

Abordagem Cognitivo Comportamental para Dependência Química Cognitive Behavioral Approach to Addiction

Andressa Aparecida Vanceta da Luz*

Maíra Fontana**

Cristina Pilla Della Méa***

RESUMO

O consumo de drogas é uma contingência de todas as épocas e de toda a população e não há entendimento, até os dias atuais, de uma sociedade humana que não tenha feito uso de alguma substância psicoativa. O objetivo deste estudo é apresentar uma revisão sobre a dependência química, bem como um tratamento eficiente com base na abordagem Terapia Cognitiva Comportamental para a dependência química que estimula no dependente circunstâncias de alto risco, sendo interno ou externo, na qual desencadeiam no sujeito crenças centrais sobre sua vida a partir daquele momento e sua relação com as drogas. A TCC para a dependência química se dá através de técnicas assertivas para que o sujeito alcance seu objetivo, sendo a permanência sem o consumo de drogas. A metodologia deste estudo é uma revisão bibliográfica no período de 1997 a 2014. A partir deste estudo, identificou-se os fatores envolvidos com a dependência química, sobretudo a importância do paciente em realizar acompanhamento psicológico. Conclui-se que a TCC é uma abordagem efetiva nos casos de dependência química, pois ela é acompanhada de técnicas eficazes que são fundamentais para a melhora do quadro geral da dependência química no indivíduo.

Palavras-chave: Dependência Química, Recaída, Tratamento, Modelo Cognitivo Comportamental.

ABSTRACT

Drug use is a contingency of all ages and the whole population and there is no understanding, to the present day, of a human society that has not made use of any psychoactive substance. The objective of this study is to present a review of drug addiction, as well as an effective treatment based on Cognitive Behavioral Therapy approach to addiction that stimulates the dependent high-risk conditions, with internal or external, in which trigger in the subject core beliefs about his life from that point and their relationship with drugs. CBT for addiction is through assertive techniques to the subject reach your goal being to remain without drug use. The methodology of this study is a literature review from 1997 to 2014. From this study, we identified the factors involved with substance abuse, particularly the importance of the patient to conduct counseling. We conclude that CBT is an effective approach in cases of substance abuse, as it is accompanied by effective techniques that are fundamental to improving the overall framework of substance abuse on the individual.

Keywords: Addiction, Relapse, Treatment, Cognitive Behavioral Model.

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A dependência química é identificada mundialmente sobre os transtornos psiquiátricos, como sendo uma doença crônica que apoia-se sobre o sujeito durante toda a sua vida, mas que se tratada, é controlada (PRATTA et al, 2009; RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012; ZALESKI et al. 2006).

O número de usuários dependentes químicos com prejuízos a saúde física, cognitiva, psicológica, familiar e sociais nos últimos anos é crescente, podendo estar associado na maioria das vezes a criminalidade, prejuízos nos relacionamentos interpessoais e profissionais e baixo rendimento escolar (BECK et al, 2007; CORRADI-WEBSTER et al, 2009; CHALUB e TELLES, 2006; FONTANELLA, 2010, LIMA, 2010; RANZONI et al, 2010).

O surgimento da dependência química poderá aparecer para solucionar um problema que esteja inserido no ciclo familiar (Orth, 2005). O ambiente familiar que provoca cobranças, preconceitos, divergências, dificuldades na relação interpessoal, problemas financeiros são considerados alguns dos fatores de risco e de fácil acesso para as recaídas (Landre, 2008).

De acordo com o modelo cognitivo a forma como o sujeito percebe a situações em si interfere nas reações motivacionais, afetivas e comportamentais. A Terapia Cognitivo – Comportamental (TCC) é utilizada para o tratamento da dependência química, pois ela baseia-se na análise e na alterações dos pensamentos automáticos, assim como as crenças distorcidas que provocam emoções e comportamentos disfuncionais. O objetivo da TCC no tratamento do dependente químico é reconstruir as cognições disfuncionais proporcionando maleabilidade cognitiva na ocasião da avaliação das situações específicas. Objetivando, uma avaliação das estratégias cognitivas do paciente, a fim de abranger a verdadeira forma funcional.

