens usuários de metanfetamina identificou que o déficit na habilidade de recusa de drogas se associou a maiores quantidades e frequência da utilização de anfetamina (Semple et al., 2011).

Dessa forma, percebe-se que o desenvolvimento dessa habilidade durante o tratamento pode contribuir na manutenção da abstinência após o tratamento. Nesse contexto, é indicado que sejam treinadas as habilidades de recusa de drogas, mas também de resolução de problemas (Dolan et al., 2013) e expressão de sentimentos (Wagner et al., 2010), ainda que pouco estudadas.

Na literatura, há estudos teóricos que descrevem modelos para a realização do THS, incluindo informações relativas ao conteúdo de cada sessão (Staiger et al., 2014).

Por sua vez, nos artigos em questão, apenas um sistematizou os procedimentos realizados no THS (Lin et al., 1982). Nesse sentido, estudos de avaliação de intervenções que não contemplem a descrição dos procedimentos adotados especificamente no THS estão sujeitos a risco de viés dos resultados apresentados sobre as habilidades sociais, bem como dificultam a reprodução do modelo utilizado.

Com isso, evidencia-se a carência de dados relacionados aos procedimentos adotados, o que contribuiria para a replicação do THS em outros estudos.

A presente revisão sistemática aponta para resultados positivos do Treinamento em Habilidades Sociais para usuários de diferentes substâncias psicoativas, principalmente em tratamentos integrados.

Assim, o THS pode ser visto como uma possibilidade aos profissionais da saúde. Dentre as habilidades sociais trabalhadas nas intervenções, a recusa às drogas foi apontada na maioria dos estudos, revelando sua importância durante e após o tratamento.

Nesse sentido, também se torna relevante que as habilidades sociais a serem trabalhadas sejam de interesse dos participantes, estando de acordo com as suas necessidades e motivação. Com isso, sugere-se que o THS preceda de uma avaliação que possibilite identificar as habilidades em que há maior necessidade de desenvolvimento.

Além disso, podem ser apresentadas aos participantes um conjunto de habilidades sociais, para que o grupo eleja algumas das habilidades a serem trabalhadas, a fim de aumentar a motivação do grupo para a realização e a permanência na intervenção.

As principais limitações dos artigos dizem respeito ao fato de que a grande maioria dos estudos apresentou resultados do THS inserido com outras intervenções, deixando lacunas quanto às contribuições que podem ser específicas do treinamento, como a descrição de quais HS foram trabalhadas e quanto à capacitação dos profissionais.

Com isso, a presente revisão aponta a necessidade de mais investigações acerca do THS com usuários de drogas, avançando em estudos que vão além do THS

de caráter preventivo. Por sua vez, as limitações da presente revisão sistemática também dizem respeito ao uso de apenas algumas bases de dados, bem como a exclusão de artigos sem texto completo disponível.

Sugere-se que futuros estudos empíricos realizem o THS em formato grupal com usuários de drogas, descrevendo com detalhes os procedimentos utilizados, com instrumentos observacionais complementares aos de autorrelato na avaliação das habilidades sociais.

Também se sugere a seleção randômica dos participantes, avaliação pré e pós-teste e grupo controle. Futuras revisões sistemáticas acerca da temática poderiam analisar como o Treinamento em Habilidades Sociais vem sendo realizado junto de intervenções mais amplas nos diferentes contextos.

### **3.2. Análise dos benefícios da técnica de treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas do artigo supracitado.**

Neste subitem pretende-se apresentar uma análise descritiva dos benefícios da Técnica de Treinamento em Habilidades Sociais para usuários de drogas, pontuando seus benefícios e eficácia a luz TCC de acordo com o que foi descrito no artigo, nas técnicas utilizadas.

A elucidação será feita de forma concisa com trechos retirados de páginas particulares que serão citadas em itálico a *posteriori*.

O artigo trabalhado no presente capítulo está intrinsecamente relacionado com o objetivo proposto do trabalho em questão, que seria o de analisar as utilidades metodológicas da TCC no tratamento do dependente químico no que diz respeito à técnica de Treinamento De Habilidades Sociais. O artigo abordou uma revisão sistemática da literatura onde apresentou estudos empiristas acerca do Treinamento De Habilidades Sociais para usuários em tratamento de drogadição, investigando como a intervenção é empregada, os benefícios essenciais e limitações latentes de sua execução com esse público em questão.

