

Luisa Zamagna Maciel<sup>1</sup>  
Saulo Gantes Tractenberg<sup>1</sup>  
Luisa Fernanda Habigzang<sup>2</sup>  
Ricardo Wainer<sup>3</sup>

## Esquemas iniciais desadaptativos no transtorno por uso de álcool

### *Early maladaptive schemas in alcohol use disorder*

#### RESUMO

O transtorno por uso de álcool é de difícil tratamento e, ainda que a terapia cognitivo-comportamental apresente resultados positivos em relação ao tratamento dos usuários de álcool, elevados índices de recaída ainda são encontrados entre esses indivíduos. A terapia do esquema (TE) de Young sugere uma nova abordagem de intervenção baseada na regulação emocional e no rompimento de ciclos de ativação dos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs). Esses processos são considerados importantes para a quebra do ciclo de recaídas do paciente com transtorno por uso de álcool. O objetivo desta revisão narrativa da literatura é verificar as relações entre esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) e transtorno por uso de álcool. Os resultados encontrados indicam divergências em relação a um perfil específico de EIDs para esses pacientes, ainda que apresentem maior pontuação nos EIDs que grupos não clínicos. O desenvolvimento de estudos voltados para a TE aplicados à dependência química é importante, visto que a TE é uma terapia potencial para o transtorno por uso de álcool.

**Palavras-chave:** terapia cognitivo-comportamental, terapia dos esquemas, transtorno por uso de álcool.

#### ABSTRACT

Alcohol-Related Disorder has been considered difficult to treat since the majority of the individuals have to face several withdrawal symptoms during the detoxification process. The capacity to manage such symptoms is essential to avoid relapses and to sustain longer periods of abstinence. Although different approaches in Cognitive Behavior Therapy have been supporting the treatment of alcoholism, revealing positive outcomes, there are still challenges in this field, mainly regarding emotional regulation and craving management among alcohol users. The Schema Therapy suggests a new approach focused on emotional regulation and on early maladaptive schemas that might be involved on some dysfunctional behaviors underlying mental disorders. This narrative review aims to discuss the findings of Schema Therapy in the treatment of Alcohol-Related Disorders, extending the understanding of the relationship between early maladaptive schemas and drug-seeking behaviors. The results found revealed discrepancies in characterization of the EIDs profile of alcohol users, but in general it was found that patients with Alcohol-Related Disorders report higher scores of EIDs. The development of researches focused on the application of Schema Therapy in addictive disorders is important since some evidences have been suggesting the potential benefits of this approach in the treatment of Alcohol-Related Disorders.

**Keywords:** alcohol-related disorder, cognitive behavior therapy, therapy; schema therapy.

<sup>1</sup> Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental - (Mestranda em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS) - Porto Alegre - RS - Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Psicologia - (Professora Adjunta do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, Coordenadora do Grupo de Pesquisa Violência, Vulnerabilidade e Intervenções Clínicas (GPEVVIC).

<sup>3</sup> Doutor em Psicologia - (Professor Titular da Faculdade de Psicologia da PUCRS e Diretor da WP-Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental).

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul

#### Correspondência:

Luisa Zamagna Maciel  
Av. Marechal Andrea, 310, Apt 501, Bairro Boa Vista, Porto Alegre, RS, Brasil.  
CEP: 91.340-400.  
E-mail: luisazmaciel@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 31 de agosto de 2014. cod. 296.

Artigo aceito em 19 de março de 2015.

DOI: 10.5935/1808-5687.20130014

O artigo tem como objetivo revisar as relações entre esquemas iniciais desadaptativos (EIDS) e transtorno por uso de álcool (TUA). Esse transtorno é um grave problema de saúde pública e um dos transtornos mentais mais prevalentes na sociedade (Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2011). O consumo abusivo de álcool é responsável por 2,5 milhões de mortes por ano e ocupa o terceiro lugar na maior causa de morte evitável do mundo (World Health Organization [WHO], 2013). O TUA pode atingir taxas de prevalência de até 16% em populações de determinadas regiões do mundo, e, no Brasil, as taxas observadas chegam a 8,2% entre os homens e 3,2% entre as mulheres (WHO, 2013). Segundo a definição proposta pelo DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), o transtorno por uso de álcool compreende um agrupamento de sintomas comportamentais e fisiológicos, que inclui sintomas de abstinência e fissura (p. ex., alterações de sono, apetite, bradicardia).

