

PERSPETIVA/PERSPECTIVE

A Terapia Cognitivo Comportamental no Tratamento da Perturbação do Uso de Canábis Cognitive Behavioral Therapy in Cannabis Use Disorder

©RODRIGO SARAIVA*^{1,2}, ©RICARDO COENTRE^{1,2}

¹ Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Lisboa, Portugal

² Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica, Lisboa, Portugal

Keywords: Cannabis; Cognitive Behavioral Therapy; Marijuana Abuse; Substance Withdrawal Syndrome/therapy

Palavras-chave: Abuso de Marijuana; Canábis; Síndrome de Abstinência a Substâncias/tratamento; Terapia Cognitivo-Comportamental

Os derivados das plantas de *cannabis* são as substâncias psicoativas ilícitas (na maioria dos países) mais consumidas por motivos recreativos em todo o Mundo, estimando-se que pelo menos 4% da população mundial tenha consumido canábis durante o ano de 2019.¹ Também em Portugal a canábis é a substância ilícita com a maior prevalência de consumo ao longo da vida.² É uma substância que tem motivado ao longo dos anos interesse médico e científico, e também despertado grande debate a nível social, económico e político, sendo inclusivamente matéria de enquadramentos legais divergentes em diferentes períodos da história e em diversos países.

As manifestações clínicas e as consequências do consumo de canábis são muito variáveis, dependendo do padrão, duração e gravidade do consumo, do tipo de drogas canabinóides consumidas (marijuana, haxixe, canabinóides sintéticos), da concentração de tetra-hidrocanabinol (THC) e das características de cada indivíduo.³

É comum desvalorizar-se o potencial de dependência de canábis, considerando-se que o consumo não está associado a tolerância, *craving* ou síndrome de abstinência, principalmente quando comparado com outras substâncias. Na verdade, verifica-se o desenvolvimento de tolerância para a maioria dos efeitos da canábis com o aumento progressivo da intensidade do consumo, e verifica-se também o desenvolvimento de sintomas de abstinência (ansiedade, insónia, anorexia, irritabilidade), principalmente em consumidores crónicos.⁴

A dependência de canábis pode ser considerada um comportamento aprendido que se desenvolve em resposta a elementos externos (p.e. ambientais e relacionais) e internos (p.e. estados afetivos e pensamentos). Do ponto de vista de uma conceptualização cognitivo comportamental pode-se considerar que o consumo de canábis evoluiu, como um comportamento favorecido ou condicionado positivamente pela associação estabelecida com *outcomes* previsíveis já várias vezes repetidos. Por exemplo, se um indivíduo quando está ansioso consome canábis e fica a sentir-se mais relaxado, o consumo de canábis passa a ser favorecido como estratégia selecionada para lidar com a ansiedade.⁵⁻⁷

No tratamento da perturbação do uso de canábis (PUC) não existem fármacos com evidência científica que sustente a sua eficácia e utilização, assim como não há fármacos aprovados para esse fim pela *US Food and Drug Administration* ou pela *European Medicines Agency*, sendo preferível recorrer a abordagens psicossociais.⁸ Ainda assim, alguns fármacos são utilizados *off label* (antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos).⁸ Para além disso, algumas opções terapêuticas farmacológicas estão a ser investigadas para o tratamento de PUC, nomeadamente agonistas canabinóides (nabilona, dronabinol, nabiximol) e inibidores da amida de ácidos gordos, entre outros.⁸

Diferentes intervenções psicológicas têm sido estudadas e demonstraram eficácia no tratamento da PUC.⁵ As intervenções que têm sido mais estudadas e demonstraram eficácia, como será descrito, são a terapia cognitivo comportamental (TCC), a

Recebido/Received: 2022-01-02

Aceite/Accepted: 2022-05-20

Publicado Online/Published Online: 2022-05-27

Publicado/Published: 2022-06-06

* Autor Correspondente/Corresponding Author: Rodrigo Saraiva | e-mail: saraiva.rodriigo@campus.ul.pt | Av. Prof. Egas Moniz MB, 1649 -028 Lisboa

© Author(s) (or their employer(s)) and SPPSM Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPPSM 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.