O presente artigo tem como objetivo descrever como funciona a TCC nos casos de dependência química.

2 MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se com base em uma revisão bibliográfica, fundamentada em artigos nacionais e internacionais utilizados pelas bases de dados Scielo, CAPS e livros da área no período de 1997 a 2014. Os descritores utilizados no estudo foram:

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

dependência química, recaída, tratamento e modelo Cognitivo Comportamental. A análise dos dados foi realizada a partir da coleta e descrita a seguir.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Modelo Cognitivo Comportamental para Dependência Química

O transtorno relacionado ao uso de substâncias é definido como um padrão mal adaptativo de uso de substâncias levando ao prejuízo ou sofrimento significativo, esse demonstra-se a partir de dois ou mais dos seguintes itens aqui citados, ocorrendo após um período de 12 meses: é o uso contínuo de substância prejudicando as obrigações da casa, trabalho ou escola, o uso em situação de risco, como dirigir um carro ao estar intoxicado; uso de substância mesmo ocorrendo problemas sociais e interpessoal; ser tolerante ao ponto de precisar de uma necessidade maior de substância para obter o efeito desejado ou relevante redução do efeito usando a mesma quantidade da substância; apresentar abstinência característica para a substância ou usar a substância para diminuir ou prevenir os sintomas de abstinências; consumir a substância em maior quantidade ou por um tempo maior do que o pretendido, ter desejo constante ou esforços fracassados no sentido de diminuir ou controlar o uso da substância; o tempo envolvido em atividades para a obtenção, utilização e também na recuperação da substância é muito. Atividades importantes como ocupacionais, sociais e recreativas são diminuídas ou deixadas de lado por causa do uso da substância. O sujeito faz o uso da substância recorrente mesmo tendo consciência de ter um problema psicológico ou físico causado pela substância. Também existe a ocorrência de um forte desejo de desfrutar da substância, chamando isso de fissura ou *craving*. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, APA, 2014).

A TCC para a dependência química é feita a partir da conceituação, ou compreensão do caso de cada paciente (crenças e padrões de comportamento). O terapeuta deve ajudá-lo a ter uma mudança cognitiva, ou seja modificação do pensamento e das crenças, para que assim ocorra uma mudança emocional e comportamental duradoura. Esta teoria foi adaptada a pacientes com diferentes, rendas, idades e níveis de educação. Também, é trabalhada de diversas formas como: grupos, casal, família ou de forma individual (BECK, 2013).

O modelo cognitivo parte da ideia de que as cognições, os comportamentos e os sentimentos de um sujeito são influenciados por percepções que o mesmo tem de determinada

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

situação. Entende-se então que é a forma como o indivíduo interpreta o evento que vai determinar o que ela sente (BECK, 2013). Os dados principais do modelo cognitivo comportamental são o evento, a avaliação cognitiva, a emoção e o comportamento. Estes ocorrem em um processo, o sujeito avalia a situação e os pensamentos incidem e com eles surge os sentimentos, que desencadeiam o comportamento do indivíduo (WRIGHT, MICHAEL; THASE, 2008).

O modelo cognitivo sugere que o pensamento disfuncional é comum em todos os transtornos psicológicos. Acredita-se que quando os pacientes aprendem a avaliar os seus pensamentos de forma mais realista e adaptativa, conseguem obter uma melhora no seu estado emocional e comportamento. Encarar uma situação a partir de uma nova perspectiva pode fazer com que o paciente sinta-se melhor e passe a ter um comportamento mais funcional (BECK, 2013). Esse modelo é utilizado nas sessões para conceitualizar problemas clínicos e aderir métodos específicos desta abordagem. Com isso o terapeuta volta as suas atenções aos pensamentos, emoções e comportamentos e faz suas intervenções de tratamento (WRIGHT et al., 2008). As sessões oportunizam a correção de pensamentos negativos e fortalecem uma visão mais positiva e realista de si mesmo, dos outros e do mundo (FELICIANO; PARRA, 2011).

