



RESUMO DE AULA · AULA LIVRE

Transdiagnóstico e transtorno por uso de substâncias

Por que o transtorno por uso de substâncias é lido como transtorno do cérebro, o que a neuroadaptação muda no prognóstico, e por que o vínculo não julgador é condição técnica — não gentileza.

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

**Comunidade Lógica
Psicológica**

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

Clique aqui e saiba mais



O ESSENCIAL

- Ψ **É transtorno crônico, progressivo — e tratável.** As três coisas ao mesmo tempo. Tratar como falha moral erra o alvo; tratar como sentença erra a esperança.
- Ψ **A neuroadaptação desloca a linha de base do prazer.** O cérebro passa a exigir mais para atingir a homeostase, e prazeres naturais perdem valor relativo diante das pistas da substância.
- Ψ **O gatilho quase nunca é a substância.** É o contexto emparelhado a ela — lugares, pessoas, horários, rotinas. Por isso, às vezes, é preciso mudar o ambiente e não só o comportamento.
- Ψ **Fissura é episódio, não estado.** Ela sobe, atinge um pico e cede. O manejo existe para atravessar esse intervalo, não para eliminá-la.
- Ψ **O mundo já confronta o paciente.** A sessão precisa ser o lugar onde ele consegue ser honesto sobre recaída — vínculo não julgador é requisito técnico do tratamento.

Por que o psicólogo precisa entender o cérebro aqui

A aula partiu de um enquadramento que organiza tudo o que vem depois: o transtorno por uso de substâncias é considerado um **transtorno do cérebro**, em razão das neuroadaptações produzidas pelo consumo — e é ao mesmo tempo **crônico, progressivo e tratável**.

Não é detalhe teórico. Sem entender os mecanismos cerebrais, o clínico tende a ler recaída como falta de vontade e fissura como desculpa — e a conduzir o caso a partir dessa leitura.

A dimensão do problema

Foram apresentados dados de vigilância internacional: cerca de **296 milhões de pessoas** entre 15 e 64 anos usaram drogas psicoativas em 2021, com aproximadamente **0,6 milhão de mortes anuais** atribuíveis ao uso. Foram citadas ainda a crise de opioides nos Estados Unidos e a prevalência de cannabis e cocaína na América Latina e no Caribe.

Uma correção de fonte

Esses números foram atribuídos em aula à OMS e à OPAS. A fonte primária dessas estimativas é o **Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC**, escritório das Nações Unidas que consolida os dados de prevalência e mortalidade. A informação está correta; a atribuição precisava ser ajustada, porque é ela que o leitor vai procurar.

Comorbidades

Quadros frequentemente associados: ansiedade, TDAH, transtorno da personalidade *borderline*, bipolaridade e depressão — muitas vezes ligados a tentativas de **automedicação** ou de evitação emocional. É a leitura funcional entrando cedo: a substância cumpre função, e identificar qual muda o plano.

O vocabulário que organiza o manejo

- Ψ **Abstinência** — o conjunto de sintomas decorrentes da interrupção do uso.
- Ψ **Tolerância** — necessidade de quantidades maiores para obter o mesmo efeito.
- Ψ **Fissura** (*craving*) — desejo urgente e intenso de usar.
- Ψ **Intoxicação** — presença da substância no organismo, com os efeitos correspondentes.
- Ψ **Reforço negativo** — o uso mantido pelo **alívio** de estados emocionais negativos, e não pela busca de prazer.

O último conceito é o que mais muda a conduta. Quando o uso passa a ser mantido por alívio, ele deixa de responder a argumentos sobre prazer, custo ou consequência — e passa a funcionar como qualquer outra esQUIVA.

Paciente intoxicado

Conduta objetiva

Em estado de intoxicação, **o atendimento não deve prosseguir**. A recomendação é encaminhar para desintoxicação. Não é rigidez de enquadre: com a substância ativa, não há condições de aprendizagem, o conteúdo da sessão não se retém, e o risco de conduzir mal aumenta.