Nenhuma reutilização comercial.

motivational enhancement therapy (MET) e a terapia de gestão das contingências (*contingency management therapy* - CMT).⁵ A TCC é uma intervenção estruturada, dirigida e com um número limitado e programado de sessões, que incide na identificação e gestão de pensamentos disfuncionais automáticos acerca da canábis, assim como de *triggers* externos do seu consumo. Posteriormente pretende-se capacitar o doente com *skills* de *coping* e promover a substituição do consumo de canábis por alternativas saudáveis, ou seja, pretende-se desfavorecer o consumo de canábis como estratégia para lidar com determinados fatores externos e internos.^{5,6} Assim, o doente desenvolve capacidades para identificar e lidar com estados emocionais ou afetivos internos e situações externas que estão associados aos consumos. A maioria das intervenções de TCC no tratamento da PUC baseiam-se no modelo de tratamento de prevenção de recaída de Marlatt e Gordon,⁷ que promove a conceptualização de que a adição ou dependência é um comportamento aprendido, e que a recaída é um fracasso das capacidades de *coping* cognitivo e comportamental, e não uma incapacidade de controlar o consumo fisiologicamente ou bioquimicamente determinada.⁵⁻⁷

A MET é uma forma de terapia baseada na entrevista motivacional e com a sua aplicação pretende-se aumentar a motivação para diminuir e eventualmente suspender o consumo de canábis. Realizaram-se estudos com diferentes intervenções baseadas na entrevista motivacional, demonstrando-se utilidade clínica das mesmas na TCC.^{5,9}

A CMT é habitualmente usada como adjuvante da TCC no tratamento da perturbação do uso de substâncias. Consiste numa forma de condicionamento operante com reforço positivo, em que se o doente cumprir os objetivos (no caso das substâncias, a abstinência por exemplo) recebe uma recompensa.^{6,9} No caso dos estudos no tratamento da PUC essa recompensa é quase sempre um *voucher* de compras.^{5,9} Como será descrito as intervenções baseadas em CMT têm potencial no tratamento da PUC, principalmente como adjuvantes de outras intervenções.^{5,9}

O primeiro ensaio clínico controlado a avaliar a eficácia da TCC na PUC foi publicado em 1994, neste caso utilizando o modelo de prevenção de recaída, em que o objetivo é a identificação e prevenção atempada de situações e contextos que estão associados ao consumo de determinada substância.^{5,7} Desde aí foram publicados vários ensaios a avaliar a eficácia da TCC isoladamente ou em combinação com MET e/ou CMT, em adultos e adolescentes com PUC.⁵

A TCC demonstra eficácia na redução da frequência e intensidade do consumo de canábis e na melhoria generalizada da

PUC, pelo menos a curto prazo (até 6 meses). A eficácia é maior quando a TCC é combinada com outras intervenções psicológicas, nomeadamente com a MET e com a CMT uma vez que estas se complementam: a MET é eficaz no aumento da adesão e compromisso com o tratamento e a CMT contribui para a manutenção da abstinência durante o tratamento. Ainda assim, os benefícios da TCC parecem ser reduzidos a longo prazo (mais de 9 meses), sendo a taxa de abstinência mantida muito reduzida, mesmo que comparável a que é obtida com intervenções semelhantes com outras substâncias.^{5,9} Apesar de ser possível afirmar que a TCC (em combinação com outras intervenções) é até certo ponto eficaz no tratamento da PUC, (e certamente com maior evidência de eficácia que o tratamento farmacológico), os estudos que avaliam a eficácia da TCC e outras intervenções psicossociais na PUC são muito heterogêneos, e os seus resultados devem ser generalizados com elevada precaução. Nos ensaios clínicos verifica-se disparidade da metodologia de TCC utilizada e heterogeneidade nas populações estudadas e mesmo nos *outcomes* avaliados.¹⁰ Relativamente à atenuação do consumo de canábis (redução da quantidade e frequência, sem abstinência), um *outcome* frequente, geralmente é apurado através de *self-report*.^{5,10} O *self-report* do consumo de canábis e da alteração de padrão de consumo apresenta várias limitações.¹⁰ Finalmente, existe ainda o desafio da inexistência de uma medida estandardizada do consumo de canábis (sendo muito impreciso falar, p.e., em “número de charros” quando o consumo frequentemente é feito em grupo, e quando há uma grande variabilidade de concentração de THC entre as várias plantas de *cannabis* e derivados).¹⁰