O modelo cognitivo do uso de substâncias também denominado como, modelo cognitivo de recaída, foi apresentado por Beck em 1993. O mesmo se dá nessa forma, situação estímulo, crenças centrais e sobre o uso de drogas, pensamento automático, fissura (*craving*), crenças permissivas, plano de ação e uso continuado de recaída (KNAPP, 2004). Alguns autores descreveram o modelo cognitivo do uso de substância, nomeando que, situações que estimulam o alto risco interno ou externo, desencadeiam crenças centrais sobre o sujeito, o futuro, o mundo e em relação ao uso de drogas. Na maioria das vezes essas crenças que foram ativadas e aparecem de forma inconsciente e levam ao aparecimento de pensamentos automáticos. Desenvolvendo assim o surgimento de sinais e sintomas fisiológicos, ou seja fissuras (*craving*). A partir daí, desencadeando crenças facilitadoras. Por causa da fissura e das crenças facilitadoras, o indivíduo planeja e vai até a droga, iniciando o seu uso. O sujeito tem vontade de continuar o uso, mas possui sentimentos de fracasso e culpa, sendo assim uma situação contraditória. Este desconforto psíquico ativa crenças disfuncionais e o sujeito dá continuidade ao uso das substâncias. Esse não é um modelo

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

etiológico, pois não explica o desenvolvimento e a origem da dependência química, mas possibilita a compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção do uso, para o comportamento e também para a tendência de recaídas (BECK; WRIGHT; NEWMAN; LIESE, 1993).

As crenças adictivas, mudam de indivíduo para indivíduo e conforme o tipo de droga escolhida. Estas estão à procura do prazer, alívio, desconforto e da solução de problemas (BECK et al.,1993). Assim, para o tratamento das dependências os modelos mais utilizados por terapeutas e pesquisadores desta área de conhecimento são, modelo cognitivo de abuso de substâncias, o modelo de estágios de mudanças e o modelo de prevenção de recaídas. A partir desses modelos são feitas intervenções, entrevista motivacional breve, treinamento de habilidades sociais, treinamento de relaxamento, treinamento de autocontrole e da assertividade, manejo do estresse, depressão e ansiedade, reestruturação cognitiva e identificação de situações de alto risco (RANGÉ; MARLATT, 2008).

3.1.1 Técnicas Cognitiva Comportamentais

A TCC é compreendida por meio de uma abordagem estruturada, aonde o terapeuta e o paciente obtém papéis eficazes no tratamento do sujeito. Nelas o foco é para o atual, aqui, agora, usufruindo de técnicas exclusivas da abordagem cognitiva comportamental, na qual modifica os modelos de crenças e pensamentos que acarretam sofrimento psicológicos para o paciente (ARCH AYERS, 2013). A abordagem cognitivo-comportamental usa técnicas que incluem: 1. Ajudar os pacientes a identificar pensamentos disfuncionais que provocam sentimentos negativos e comportamentos mal adaptativos. 2. Auto monitorar cognições negativas. 3. Identificar a afinidade entre as cognições, crenças e sentimentos subjacentes. 4. Aprender a usar pensamentos funcionais e adaptativos no lugar dos disfuncionais. 5. Identificar seus pressupostos básicos, visão de si, do mundo e do futuro (RANGÉ, 2011).