Diferenciar uso recreativo de dependência

Foi uma das dúvidas mais frequentes do grupo — consumo diário de cannabis ou de álcool é dependência? A orientação foi investigar quatro coisas: **frequência, prejuízos funcionais, pensamentos associados** ao uso e **tentativas malsucedidas de interrupção**.

Repare que apenas a primeira é sobre quantidade. As outras três são sobre função e controle — e são elas que decidem.

O que investigar antes de concluir

Frequência

quanto e quando

Prejuízo funcional

o que deixou de funcionar

Pensamentos

quanto espaço o uso ocupa

Tentativas

já tentou parar e não conseguiu?

Só a primeira é sobre quantidade. As outras três são sobre função e controle — e são elas que decidem.

Consumo diário sem prejuízo, sem preocupação e com interrupção possível é quadro diferente de uso menos frequente que a pessoa não consegue interromper.

Classificação por ação no sistema nervoso central

Ψ **Depressoras** — álcool, benzodiazepínicos, opioides.

Ψ **Estimulantes** — cocaína, nicotina, cafeína em altas doses.

Ψ **Perturbadoras** — cannabis e alucinógenos.

Sobre a cannabis, a observação da aula: apresenta **menor potencial de dependência** que outras substâncias e ainda assim **gera prejuízos funcionais** — as duas coisas convivem, e a primeira não anula a segunda.

Foi discutida também a normalização cultural do álcool, consumido com naturalidade desde a infância em muitas regiões — o que torna especialmente difícil, para o paciente e para a família, reconhecer o problema quando ele se instala.

Recompensa, neuroadaptação e saliência

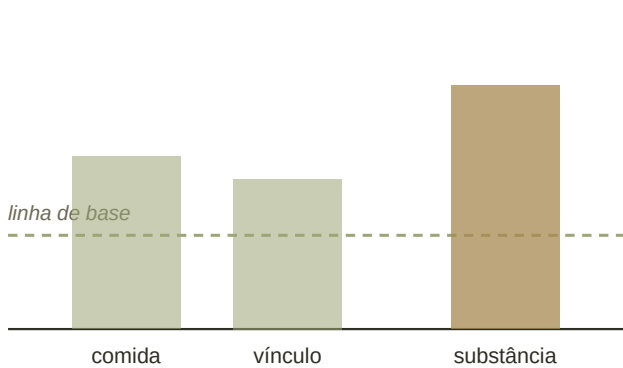
O sistema de recompensa

O mecanismo central é a liberação de **dopamina no núcleo accumbens**. Com o uso repetido, instala-se a **neuroadaptação**: mudanças estruturais e funcionais em que o cérebro passa a exigir concentrações maiores para atingir a homeostase — **deslocando a linha de base de prazer** da pessoa.

É a explicação neurobiológica de algo que aparece no consultório como anedonia: não é que nada mais dê prazer; é que o parâmetro mudou.

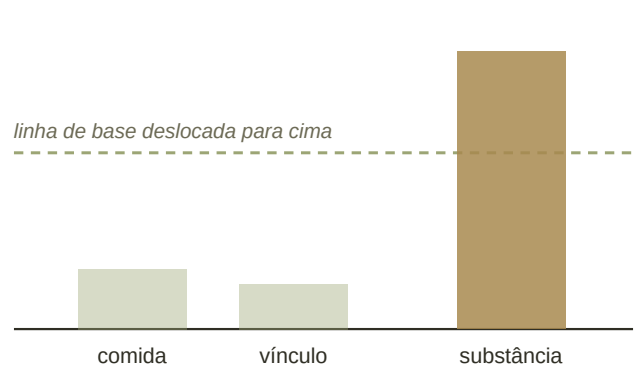
O deslocamento da linha de base do prazer