Considera-se as Habilidades Sociais notavelmente importantes no que tange respeito aos fatores de preservação do desenvolvimento humano, tais habilidades integram um grupamento de comportamentos proferidos por um ser humano em seu âmbito social, por meio dos quais expressará suas opiniões e sentimentos, de maneira

assertiva e adaptativa, diminuindo então a possibilidade da eclosão de dificuldades iminentes (Caballo, 2003).

Seguindo, de acordo com Vieira e Feldens (2013, p.2):

Dentre as diversas formas de compreensão do abuso e dependência de drogas, investigar o papel das habilidades sociais para conhecer os fatores que influenciam esta doença é imensamente relevante, visto que as habilidades sociais compreendem o estudo das várias classes de comportamentos sociais, e estes comportamentos contribuem para a qualidade e a efetividade das interações que o indivíduo estabelece com as outras pessoas.

Desta forma, as Habilidades Sociais podem amparar o indivíduo a expor melhores respostas sociais quanto ao enfrentamento de situações de risco, colaborando como fator de proteção ao abuso e adicção.

Caballo (2003) ainda enfatiza que a falha nas Habilidades Sociais pode contribuir para dependência, principalmente pelo fator agregador ao grupo que as drogas aparentam assegurar em diversos contextos sociais, ou seja, não possuir as Habilidades Sociais indispensáveis para um desempenho social adequado pode estar relacionado ao uso ou abuso de drogas.

O objetivo do Treinamento de Habilidades Sociais é aumentar a assertividade do indivíduo perante ao manejo das situações cotidianas, preservando sua autoestima e tratando com respeito o outro indivíduo.

Evidenciou-se os benefícios e a eficácia que o Treinamento de Habilidades Sociais proporciona aos pacientes acometidos pela drogadição nas seguintes partes do texto que serão citadas a posteriori em itálico.

*“Em um dos estudos, ainda que tenha ocorrido o THS, as habilidades sociais trabalhadas nesta intervenção não foram descritas (Teichner et al., 2001). Em geral, o THS foi conduzido pelos profissionais dos centros de tratamento e hospitais, como médicos psiquiatras, enfermeiras e psicólogos, com capacitação prévia para a intervenção. Destaca-se que no estudo de Lin et al. (1982), foi discutido com o grupo para que escolhessem sete habilidades sociais para serem trabalhadas, de um total de doze habilidades sociais propostas por Chaney et al. (1978).*

*Os resultados do estudo que realizou especificamente o THS apontam para um aumento significativo das habilidades sociais nas pontuações do pré-teste para o pós-teste, em comparação com o grupo controle (que não recebeu intervenção alguma no*

*período do estudo, somente no mês seguinte do término do estudo), aumentando os comportamentos assertivos dos usuários (Lin et al., 1982)."*

Na parte supracitada foi visto que o Treinamento de Habilidades Sociais apontou um aumento expressivo no que tange as Habilidades Sociais, ampliando os comportamentos assertivos dos usuários pesquisados.

Del Prette & Del Prette (2013, p. 1-5) definem assertividade como:

Uma classe de habilidades sociais de enfrentamento em situações que envolvem risco de reação indesejável do interlocutor, com controle da ansiedade e expressão apropriada de sentimentos, desejos e opiniões. Ela implica tanto na superação da passividade quanto no autocontrole da agressividade e de outras reações não habilidosas.

Portanto, é visto que as habilidades assertivas, são emitidas nas condutas de aceitar ou recusar, concordar ou discordar, demonstrar raiva, assumir falhas, emanar opiniões e lidar com críticas.