Em meio as técnicas mais empregadas na TCC destaca-se a psicoeducação, na qual incide na comunicação de informações acerca dos problemas do paciente, esclarecendo de acordo com o ponto de vista da psicopatologia (FIGUEIREDO, SOUZA, DELLEGLIO e ARGIMON, 2009). A intervenção por meio da técnica da psicoeducação entende-se por informar ao paciente sobre seu dados, bem como o diagnóstico, a causa e o funcionamento do tratamento mais aconselhado e predição de sua doença. Compete ainda a aplicação da técnica

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

psicoeducação para o esclarecimento de informações escassas ou distorcidas, considerando a importância do paciente adquirir um entendimento amplo do paciente acerca de seu problema (MENEZES; SOUZA, 2012; SWADI, BOBIER, PRICE; CRAIG, 2010).

A motivação no tratamento psicológico para os dependentes químicos é outra técnica essencial na prevenção de recaída do paciente. Através da técnica de motivação é possível mensurar se a motivação no paciente encontra-se elevada ou diminuída, que são influenciadas por meio de impulsos e necessidades de reforço e punição. A motivação humana poderá ser compreendida mediante a análise das bases cognitivas e psicológicas do comportamento do paciente (GAZZANIGA, 2007).

A identificação de (PA) é outra técnica que o terapeuta até mesmo o paciente poderá estimular questionamentos de acordo com o que está passando pela cabeça do paciente naquele momento, o que está situação significou, assim como evento da forte tendência a retornar com o uso das drogas, através da modificação do humor. A técnica do pensamento automático (PA), depois de identificar o PA, o terapeuta auxilia o paciente a ponderar a veracidade e consequência de tal pensamento. Prevalece para este processo a técnica do questionamento socrático, na qual o paciente é conduzido pelo terapeuta a chegar em suas próprias conclusões, assim como é treinado a realizar a técnica sozinho. O paciente é instruído a avaliar de 0 a 10 o quanto ele acredita neste pensamento, e posteriormente questioná-lo se realmente é verdadeiro. Por meio do questionamento socrático, o terapeuta questiona o paciente sobre a veracidade reais, favor e a contra, e busca indagar se há outro esclarecimento ou hipótese para este pensamento. Desta maneira, se o PA for verdadeiro, o terapeuta deve perguntar ao paciente o que poderia acontecer de pior e qual seria o consequência mais provável. Cabe ressaltar que da técnica do questionamento socrático não são todas as perguntas que são realizadas para todos os paciente, muitas vezes precisam ser reformuladas ou ajustadas de acordo com o PA específico. Com isso, deve ser analisado novamente o quanto o paciente ainda acredita no PA, utilizando outra vez da escala de 0 a 10 (BALDISSEROTTO, 2001; JUNIOR, 2004; KNAPP, 2001;).

A técnica do registro diário de pensamentos disfuncionais (RPD) é outra técnica que auxilia o paciente através do exercício de registrar seus pensamentos disfuncionais no durante o dia, sobretudo vigente do desconforto psicológico. O preenchimento do exercício do registro do RPD como tarefa de casa, contribui para que o mesmo continue ponderando seus

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

PA, possibilitando ao terapeuta ter uma visão do ocorrido entre as sessões. A identificação de crenças sobre as drogas e fissura, assim como as crenças intermediárias e centrais do dependente poderão ser reconhecidas pelo manejo das mesmas técnicas. Deste modo observa-se a ocorrência de uma crença, por meio de um PA, usando da técnica da seta descendente através de um PA com o intuito de localizar um assunto comum, pinçando uma hipótese do paciente, aplicando inventários de crenças sobre o consumo das drogas e a fissura. A análise e alteração de crença, consiste nas crenças centrais e intermediárias que foram identificadas as quais estão na maioria das vezes associadas com a comorbidade abordada pelo paciente, com o objetivo que seja obtido uma melhora mais contínua. As crenças identificadas aditivas consiste em antecipatórias de um alívio ou permissivas, na qual devem ser alteradas e reforçadas as crenças de controle. Para isso, pode-se utilizar o questionário socrático, o experimento comportamental, a dramatização, o exame das vantagens e desvantagens de acreditar na crença (BALDISSEROTTO, 2001; JUNIOR, 2004; KNAPP, 2001).