A canábis e os seus derivados são um grupo de substâncias psicoativas cujo uso é alvo de uma grande permissividade por parte da sociedade, o que contribui para uma elevada prevalência do seu consumo, menor crítica para a necessidade de tratamento da PUC e menor adesão ao tratamento. Uma vez que não há fármacos eficazes na abordagem da PUC, as intervenções psicológicas, nomeadamente a TCC e abordagens relacionadas, assumem maior importância. Existe ainda muito espaço para avanços no tratamento da PUC, o que constitui um desafio para o qual devem ser realizados estudos com períodos de *follow-up* longos, que continuem a permitir delinear uma estratégia para a abordagem terapêutica da PUC. A evidência atualmente disponível indica que o tratamento da PUC deverá integrar a TCC e estratégias relacionadas. No futuro será muito importante esclarecer qual o número e periodicidade de sessões necessário para redução do consumo de canábis.

Declaração de Contribuição

RS: Revisão bibliográfica e redação do manuscrito

RC: Supervisão e revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

Contributorship Statement

RS: Bibliographic review and writing of the manuscript.

RC: Supervision and critical review of the manuscript content.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio o bolsa ou bolsa.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Consent for Publication: Not applicable.

Referências

1. United Nations publication. World Drug Report 2021No. E.21.XI.8- [Acedido a 18 de Novembro de 2021] Disponível em: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf
2. SICAD. Caracterização e Evolução da Situação - Tendências por Drogas: Cannabis. . [Acedido a 18 de Novembro de 2021] Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2020/Tendências_por_Drogas_Cannabis.pdf
3. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ, et al. Acute and long-term effects of cannabis use: a review. *Curr Pharm Des.* 2014;20:4112-8. doi: 10.2174/13816128113199990620.
4. Zehra A, Burns J, Liu CK, Manza P, Wiers CE, Volkow ND, et al. Cannabis addiction and the brain: a review. *J Neuroimmune Pharmacol.* 2018;13:438-452. doi:10.1007/s11481-018-9782-9
5. Gates PJ, Sabioni P, Copeland J, Le Foll B, Gowing L. Psychosocial interventions for cannabis use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016:CD005336. doi:10.1002/14651858.CD005336.pub4
6. Carroll KM, Onken LS. Behavioral therapies for drug abuse. *Am J Psychiatry.* 2005;162:1452-60. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1452
7. Witkiewitz K, Marlatt GA. Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *Am Psychol.* 2004;59:224-35. doi:10.1037/0003-066X.59.4.224
8. Kondo KK, Morasco BJ, Nugent SM, Ayers CK, O'Neil ME, Freeman M, et al. Pharmacotherapy for the Treatment of Cannabis Use Disorder: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2020;172:398-412. doi:10.7326/M19-1105
9. Carroll KM, Easton CJ, Nich C, Hunkele KA, Neavins TM, Sinha R, et al. The use of contingency management and motivational/skills-building therapy to treat young adults with marijuana dependence. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74:955-66. doi:10.1037/0022-006X.74.5.955
10. Lee DC, Schlienz NJ, Peters EN, Dworkin RH, Turk DC, Strain EC, et al. Systematic review of outcome domains and measures used in psychosocial and pharmacological treatment trials for cannabis use disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2019;194:500-17. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.10.020