Outro exemplo de como o Treinamento de Habilidades Sociais foi efetivo diz respeito a seguinte parte retirada do artigo:

*"Nos demais artigos, o THS junto de outras intervenções teve como resultados: maior engajamento do paciente durante o tratamento (Tenhula et al., 2009), maior adesão ao tratamento, redução do tempo de permanência no hospital e redução do uso de drogas (Petersen et al., 2007). O aumento da atenção e a diminuição da sintomatologia depressiva foram fatores preditivos da eficácia da intervenção no estudo de Teichner et al. (2001)."*

Foi visto também que:

*"Conforme um estudo com 47 usuários de drogas em tratamento, foram apontadas dificuldades distintas: para alcoolistas, a dificuldade foi em iniciar um comportamento ou conversa, e em usuários de crack a dificuldade foi na resposta a um comportamento adequado iniciado por outra pessoa (Sá e Del Prette, 2014).*

*Assim, percebe-se que o THS pode ocorrer com usuários de diferentes substâncias psicoativas, desde que seja possível considerar as necessidades dos usuários de cada substância.*

*Os resultados mostram que, na maioria dos estudos, o THS foi acompanhado de outras intervenções, indicando que o THS pode contribuir com outros tratamentos para o uso de drogas. De acordo com os princípios do tratamento eficaz do National*

*Institute on Drug Abuse – NIDA (2012), a combinação de intervenções e serviços para as dificuldades e necessidades dos indivíduos contribui para mudanças.”*

Nas duas partes supracitadas, foi visto que o Treinamento de Habilidades Sociais, acompanhado de outras intervenções, foi benéfico ao tratamento para o uso de psicotrópicos, Gaya e Leonardo (2017, p. 7-8) relatam que:

Tendo em vista a influência das habilidades sociais na dependência química, é relevante nos apropriarmos do Treinamento de Habilidades Sociais (THS), pois, tem sido empregado em conjunto com outras práticas terapêuticas para este tratamento, e estudos comprovam a eficácia no tratamento da dependência de substâncias psicoativas. No entanto, o treinamento de habilidades sociais não só é importante para os indivíduos dependentes, mas também para a prevenção dos transtornos causados pelo consumo das substâncias psicoativas.

Porém, o artigo também salienta:

*“Nos artigos em questão, apenas um sistematizou os procedimentos realizados no THS (Lin et al., 1982). Nesse sentido, estudos de avaliação de intervenções que não contemplem a descrição dos procedimentos adotados especificamente no THS estão sujeitos a risco de viés dos resultados apresentados sobre as habilidades sociais, bem como dificultam a reprodução do modelo utilizado.*

*Com isso, evidencia-se a carência de dados relacionados aos procedimentos adotados, o que contribuiria para a replicação do THS em outros estudos.”*

Partindo do pressuposto da carência de estudos na área, é visto que Limberguer et. Al (2017, p.101) relatam:

o THS ainda é comumente utilizado com foco na prevenção ao uso de drogas. Entretanto, carecem sistematizações acerca dos estudos que tenham utilizado tal intervenção quando o transtorno já está instalado. Nesse sentido, objetiva-se identificar estudos empíricos acerca do THS direcionados aos usuários de drogas, analisando como a intervenção vem sendo utilizada, seus principais benefícios e eventuais limitações de sua aplicação com esse público.

Percebe-se que o artigo em questão, a partir de sua revisão sistemática, apontou resultados favoráveis do Treinamento de Habilidades Sociais para usuários de diferentes substâncias psicoativas, sendo assim, pode ser visto como uma oportunidade aos profissionais da saúde que trabalhem com adictos.

As limitações essenciais dos artigos que foram trabalhos a partir da revisão sistemática dos autores relatam que os resultados explícitos do Treinamento de

Habilidades Sociais estavam combinados com outras intervenções, tal fator foi culminante para o aparecimento de lacunas referentes a contribuições do tratamento.

Com isso, apesar de o artigo apresentar diversos estudos e fatores que corroboraram para a eficácia do Treinamento de Habilidades Sociais na prevenção da doença, os autores ainda apontaram a inevitabilidade de mais investigações acerca com usuários de drogas.

### **3.2.1 Término do capítulo**

O capítulo apresentado ilustrou por via de um artigo de revisão sistemática de literatura sobre o Treinamento de Habilidades Sociais para usuários de drogas a eficácia e os benefícios que a técnica ostenta a cerca de pacientes adictos, por meio da análise de diversos artigos constatou-se um ambiente favorável no que tange a técnica supracitada para usuários de diferentes substâncias psicoativas, fazendo com que seja vista como uma oportunidade aos profissionais da saúde que trabalhem com adictos.