Por ser considerado um transtorno de etiologia múltipla com fatores biopsicossociais envolvidos, o TUA é considerado um transtorno de difícil tratamento. Do ponto de vista biológico, aspectos como idade, sexo e herança genética devem ser considerados, assim como fatores psicológicos, como estratégias de enfrentamento, capacidade de resolução de problemas e de regulação emocional, habilidades sociais e funcionamento cognitivo. Por fim, fatores sociais também devem ser considerados, incluindo questões relacionadas à cultura e à condição socioeconômica. As interações entre esses fatores aumentam ou diminuem os riscos de desenvolvimento do transtorno, bem como influenciam em seu curso e prognóstico (Gilpin & Koob, 2008; Manguiera, Guimarães, Manguiera, Fernandes, & Lopes, 2014; Nees et al., 2012; Volkow & Baler, 2014).

O alto índice de prejuízos psicossociais corrobora para os altos índices de violência, exposição a situações de risco, desemprego e mortalidade identificados entre os usuários, além de redução na sua qualidade de vida e de seus familiares (Aliane, Lourenço, & Ronzani, 2006). Em relação ao surgimento de problemas e/ou sintomas iniciais devido ao uso abusivo de álcool, a primeira busca por tratamento leva-se em média cinco anos. Após três anos de tratamento, apenas 20 a 30% dos pacientes se mantêm abstinente (Diehl et al., 2011). Aliado a isso, não é incomum comorbidades do TUA com outras psicopatologias, como transtornos do humor, de ansiedade e da personalidade (APA, 2014; Grant & Hartford, 1995; Hasin, Stinson, Ogburn, & Grant, 2007). A presença de comorbidades representa um agravamento do prognóstico do quadro clínico, bem como uma exacerbação da sintomatologia subjacente ao processo de abstinência durante os tratamentos de desintoxicação (Chen et al., 2011; Jerrell, Wilson, & Hiller, 2000; Lipsky et al., 2010).

Diversos modelos teóricos de tratamento para usuários de álcool e outras drogas foram desenvolvidos ao longo dos anos, embora ainda sejam poucos os que demonstrem eficácia na manutenção da abstinência por períodos prolongados

(Beck et al. (1993)). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) representa um desses modelos e tem sido vastamente estudada no campo da dependência química (Silva & Serra, 2004). A TCC entende o modelo cognitivo do transtorno por uso de álcool como um processo baseado na suposição de que determinadas experiências iniciais de vida do indivíduo são cruciais para o desenvolvimento de esquemas e crenças nucleares e condicionais (Beck et al., 1993). Assim, ao se expor e experimentar os efeitos do álcool, o sujeito pode criar crenças relacionadas ao uso e, como consequência, tornar-se permissivo em relação à sua continuação.

A continuidade do consumo e o pareamento com estímulos internos e externos, por sua vez, irão ativar as crenças permissivas relacionadas ao ato de beber (p. ex., “Sou mais sociável quando bebo.”) e determinados pensamentos automáticos (p.ex., “Só mais um pouco e paro.”). A consequência desse processamento cognitivo é o desencadeamento de um ciclo de manutenção do uso de substância, no qual o indivíduo “autoriza seu uso” por meio das crenças facilitadoras e dos sintomas de abstinência (*craving*). O aparecimento de tais sintomas motiva o indivíduo a experimentar novamente a substância. A repetição desse ciclo, então, permanece como forma de obter alívio dos sintomas de abstinência e não mais para sentir apenas os efeitos do álcool (Rangé & Marlatt, 2008).

Considerando que os efeitos negativos do uso excessivo, como ansiedade e tristeza, que poderiam reduzir o comportamento de beber, ocorrem somente após um longo período de uso repetido, isso torna pouco impactante comparado à quantidade de situações de reforço pelos efeitos positivos que o antecederam (Marlatt & Donovan, 2009). Além disso, para a efetividade dos processos de mudança e abstinências dos usuários, o modelo motivacional proposto por Miller e Rollnick (2001) sugere que a mudança somente acontece quando as consequências subjacentes ao uso são percebidas como superiores aos benefícios encontrados a partir dos efeitos obtidos com o álcool e quando o processo de mudança começa a trazer vantagens para o indivíduo.