3.1.2 Prevenção de Recaídas

A prevenção de recaída foi criada por Alan Marlatt no período de 1980, na qual pode ser acentuada como um fluxograma de autogestão, que procura instigar a prática da manutenção no procedimento de mudança (MARLATT, 1999). Na amostra de prevenção de recaídas, as condutas dos aditivos são de maus costumes, na qual poderão ser alterados. Ponderar se que os pacientes aprendem com essas atuações e pensamentos, que são disfuncionais que ocasionam dificuldades para eles mesmos, sendo usado no momento em que o paciente necessita lidar com ocorrências difíceis. Partindo da hipótese de que o paciente não cresceu ou de que compreendeu comportamentos mais adaptativos, que lhe causam recompensa ou que lhes permitam solucionar os problemas de outra maneira. O consumo da substância química, afora também uma bonificação imediata, podendo ser entendido como uma configuração para soluções de problemas como, o caso de um sentimento em um nível alto de ansiedade. Mediante deste pressuposto, o destaque principal da prevenção de recaídas é sustentar a modificação de costumes, precipitando as circunstâncias de risco e buscando administrá-las. O tratamento de prevenção de recaídas possibilita o aditamento da consciência e alternativa do paciente diante do problema, desenvolvendo capacidades de encarar e aumentar a confiança, domínio e autoeficácia em suas histórias (JUNGGERMAN, 2007).

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

No tratamento de prevenção de recaídas, o terapeuta ajuda o paciente a ter responsabilidade por seus comportamentos. O terapeuta é um norte que proporciona ferramentas, de modo que o sujeito consiga, em um intervalo curto de tempo, se auto gerenciar. Os fundamentais embasamentos dessa modalidade são: a) Conscientização do Problema: O sujeito necessita reconhecer que sua ação aditiva ocasiona uma dificuldade para a sua vida. A prevenção de recaída propende a instigar no dependente a compreender que o consumo de drogas poderá influenciar negativamente em seus relacionamentos e nas suas atividades. Na maioria das vezes, usa-se a técnica da Balança decisional, que o terapeuta ajuda o paciente a ponderar as vantagens e desvantagens de uso das drogas. b) O treinamento de habilidades: Possibilita identificar o problema, já a prevenção de recaída trabalha com táticas de como lidar com circunstâncias de risco diante da substância. Realiza-se uma análise das competências do sujeito, assim como as que precisam ser aprimoradas, na qual deverão ser trabalhadas. No momento da sessão, o indivíduo pondera opções para lidar com as ocasiões de risco, podendo treinar na maioria das vezes no momento da dramatização de como vai consistir a prática. c) Modificações no estilo de vida: O dependente é convocado a refletir sobre seu hábito de vida, no momento em que fazia uso contínuo da substância e idealizar o dia ideal, sem o consumo das drogas. A sugestão é que no momento em que o sujeito esteja de parando de usar drogas, o mesmo reserve um período livre durante o dia, ocupando-o de maneira oscilada, entre querer e dever. O indivíduo poderá discorrer sobre trocar as adições negativas por positivas (JUNGERMAN, 2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução do paciente dependente químico no tratamento psicológico é essencial em sua recuperação, de modo que a abordagem cognitivo-comportamental tem apresentado resultados satisfatórios, quando comparada a demais abordagens. A Terapia Cognitiva Comportamental tem como foco as representações de consumo e abstinência das drogas, buscando despertar nos dependentes químicos condições para que o mesmo se previna de situações que o levem a reincidir no consumo de substâncias químicas que levam à dependência. As principais técnicas utilizadas para o tratamento de dependentes químicos conforme visto no artigo são, identificação de pensamentos automáticos que podem ser feitas através do registro diário de pensamentos disfuncionais, o questionamento socrático

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

verificando a veracidade dos pensamentos, a identificações de alto risco, a entrevista motivacional, o treinamento de habilidades sociais, o treinamento de relaxamento, o treinamento de autocontrole e da assertividade, o manejo do estresse, depressão e ansiedade. Cabe aqui ressaltar que há uma limitação de pesquisas sobre este assunto visto que é um estudo bibliográfico, na qual sugere-se pesquisas por meio de estudos de caso para melhor compreender a eficácia das técnicas e o desenvolvimento do paciente no tratamento.