Ressaltando que Vieira e Feldens (2013, p.2) entendem a técnica supracitada da seguinte maneira:

Dentre as diversas formas de compreensão do abuso e dependência de drogas, investigar o papel das habilidades sociais para conhecer os fatores que influenciam esta doença é imensamente relevante, visto que as habilidades sociais compreendem o estudo das várias classes de comportamentos sociais, e estes comportamentos contribuem para a qualidade e a efetividade das interações que o indivíduo estabelece com as outras pessoas.

O objetivo proposto do artigo trabalhado no presente capítulo demonstrou estar intrinsecamente relacionado com o objetivo do trabalho em questão, que seria o de analisar as utilidades metodológicas da TCC no tratamento do dependente químico no que diz respeito à técnica de Treinamento de Habilidades Sociais. O artigo, por meio da revisão sistemática da literatura apresentou estudos empiristas acerca do Treinamento de Habilidades Sociais para usuários em tratamento de drogas, investigando como a intervenção é empregada, os benefícios essenciais e limitações latentes de sua execução com esse público em questão.

Limberguer et. Al (2017, p.107) corroboram a eficácia da técnica abordada relatando que:

A presente revisão sistemática aponta para resultados positivos do Treinamento em Habilidades Sociais para usuários de diferentes substâncias psicoativas, principalmente em tratamentos integrados. Assim, o THS pode ser visto como uma possibilidade aos profissionais da saúde. Dentre as habilidades sociais trabalhadas nas intervenções, a recusa às drogas foi apontada na maioria dos estudos, revelando sua importância durante e após o tratamento. Nesse sentido, também se torna relevante que as habilidades sociais a serem trabalhadas sejam de interesse dos participantes, estando de acordo com as suas necessidades e motivação. Com isso, sugere-se que o THS preceda de uma avaliação que possibilite identificar as habilidades em que há maior necessidade de desenvolvimento. Além disso, podem ser apresentadas aos participantes um conjunto de habilidades sociais, para que o grupo eleja algumas das habilidades a serem trabalhadas, a fim de aumentar a motivação do grupo para a realização e a permanência na intervenção

Porém, os autores apontam ainda a necessidade de mais estudos que explorem a fundo a questão do Treinamento de Habilidades Sociais, pois observou-se que a intervenção vem sendo executada de forma mista a outras técnicas, apresentando um ambiente benéfico no que diz respeito ao aumento das Habilidades Sociais em adictos.

Tal necessidade de mais estudos acerca da técnica é abordada por Limberguer et. Al (2017, p.107), onde apontam que:

As principais limitações dos artigos dizem respeito ao fato de que a grande maioria dos estudos apresentou resultados do THS inserido com outras intervenções, deixando lacunas quanto às contribuições que podem ser específicas do treinamento, como a descrição de quais HS foram trabalhadas e quanto à capacitação dos profissionais. Com isso, a presente revisão aponta a necessidade de mais investigações acerca do THS com usuários de drogas, avançando em estudos que vão além do THS de caráter preventivo. Por sua vez, as limitações da presente revisão sistemática também dizem respeito ao uso de apenas algumas bases de dados, bem como a exclusão de artigos sem texto completo disponível.

Não obstante, grande parte dos estudos não expôs resultados exclusivos do Treinamento de Habilidades Sociais, padecendo de instrumentos inerentes para avaliação das Habilidades Sociais, implicando na necessidade de novos estudos acerca dos efeitos da técnica e na descrição detalhada de seus procedimentos a serem utilizados com pacientes acometidos pelas drogas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve por objetivo analisar a eficácia da TCC no tratamento do dependente químico no que tange à técnica de Treinamento de Habilidades Sociais abarcando as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental, tal objetivo alcançou-se por meio da análise de dois artigos, pode-se esmiuçar as intervenções realizadas a luz da Terapia Cognitivo Comportamental tendo como base o arcabouço teórico que fundamentou tais procedimentos e em seguida, sob outro subtítulo, explicou-se as outras intervenções exequíveis dentro da abordagem supracitada. Buscou-se também elucidar os benefícios e a eficácia do objetivo supracitado proposto do presente trabalho.