Apesar de representar um modelo consolidado em relação ao entendimento de portadores dos transtornos por uso de substância, a TCC clássica ainda possui alta taxa de reincidência. Por essa razão, a TCC vem sendo expandida e novas abordagens têm sido propostas, principalmente para manejo de pacientes difíceis, como aqueles com transtorno da personalidade e transtornos por uso de substância (Beck, Freeman, & Davis, 2005; Young, Klosko, & Weishaar, 2008).

Uma das abordagens que vem sendo foco de estudos para esse tipo de paciente é a terapia do esquema (TE), ampliando a compreensão dos transtornos relacionados ao uso de substância e de diversas outras psicopatologias para além de um processamento cognitivo permissivo e com maior enfoque nos fatores associados à recaída (Young et al., 2008). A TE insere-se no tratamento da dependência química como um adendo das principais abordagens já consolidadas no tratamento

dos transtornos relacionados ao uso de substância, como a entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2001), a prevenção de recaída (Marlatt & Gordon, 1993) e a TCC (Beck, 1976).

A TE busca mapear os EIDs, e os compreendem como um conjunto de padrões cognitivos e emocionais disfuncionais que se tornam facilitadores do ciclo de recaída (Young et al., 2008). Considerando a complexidade do transtorno, a TE sugere que abordar os EIDs pode contribuir para tratamento e manutenção da abstinência dos usuários, uma vez que vai além da terapia cognitiva clássica no que tange a compreensão dos padrões emocionais. Essa abordagem possibilita repensar um modelo que contempla os esquemas do usuário desenvolvidos ao longo de sua vida, permitindo ao terapeuta trabalhar estratégias de intervenção focadas nos esquemas que influenciam a manutenção do transtorno pelo uso de substância (Beck et al., 1993).

## TERAPIA DO ESQUEMA

A TE é uma proposta de tratamento que sofreu influências de diversas escolas da psicologia (terapia cognitivo-comportamental, teoria do apego, *Gestalt*, psicanálise, teoria sobre as relações objetivas e teoria construtivista) unificadas em um único modelo de tratamento (Young et al., 2008). Foi desenvolvida especialmente para pacientes de difícil manejo e que eram diagnosticados com transtorno da personalidade que, até então, não apresentavam mudanças significativas com os protocolos tradicionais da terapia cognitiva clássica (Ball, 1998; Beck et al., 2005; Young et al., 2008). Para Young e colaboradores (2008), os pacientes com transtornos mais severos têm mais dificuldade para cumprir propostas fundamentais da TCC para seu bom andamento, como capacidade de identificação de problemas, motivação para a realização de tarefas de casa, autocontrole e empirismo colaborativo (Cazassa & Oliveira, 2008).

Diferente das demais TCCs, a TE possui como um de seus principais enfoques a investigação das origens dos distúrbios psicológicos a partir de experiências de vida do sujeito durante períodos precoces do seu desenvolvimento, como a infância e a adolescência. O terapeuta aborda a origem dos esquemas e os estilos de enfrentamento que o paciente desenvolveu para lidar com as situações adversas de sua vida. O foco é direcionado para os relacionamentos interpessoais, buscando desenvolver estratégias cognitivas, afetivas e comportamentais mais adaptativas. Como consequência, o tratamento visa diminuir a valência de ativação dos EIDs, ampliando o foco atencional e modulando as respostas emocionais (Young et al., 2008). Além disso, ao longo do processo terapêutico, utiliza-se de técnicas emotivas e relação terapêutica como instrumentos de trabalho, assumindo papel essencial para proporcionar mudanças afetivas e comportamentais (Ball, 1998; Kellog & Young, 2006). O terapeuta passa a ter envolvimento mais próximo ao paciente, apresentando-se como um modelo ou, em determinadas

situações, um substituto limitado das figuras parentais que falharam em prover as necessidades emocionais básicas do sujeito durante sua infância (Sempértegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013). Dessa forma, a TE propôs 18 EIDs associados a falhas no atendimento de necessidades emocionais durante períodos sensíveis do desenvolvimento (Young et al., 2008).

## ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS

Os EIDs são padrões emocionais e cognitivos desadaptativos desenvolvidos ao longo da vida do sujeito, formando uma estrutura estável e duradoura. Uma vez desenvolvidos, mediarão a interação com o ambiente e com as relações interpessoais.

O surgimento dos esquemas ocorre a partir de experiências negativas repetidas de forma sistemática durante a infância e a adolescência, sendo consideradas verdades *a priori*, capazes de influenciar a forma como o sujeito interpreta suas experiências e interações (Cazassa & Oliveira, 2008; Young et al., 2008). Embora os EIDs sejam formados a partir de vivências negativas ao longo de fases iniciais do desenvolvimento, considera-se o envolvimento de fatores genéticos, biológicos e ambientais para sua formação (Sempértegui et al., 2013), e podem levar o indivíduo ao sofrimento psicológico, a relacionamentos autodestrutivos e ao desenvolvimento de transtornos do humor, de ansiedade e por uso de substâncias (Susin, Carvalho, & Kristensen, 2014; Young et al., 2008).

Do ponto de vista desenvolvimental, os esquemas resultam de necessidades emocionais não satisfeitas que incluem: (1) vínculos seguros com outros indivíduos; (2) autonomia, competência e sentido de identidade; (3) liberdade de expressão, necessidades e emoções validadas; (4) espontaneidade e lazer; e (5) limites realistas e autocontrole. Segundo Young e colaboradores (2008), a não satisfação de uma ou mais dessas necessidades é responsável pela formação de um ou mais EIDs.

A ativação dos EIDs leva o sujeito a interpretar a realidade com foco atencional baseado na leitura dos esquemas, portanto, suas ações, pensamentos e sentimentos passarão a sofrer alguma interferência de seus EIDs. Uma vez que o esquema é ativado, é possível identificar três maneiras diferentes de reação: lutar, fugir ou congelar. Tais reações são abordadas na TE como estratégias de enfrentamento do indivíduo frente à ativação esquemática, sendo representadas pela hipercompensação (lutar), evitação (fugir) e resignação (congelar).

As estratégias de enfrentamento são evocadas sempre que houver frustração ou não atendimento de uma ou várias necessidades emocionais fundamentais. Assim, na resignação, o sujeito não reage frente ao esquema, aceitando-o como uma sentença, pois é entendido como algo verdadeiro sobre si mesmo. Na evitação, o sujeito evita vivenciar situações que ativem seus esquemas, como se eles não existissem, podendo inclusive buscar formas de anestesiá-lo, como fazer

uso de substâncias ou comer compulsivamente. Por fim, na hipercompensação, ocorre uma luta contra o esquema, agindo de forma oposta a ele em termos emocionais, cognitivos e comportamentais (Young et al., 2008).

Reconhece-se que as estratégias de enfrentamento podem se manifestar em diversos comportamentos e variar entre os indivíduos em função dos fatores biopsicossociais (Young et al., 2008). Em relação ao uso de álcool, quando existe descontrole sobre seu uso, aumentam as probabilidades de se tornar um reforçador de algum esquema preexistente (Ball, 1998).

## **TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL E OS ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS**

Na TE, Young e colaboradores (2008) postulam que os EIDs e os estilos de enfrentamento disfuncionais poderiam ser a base dos transtornos relacionados ao uso de substâncias à luz de sua perspectiva psicológica, vindo ao encontro da hipótese de Ball e Cecero (2001), que os considera fatores importantes a serem avaliados no tratamento dos usuários. Ainda nessa perspectiva, diversos outros autores sugerem que o tratamento para o uso de substâncias pode ser potencializado quando são abordados os EIDs e os traços da personalidade (Alterman & Cacciola, 1991; Messina, Farabee, & Rawson, 2003; Shorey, Anderson, & Stuart, 2012).