ANTES



prazeres naturais ficam acima da linha

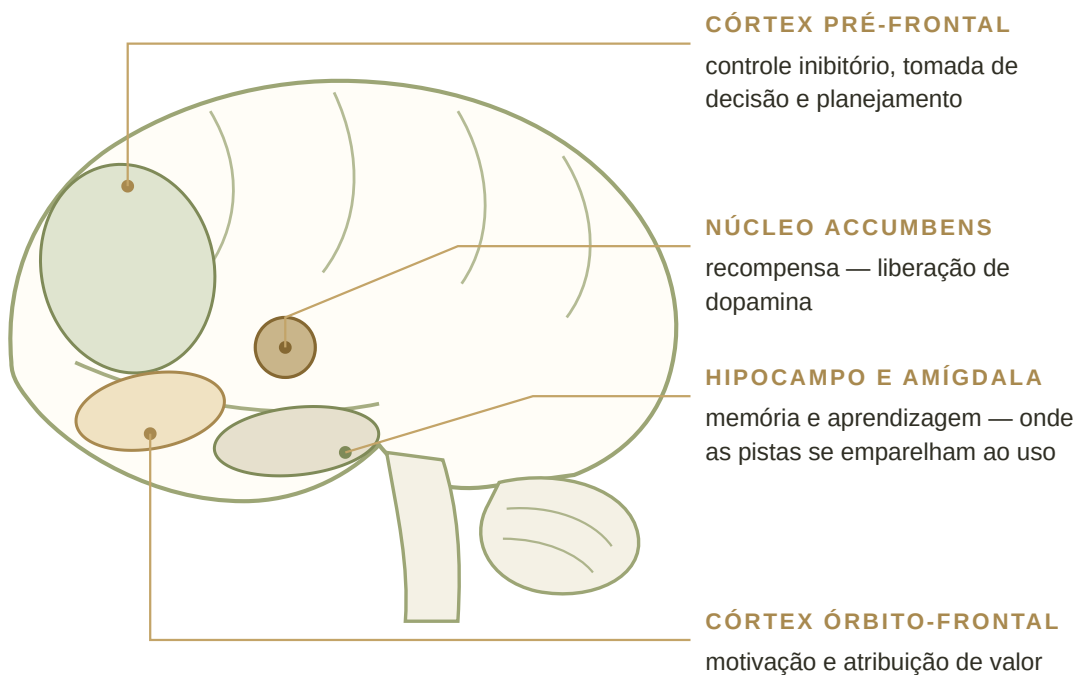
DEPOIS DA NEUROADAPTAÇÃO



os mesmos prazeres já não alcançam a linha

O cérebro passa a exigir concentrações maiores para atingir a homeostase. Não é que nada mais dê prazer — é que o parâmetro mudou, e o que antes bastava passa a ficar abaixo dele.

As áreas envolvidas



Esquema lateral simplificado, sem pretensão de precisão anatômica. O prejuízo nessas áreas compromete funções executivas — e é por isso que a estrutura que executaria o “parar” é uma das afetadas.

Os sistemas envolvidos

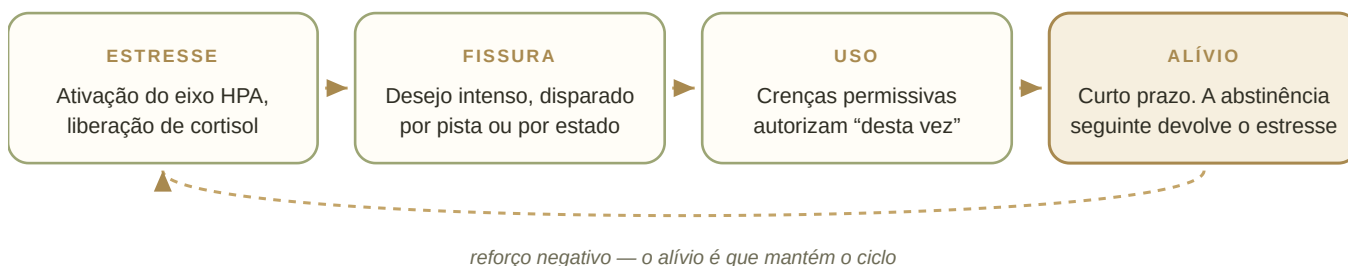
- Ψ **Motivação** — córtex órbito-frontal.
- Ψ **Memória e aprendizagem** — hipocampo e amígdala, onde as pistas se emparelham ao uso.
- Ψ **Controle e planejamento** — córtex pré-frontal.