Após salientar-se os aspectos gerais discutidos ao longo do trabalho, algumas dificuldades e limitações devem ser apresentadas.

Por tratar-se de um trabalho de revisão bibliográfica, obteve-se certa dificuldade em encontrar artigos atuais que tratassem do tema proposto e que corroborassem a proposta de analisar a eficácia da TCC no tratamento do dependente químico no que tange à técnica de Treinamento de Habilidades Sociais abarcando as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental, a maioria dos textos tratavam de aplicações do teste de habilidades sociais e não da eficácia das técnicas que poderiam ser utilizadas para um tratamento psicoterápico, porém, conseguiu-se analisar as técnicas que poderiam ser utilizadas para tratamento e posteriormente, conseguiu-se analisar um artigo de revisão sistemática de literatura que abordou exatamente o objetivo proposto do trabalho em questão.

Em síntese, comprovou-se o objetivo proposto pelo trabalho, confirmados pelos artigos trazidos a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento da Dependência Química partindo da técnica de intervenção do Treinamento das Habilidades Sociais, porém faz-se necessário mais investigações acerca da técnica com dependentes químicos, devido a limitação de escritos exclusivos, pois, na maioria dos casos, abordou-se de forma mutual a outras técnicas, portanto, para melhor entendimento e compreensão, recomenda-se que estudos pósteros de base empírica efetuem o Treinamento de Habilidades Sociais com usuários, descrevendo detalhadamente os procedimentos a serem utilizados, no intuito do melhor

entendimento do funcionamento da técnica no intuito do melhor entendimento do funcionamento da técnica para que pesquisas futuras sejam melhor fundamentadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A. et al. **Terapia Cognitiva: conceitos básicos e sua aplicação**. Mosaico: estudos em psicologia, v. 4, n.1, 2011. Disponível em: [www.fafich.ufmg.br/mosaico/article/viewFile/78/38](http://www.fafich.ufmg.br/mosaico/article/viewFile/78/38). Acessado em 16 de setembro de 2018.

AMARANTE, P.D. de C. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ANTUNES, J. L. F. **Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Fundação Editora da Unesp, 1999.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 47.

BECK, J. S. **Terapia Cognitivo-comportamental: Teoria e Prática**. 2. Ed.; Porto Alegre: Artmed. 2013, p. 22.

\_\_\_\_\_. **Terapia Cognitivo-comportamental: Teoria e Prática**. 2. Ed.; Porto Alegre: Artmed. 2013, p. 279.

\_\_\_\_\_. **Terapia Cognitivo-comportamental: Teoria e Prática**. 2. Ed.; Porto Alegre: Artmed. 2013, p. 285.

\_\_\_\_\_. **Terapia Cognitivo-comportamental: Teoria e Prática**. 2. Ed.; Porto Alegre: Artmed. 2013, p. 289.

BEZ, A.S; RAUEN, F.J. **Modificação de pensamentos e crenças disfuncionais e teorias pragmáticas da comunicação**. Santa Catarina, Revista Prolingua. 2016, p.97 Disponível em: [www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/prolingua/article/view/30634](http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/prolingua/article/view/30634). Acessado em 16 de setembro de 2018

BÜCHELE, F; MARCATTI, M; RABELO, D. **Dependência química e prevenção à “recaída”**, Florianópolis: Redalyc Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/714/71413206/> Acesso em: 25 de fevereiro de 2017.

BURKLE, T. S. **Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM**; orientador prof. Dr. André Martins. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva desenvolvida no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, área de concentração Ciências Humanas e Saúde. Rio de Janeiro, 2009. P. 12 Disponível em: [http://www.iesc.ufrj.br/posgrad/posgraduacao/teses/2009/Thaaty\\_Burkle.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/posgrad/posgraduacao/teses/2009/Thaaty_Burkle.pdf). Acesso em: 15 de maio de 2017

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**; Santos: Santos Editora. 2003.

\_\_\_\_\_. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**; Santos: Santos Editora. 2003, p.06.

CAMINHA, R.; WAINER, R. & OLIVEIRA, M. **Psicoterapias cognitivo comportamentais: teoria e prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003.

DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001.