Em estudos que se propuseram a avaliar os EIDs de pacientes com TUA e compará-los a pacientes sem tal diagnóstico, foram demonstrados maiores escores para todos os EIDs entre os pacientes do grupo clínico (Brotchie, Meyer, Copello, Kidney, & Waller, 2004; Decouvlaere, Graziani, Gackiere-Eraldi, Rusinek, & Hautekeete, 2002; Roper, Dickson, Tinwell, Booth, & McGuire, 2010; Silva, Gauer, & Oliveira, 2009). Embora pacientes com TUA apresentem maior pontuação nos EIDs, não parece haver, na literatura, consenso em relação à caracterização do perfil de EIDs para esses pacientes, uma vez que os achados indicam prevalência entre EIDs distintos.

Em três estudos identificou-se um perfil com escores superiores nos EIDs de (1) isolamento social, relacionado a um sentimento de inadequação ao mundo social, bem como uma percepção de que se é diferente das outras pessoas; (2) autossacrifício, que se trata de uma tentativa de suprir as necessidades dos outros à custa de sua própria gratificação e necessidade, e; (3) autocontrole insuficiente, que representa dificuldade em exercer seu próprio controle de emoções e impulsos e tolerar frustrações (Ball, Cobb-Richardson, Conolly, Bujosa, & O'Neill, 2005; Decouvlaere et al., 2002; Young et al., 2008).

Já o estudo de Brotchie e colaboradores (2004) encontrou como mais prevalentes os seguintes EIDs: (1) subjugação, no qual há excessiva submissão ao controle dos outros por sentir-se coagido; (2) inibição emocional, que inibe ações, sentimentos ou comunicações espontâneas com o intuito de evitar a reprovação das outras pessoas, e; (3) vulnerabilidade

a dano e doença, relacionado a medo acentuado de que uma catástrofe iminente aconteça a qualquer momento e que não será possível evitar. É necessário considerar as limitações desses estudos, como a presença de amostras não homogêneas e com tamanho reduzido, por exemplo.

Apesar das diferenças encontradas nos estudos em relação à caracterização dos EIDs em usuários de álcool, todos sustentam a hipótese de que determinados EIDs podem predispor o indivíduo a experimentar emoções negativas e desenvolver pouca capacidade para manejar tais emoções. Como consequência, a experimentação e o uso do álcool tornam-se estratégia de alívio temporário das emoções negativas (Brotchie et al., 2004). Além disso, o uso de álcool tem sido associado à percepção ilusória do aumento da autoconfiança e à maior facilidade para estabelecer relações sociais (Decouvlaere et al., 2002). Os EIDs acionam determinadas estratégias de enfrentamento que podem ser desenvolvidas para lidar com situações adversas do cotidiano, como experiências emocionais negativas, retraimento social e sentimentos de incapacidade. O uso e o TUA, por sua vez, podem representar uma estratégia mantenedora dos EIDs.

Dois estudos consideraram a variável sexo em suas análises (Shorey et al., 2012; Shorey, Stuart, & Anderson, 2013). Embora as mulheres tenham apresentado maiores escores que os homens nos EIDs, foram identificados os mesmos padrões de esquemas para ambos os sexos (Shorey et al., 2013).

Em relação a diferenças entre os sexos nos transtornos por uso de substância, alguns estudos concordam com a hipótese de que mulheres apresentam algumas diferenças que podem contribuir em piora de prognóstico, aumento de fissura e mais sintomas comórbidos ao quadro dos transtornos por uso de substância (Anglin, Hser, & McGlothlin, 1987; Evans, 2007; Maciel, Tractenberg, Viola, Araújo, & Grassi-Oliveira, 2014; Volkow et al., 2011), corroborando com os maiores escores apresentados no levantamento do questionário de esquemas (YSQ). Ainda nas diferenças entre gêneros no levantamento do YSQ, um estudo que avaliou seus resultados entre homens e mulheres em uma amostra não clínica apresentou resultados convergentes. Foram encontrados escores mais elevados na amostra feminina, com exceção do EID de inibição emocional, que se mostrou mais elevado entre os homens (Luz, Santos, Cazassa, & Oliveira, 2014). Tais resultados parecem reforçar a ideia previamente apontada por alguns estudos de que em mulheres as reincidências de uso estejam mais frequentemente associadas à vivência de emoções negativas, enquanto entre homens, em razão da menor ativação emocional, as recaídas frequentemente acontecem em situações ligadas a vivências de emoções positivas (Hesselbrock, 1996; Maciel et al., 2014; Waldrop et al., 2007).