REFERÊNCIAS

ARCH, J.J.; AYERS, C. R. Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, v. 51, n. 8, agosto, pp. 434-442, 2013.

BECK, A.T.; WRIGHT, F.D.; NEWMAN, C.F.; LIESE, B.S. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press, 1993.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. *Terapia Cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, J. S. *Terapia Cognitiva Comportamental: Teoria e Prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. B. Álcool, Drogas e Crime. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 28, n. 2, pp. 69-73, 2006.

COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias n.,o farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 26, n. 3, pp. 47-50, 2004.

DAUMAS, J. do S. P. *As dificuldades enfrentadas pela estratégia saúde da família no cuidado à saúde do dependente químico*. 2012, 78 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.

EBLING, V. R. F. dos P.; HESS, A. R. B. *Comorbidades psiquiátricas na dependência química: uma revisão de literatura*. Taquara: FACCAT, 2013.

FARINA, M.; TERROSO, L. B.; LOPES, R. M. F.; ARGIMON, I. I. de L. Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. *Aletheia*, n. 42, setembro-dezembro, pp. 175-185, 2013.

FELICIANO, M. F. C.; PARRA, C. R. *Aliança terapêutica e resultados: estudo de caso clínico em psicoterapia cognitivo comportamental*. *Psicologia.pt – O portal dos Psicólogos*. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0625.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2015.

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br

FIGUEIREDO, A.; SOUZA, L.; DELL'GLIO, J. C.; ARGIMON, I. L. O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, Campinas, v. 11, n. 1, pp. 15-24, 2009.

FONTANELLA, B. J. B. Sintomas psicóticos e cognitivos associados à busca de tratamento por dependentes de substâncias - Um estudo qualitativo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, pp. 139-145, 2010.

GAZZANIGA, M. S. *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento*. Edição Universitária. Porto Alegre: Artmed, 2007.

JUNGERMAN, F. S. Prevenção de Recaída. In: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. F.; LARANJEIRA, Ronaldo. *Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias*. São Paulo: Roca, 2007.

KNAPP, P. *Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MENEZES, S. L.; SOUZA, M. C. B. Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da Escola de enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 1, pp. 124-131, 2012.

RANGÉ, B. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RANGÉ, B. P.; MARLATT, G. A. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 30, n. 2, pp. 88-95, 2008.

SERRA, A. M. Apostila do Curso de Especialização em Terapia Cognitiva. Não publicado. Instituto de Terapia Cognitiva / Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva (ABPC). São Paulo: ITC, 2004.

SILVA, C. J. da.; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 26, suppl.1, pp. 33-39, 2004.

SWADI, H.; BOBIER, C.; PRICE, L.; CRAIG, B. Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, v. 18, n. 1, pp. 53-56, 2010.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R. B.; THASE, M. E. *Aprendendo a terapia cognitivo comportamental: um guia ilustrado*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R.; MARQUES, A.C.P.R.; RATTO, L.; ROMANO, M.; ALVES, H.N.P.; SOARES, M.B. de M.; ABELARDINO, V.; KESSLER, B. S.; NISCATRI, S.; HOCHGRAF, P.B.; GIGLIOTTI, A. de P.; LEMOS, T. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, vol. 28, n. 2, junho, p.142-148, 2006.

*Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo Fundo –RS. E-mail: andressa-luz@hotmail.com

**Acadêmica da Escola de Psicologia da IMED, Passo–RS. E-mail: maira.fontana@hotmail.com

***Psicóloga. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (UNISINOS) e Especialista em Psicologia Clínica (IMED). Professora da Escola de Psicologia da IMED. Email: cristina.mea@imed.edu.br