DELL PRETE A; DELL PRETE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Vozes 6ª Edição, 2013, p. 30.

\_\_\_\_\_. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática**. Petrópolis, RJ: Vozes 6ª Edição, 2013, p. 1-5

DSM – V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. trad. Maria Inês Corrêa Nascimento et. al; – 5.ed. rev. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

EDWARDS, G. & Cols. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. In: LARANJEIRA, R. ZANELATTO, N.A (Org.) **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1984.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GAYA, A. P. O.; LEONARDO, I. A. D. G. **Habilidades Sociais Em Dependentes De Substâncias Psicoativas No Processo De Reinserção Social**. Revista Ciência Amazônica. ILES/ULBRA Porto Velho – RO, 2017, p. 7-8. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/amazonida/article/viewFile/3024/2556> Acesso em: 12 de novembro de 2018.

GOMES, K. V. **A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado**; orientadora Maria Inês Assumpção Fernandes. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde10112010082915/publico/var\\_ela\\_do.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde10112010082915/publico/var_ela_do.pdf). Acesso em: 28 de março de 2017.

\_\_\_\_\_. **A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado**; orientadora Maria Inês Assumpção Fernandes. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. p.33 Disponível em: [http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde10112010082915/publico/var\\_ela\\_do.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde10112010082915/publico/var_ela_do.pdf). Acesso em: 02 de maio de 2017.

KNAPP, P. & Cols. **Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.19.

\_\_\_\_\_. **Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p.288.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial** - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-17112002120859/publico/Mirna1.pdf> Acesso em: 28 de março de 2017.

KARKOW, M. J.; CAMINHA, R. M.; BENETTI, S. P. C. **Mecanismos Terapêuticos na Dependência Química**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas FBTC, São Paulo, 2005, p. 126. Disponível em: [www.rbtc.org.br/audiencia\\_pdf.asp?aid2=28&nomeArquivo=v1n2a13.pdf](http://www.rbtc.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=28&nomeArquivo=v1n2a13.pdf) Acesso em: 22 de outubro de 2018.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, Appraisal and Coping**. New York, Springer Publishing Company, 1984.

LEMES, C. B.; NETO, J. O; **Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde**. Temas em Psicologia, Vol. 25, nº 1, 2017, p. 18 disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002) Acesso em: 18 de outubro de 2018.

LIMBERGER, J. Et al. **Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas**: revisão sistemática da literatura. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 10, n. 1, 2017, p. 101 Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198334822017000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822017000100009&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 12 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. **Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas**: revisão sistemática da literatura. Contextos Clínic, São Leopoldo, v. 10, n. 1, 2017, p. 107 Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198334822017000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198334822017000100009&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 12 nov. 2018.

LOPES, R. F. F.; CASTRO, F. S., NEUFELD, C. B. **A terapia cognitiva e o mindfulness**: entrevista com Donna Sudak. vol. 8 nº 1 - jan. / jun. de 2012, p. 69 Disponível em: [http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=160](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=160) Acesso em: 22 de agosto de 2018.

LUZ, E. J. **Dependência química**. Em: Knapp, P. (org.). Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LUZ, A. A. V; FONTANA, M; MÉA, C. P. D. **Abordagem Cognitivo Comportamental para Dependência Química**; Rio Grande do Sul: IMED. 2015, p.5 disponível em: <http://soac.imed.edu.br/> Acesso em: 25 de setembro de 2016.

MACRAE, E. **Antropologia**: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. et. al. Dependência de Drogas. São Paulo: Editora Atheneu, p. 27-38, 2010.

MARTINS, E. R., & CORRÊA, A. K. **Lidar com substâncias psicoativas**: o significado para o trabalhador de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2004, v.12, pp. 398-405

MARLATT, G. A; DONOVAN, D. M. **Prevenção de recaída**; Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Vol. II; São Paulo: Artmed. 2009, p.15

MIGUEL, A.Q.C; GAYA, C.M. Técnicas e terapias comportamentais aplicadas ao tratamento da dependência química. In: LARANJEIRA, R. ZANELATTO, N.A (Org.) **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013

\_\_\_\_\_. Técnicas e terapias comportamentais aplicadas ao tratamento da dependência química. In: LARANJEIRA, R. ZANELATTO, N.A (Org.) **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.313-330.