Considerar os aspectos referentes às diferenças entre gêneros em amostras clínicas parece fundamental para uma maior compreensão no que tange à distinção entre EIDs em homens e mulheres com o diagnóstico de TUA. A avaliação

pode permitir uma repercussão positiva no tratamento do TUA, contribuindo para a elaboração mais precisa de um plano terapêutico. O estudo de Luz e colaboradores (2014), por exemplo, corrobora essa ideia, demonstrando em seus resultados que mulheres, quando comparadas aos homens, apresentam maiores escores no domínio do autocontrole e desempenho prejudicados, sugerindo a existência de diferenças cognitivas na percepção da capacidade de se individualizar e alcançar um bom desempenho independente de outras pessoas. Além disso, o estudo de Hesselbrock (1996) também sugere que em mulheres o consumo de álcool e os sintomas de *craving* se intensificam quando associados a sentimentos de isolamento, solidão, depressão e ansiedade.

Assim, ao que parece, há maior tendência entre os homens a tolerar a vivência de sentimentos negativos do que entre as mulheres, principalmente quando se refere a sensações de solidão e a falta de suporte afetivo. Uma das razões para tal diferenciação pode estar relacionada à maior frequência de EIDs de inibição emocional entre os homens, como apontado anteriormente a partir dos achados de Luz e colaboradores (2014).

Alguns estudos buscaram também desenvolver protocolos de intervenção baseados na TE para tratar os sintomas inter-relacionados de transtornos da personalidade e transtornos relacionados ao uso de substância. A terapia do esquema com duplo foco (TEDF) proposta por Ball em colaboração com Young (Ball, 1998; Ball & Cecero, 2001; Young et al., 2008) procurou unir a TE e os princípios da prevenção de recaída. A ideia central é que os indivíduos com transtornos por uso de substância e com transtorno de personalidade apresentam determinados EIDs que contribuem substancialmente para a progressão e o desenvolvimento de ambos os transtornos, sendo estes responsáveis também pela adoção de estratégias de enfrentamento que conduzem ao uso abusivo de álcool e outras substâncias.

Um estudo inicial utilizando a TEDF, com protocolo de 24 semanas, apresentou diminuição no consumo de substâncias e sintomas psiquiátricos, como humor (Ball & Cecero, 2001). No protocolo, estratégias para lidar com os sintomas e prevenção de recaída são desenvolvidas, além da construção de competências para resolução de conflitos, reação frente ao afeto negativo e aos impulsos para o uso de álcool. O protocolo se divide em avaliação e estratégias mapeadas para a mudança, visando alterar os comportamentos compensatórios de esquiva e/ou hipercompensação dos EIDs (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

De modo geral, a partir dos estudos revisados, observou-se ainda que o uso do álcool parece se encaixar como um estilo de enfrentamento comum a vários EIDs. Ainda assim, o uso da substância possivelmente se apresenta entre as diferentes estratégias de enfrentamento, como a de evitação, uma vez que os efeitos do álcool possivelmente conduzem o usuário a um entorpecimento e, por consequência, a uma desconexão com as emoções surgidas durante a ativação esquemática. O

álcool, quando utilizado como um enfrentamento, acaba por evitar a experiência dos sentimentos negativos subjacentes ao esquema, tornando-se um ciclo de reforço negativo. O tratamento, portanto, deve visar também o trabalho com a regulação emocional do paciente, pois existe uma função para o uso do álcool na vida do sujeito indivíduo que necessita ser reparada. Nesse sentido, a TE poderá contribuir buscando formas mais adaptativas e saudáveis de lidar e manejar as emoções do usuário de álcool.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TUA requer um olhar amplo e diferenciado por parte dos clínicos em relação ao seu tratamento, uma vez que se apresenta a partir de um quadro complexo, com múltipla etiologia, sendo reconhecido pelo elevado índice de recaídas. Nos transtornos por uso de substância, em específico no TUA, a TE contribui ao ampliar a avaliação para além dos sintomas, analisando o funcionamento de personalidade e dos esquemas dos usuários. Além disso, permite entender as possíveis motivações para o uso de álcool por meio das diferentes estratégias de enfrentamento para as situações adversas da vida e dos esquemas, que podem ser mais comumente identificados entre os usuários de álcool.

Nesse sentido, compreender a relação de esquemas com os comportamentos de uso de substâncias torna-se fundamental para explicar como as substâncias psicoativas se apresentam como “solução dos problemas” ou “alívio de emoções” entre os usuários e, em termos esquemáticos, como o uso passa a perpetuar seus esquemas. A compreensão de tal ciclo e da história de vida do indivíduo aumenta a adesão ao tratamento e leva a resultados mais efetivos, pois se trabalha com as dificuldades e as percepções particulares do sujeito.

Tendo em vista que o TUA possui em sua etiologia fatores biopsicossociais, não basta apenas entender como o transtorno se entende em termos de modelo cognitivo. Com o intuito de alcançar resultados mais eficazes e duradouros ao longo dos tratamentos, é necessário compreender o contexto do usuário, as diferenças biológicas que podem estar associadas a esse contexto (diferenças entre homem e mulher) e suas percepções e esquemas acerca de seu uso.

Atualmente a TEDF é reconhecida como o único protocolo de tratamento documentado que contempla os pressupostos da TE (Ball, 1998). Entretanto, tal abordagem apenas limita-se a considerar que no transtorno por uso de álcool os EIDs devem ser contemplados como parte central e imprescindível do tratamento, integrando os aspectos relacionados à conceitualização cognitiva e ao curso do tratamento com os EIDs dos usuários, não representando, assim, um novo modelo propriamente dito para o entendimento dos transtornos aditivos.

Por fim, embora não se trate de uma revisão sistemática e não procure responder metodologicamente a uma pergunta

de pesquisa, essa revisão possui algumas limitações, principalmente no que se refere à carência de evidências científicas capazes de confirmar os possíveis EIDs específicos relacionados ao transtorno de uso de álcool. Além disso, essa revisão pode apresentar uma tendência em sua revisão bibliográfica, uma vez que se fundamenta nas principais obras e estudos científicos publicados sobre a TE e dependência química.

Apesar disso, as buscas foram realizadas em bases de dados nacionais e internacionais, garantindo maior abrangência dos estudos revisados, mesmo que não contemple sua totalidade. A TE, embora difundida na prática clínica, ainda se encontra em desenvolvimento no campo da pesquisa científica, sendo comumente referida em estudos para tratamento de pacientes com transtorno da personalidade, especialmente o transtorno da personalidade *borderline*. Nesse sentido, estudos de revisão narrativa como este possibilitam discussões para pesquisas que visam desenvolver e complementar modelos de intervenções terapêuticas para os transtornos por uso de substâncias.

## REFERÊNCIAS

- Alterman, A. I., & Cacciola, J. S. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(7), 401-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199107000-00003>
- Anglin, M. D., Hser, Y. I., & McGlothlin, W. H. (1987). Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13(1-2), 59-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/00952998709001500>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Aliane, P. P., Lourenço, L. M., & Ronzani, T. M. (2006). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 83-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000100010>
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883-91. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00067-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00067-7)
- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits schemas and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.15.1.72.18642>
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Conolly, A. J., Bujosa, C. T., & O'Neill, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: Symptom severity and psycho-therapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 371-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.11.003>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guildford.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43(Pt3), 337-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/0144665031752916>
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2008). Terapia focada em esquemas: Conceituação e pesquisas. *Revista Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-195.
- Chen, K. W., Banducci, A. N., Guller, L., Macatee, R. J., Lavelle, A., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2011). An examination of psychiatric comorbidities as a function of gender and substance type within an inpatient substance use treatment program. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3), 92-9.
- Decouvelaere, F., Graziani, P., Gackiere-Eraldi, D., Rusinek, S., & Hautekeete, M. (2002). Hypothesis of existence and development of early maladaptive schemas in alcohol-dependent patients. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 12, 43-48.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed.
- Evans, S. M. (2007). The role of estradiol and progesterone in modulating the subjective effects of stimulants in humans. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 15(5), 418-26.
- Gilpin, N. W., & Koob, G. F. (2008). Neurobiology of alcohol dependence: Focus on motivational mechanisms. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 31(3), 185-95.
- Grant, B. F., & Harford, T. C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: Results of a national survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(3), 197-206.
- Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.7.830>
- Hesselbrock, V. (1996). Female alcoholism: New perspectives-findings from the COGA study: Collaborative study on the genetics of alcoholism. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 20(8 Suppl), 168A-171A. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.1996.tb01769.x>
- Jerrell, J. M., Wilson, J. L., & Hiller, D. C. (2000). Issues and outcomes in integrated treatment programs for dual disorders. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27(3), 303-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02291741>
- Kellog, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20240>
- Lipsky, S., Krupski, A., Roy-Byrne, P., Lucenko, B., Mancuso, D., & Huber, A. (2010). Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 231-44.
- Luz, F. Q., Santos, P. L., Cazassa, M. J., & Oliveira, M. S. (2014). Diferenças nos esquemas iniciais desadaptativos de homens e mulheres. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(2), 85-92.