NETO, A. R. M. **Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo, 2011, p. 159 Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/AR09.pdf> Acesso em: 16 de setembro de 2018.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo, 2011, p. 163 Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/files/AR09.pdf> Acesso em: 16 de setembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde: Transtornos devido ao uso de substâncias. In: **Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Org.). Relatório sobre a saúde no mundo**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil. 2001, pp. 58-61.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n.2, p. 203-211. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722009000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010237722009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 28 de março de 2017.

PINHO, V.D. de; OLIVA, A.D. **Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes**. *Rev. bras. Ter. cogn.* Rio de Janeiro, v. 3, n.2, 2007. Não paginado.

RANGÉ, B. (Et al.) **Psicoterapias cognitivo-comportamentais**; um diálogo com a psiquiatria. Vol. II; Porto Alegre: Artmed. 2011, p.22

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: 28 de fevereiro de 2017.

ROSA, L. C. S.; CAMPOS, R. T. O. Saúde mental e classe social: **CAPS, um serviço de classe e interclasses.** São Paulo, n. 114, p. 315, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010166282013000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282013000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 de maio de 2017.

SAKIYAMA. H. M. T; ZANELATTO N. Terapia Cognitivo Comportamental das Habilidades Sociais e de Enfrentamento. In: DIEHL, Alessandra et al: **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p.288-300.

SANTANA, V. S.; LOPES, R. F. F. **Coping cards com pacientes oncológicos: uma proposta de instrumento psicoeducativo.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas vol. 12 nº 1 - jan. / jun. de 2016, p. 13. Disponível em: [http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=225](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=225) Acesso em: 22 de agosto de 2018

SANTOS, C. E. M.; MEDEIROS, F. A. **A relevância da técnica de questionamento socrático na prática Cognitivo-Comportamental.** Arch Health Invest v.6(5) 2017, p. 207. Disponível em: [archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/download/1940/pdf](http://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/download/1940/pdf) Acesso em: 22 de outubro de 2018.

VIEIRA, A. R. B. **Organização e Saber Psiquiátrico.** Revista de Administração de Empresas. Rio de Janeiro: 21(4), 49-58, out./dez. 1981.

VIEIRA, A. C. S; FELDENS, A. C. M. **Habilidades sociais, dependência química e abuso de drogas;** uma revisão das publicações científicas nos últimos 6 anos; Rio Grande do Sul: FACCAT. 2013, p.5 disponível em: <https://psicologia.faccat.br> Acesso em: 25 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_ **Habilidades sociais, dependência química e abuso de drogas;** uma revisão das publicações científicas nos últimos 6 anos; Rio Grande do Sul: FACCAT. 2013, p. 2 disponível em: <https://psicologia.faccat.br> Acesso em: 17 de setembro de 2018.

WAGNER, M. F. et al. **O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes.** SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga., Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 255-273, 2010.

WAGNER, M.F.; OLIVEIRA, M.S. **Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha.** Psicol. Estud. Maringá, v. 14, n. 1, pp. 101-110, 2009.

WRIGHT, J.H.; BASCO M.R.; THAESE, M.E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Artmed. Porto Alegre, 2008, p.69

\_\_\_\_\_. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Artmed. Porto Alegre, 2008, p.85

\_\_\_\_\_. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Artmed. Porto Alegre, 2008, p.86

\_\_\_\_\_. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado.** Artmed. Porto Alegre, 2008, p.140

ZANELATTO, N. A; LARANJEIRA, R. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais;** um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.34

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais;** um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.46

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais;** um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.48

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais;** um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.49

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais;** um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.155

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais;** um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.158-159.

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**; um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.173.

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**; um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.182-183.

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**; um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.296.

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**; um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.299.

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**; um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.304.

\_\_\_\_\_. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**; um guia para terapeutas; Porto Alegre: Artmed. 2013, p.305.

ZENI, T. C.; ARAUJO, R. B. **O relaxamento respiratório no manejo do *craving* e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack**. Rev. psiquiatr. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, v.31, n.2, 2009, p. 117. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010181082009000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082009000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 outubro de 2018.