- Maciel, L. Z., Tractenberg, S. G., Viola, T. W., Araújo, R. B., Grassi-Oliveira, R. (2014). Craving e dependência de crack: Diferenças entre os gêneros. *Revista Psicologia & Argumento (PUCPR)*. Online.
- Mangueira, S. O., Guimarães, F. J., Mangueira, J. O., Fernandes, A. F. C., & Lopes, M. V. O. (2014). Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: Revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 157-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p157>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Orgs.). (2009). *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Orgs.). (1993). *Prevenção de recaída: Estratégias no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Messina, N., Farabee, D., & Rawson, R. (2003). Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 320-9.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Nees, F., Tzschoppe, J., Patrick, C. J., Vollstadt-Klein, S., Steiner, S., Poustka, L., ... Flor, H. (2012). Determinants of early alcohol use in healthy adolescents: The differential contribution of neuroimaging and psychological factors. *Neuropsychopharmacology*, 37(4), 986-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/npp.2011.282>
- Rangé, B. P., Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 88-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006>
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207-15. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-009-9252-z>
- Sempértégui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426-447. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Silva, C. J., & Serra, A. M. (2004). Terapias cognitivas e cognitivo-comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(suppl.1), 33-39. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500009>
- Silva, J., Gauer, G., & Oliveira, M. (2009). Esquemas iniciais desadaptativos em alcoolistas: Um estudo de comparação. *Revista da Graduação*, 2(2), 1-12. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/6060/4361>
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2012). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substances Use Misuse*, 47(1), 108-116. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2011.629706>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Differences in early maladaptive schemas in a samples of alcohol and opioid dependent women: Do schemas vary across disorders? *Addiction Research & Theory*, 21(2), 132-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/16066359.2012.703266>
- Susin, N., Carvalho, C. S., & Kristensen, C. H. (2014). Esquemas desadaptativos e sua relação com o transtorno de estresse pós-traumático: Uma revisão sistemática. *Estudos em Psicologia*, 31(1), 85-95.
- Volkow, N. D., Tomasi, D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Telang, F., Goldstein, R. Z., ... Wong, C. (2011). Reduced metabolism in brain "control networks" following cocaine-cues exposure in female cocaine abusers. *Plos One*, 6(2), e16573. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016573>
- Volkow, N. D., & Baler, R. D. (2014). Addiction science: Uncovering neurobiological complexity. *Neuropharmacology*, 76, 235-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.05.007>
- Waldrop, A. E., Back, S. E., Brady, K. T., Upadhyaya, H. P., McRae, A. L., & Saladin, M. E. (2007). Daily stressor sensitivity, abuse effects, and cocaine use in cocaine dependence. *Addictive Behaviors*, 32(12), 3015-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.07.006>
- World Health Organization (WHO). (2013). *Management of substance abuse*. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/alcohol/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/index.html)
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Zanelatto, N. A., & Laranjeira, R. (2013). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: Um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed.

## LEITURA SUGERIDA

- Barlow, D. H. (2009). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.