O prejuízo nessas áreas compromete **funções executivas** — controle inibitório, tomada de decisão, planejamento —, o que dificulta até tarefas cotidianas. Aqui está a resposta técnica para a pergunta “por que ele não simplesmente para”: a estrutura que executaria o “parar” é justamente uma das afetadas.

Estresse e o ciclo vicioso

A ativação do **eixo HPA** e a liberação de cortisol em resposta ao estresse fecham a alça: o estresse gera necessidade da substância, o uso alivia, a abstinência produz mais estresse. É reforço negativo operando em nível fisiológico.

O ciclo do reforço negativo



Não é a busca de prazer que sustenta o padrão nesta fase, e sim a remoção de um estado aversivo. É por isso que argumentos sobre prazer, custo ou consequência deixam de funcionar.

Saliência aumentada

O cérebro passa a **priorizar estímulos relacionados à substância** em detrimento de recompensas naturais — comida, sexo, segurança. Não é que essas coisas deixem de importar racionalmente; é que perdem valor relativo na competição por atenção e motivação.

Início precoce, e o que se recupera

Uma pergunta do grupo abriu o tema mais delicado da aula: a neuroadaptação permanece em quem começou a usar na adolescência?

A resposta foi que o **córtex pré-frontal conclui sua formação por volta dos 25 anos**, de modo que o início precoce aumenta a vulnerabilidade e pode tornar as alterações mais persistentes — o que ajuda a justificar a necessidade de tratamento medicamentoso associado à psicoterapia.

Uma moderação importante

A aula descreveu as mudanças como **permanentes**, e a metáfora usada foi a de uma lesão física irreversível. O ponto de fundo está certo: a neuroadaptação é **persistente**, a recaída é possibilidade real, e o suporte farmacológico frequentemente é necessário.

Mas “permanente” é forte demais para o que se sabe. Há evidência de **recuperação parcial** de marcadores dopaminérgicos com abstinência prolongada — meses, não semanas —, ainda que sem retorno completo ao ponto inicial e com déficits cognitivos que podem persistir.

A diferença importa clinicamente: **desesperança é fator de recaída**. Dizer ao paciente que o dano é irreversível pode produzir exatamente o desfecho que se quer evitar. A formulação defensável é a intermediária — o cérebro se recupera em parte, leva tempo, e conviver com limitação não impede construir uma vida com valor.

A conclusão prática da aula continua válida e é boa: a terapia ajuda a construir uma vida orientada por **valores**, com aceitação das limitações orgânicas — em vez de prometer restituição integral.

Do caso ao gatilho: viés atencional e contexto

O caso apresentado — aqui desidentificado — envolvia um homem na casa dos 30, com uso de cocaína iniciado no fim da adolescência. A análise focou a **fissura intensa**, os **gatilhos ambientais** (lugares de uso, mensagens de conhecidos) e a perda de controle inibitório.

O padrão neurobiológico descrito: **hiperatividade a pistas associadas ao uso** e **hipoatividade a recompensas naturais**. O cérebro responde muito ao que lembra a substância e pouco ao resto.

Viés atencional

Definido como a tendência a priorizar estímulos condicionados ao uso em detrimento dos demais estímulos do ambiente. Ambientes e rotinas — inclusive trabalho e lazer, quando associados ao consumo — tornam-se **pistas** que dificultam a manutenção da abstinência.

A consequência clínica desconfortável

Em certos casos é necessária **mudança radical de contexto**. Não é fracasso da terapia nem falta de esforço do paciente: é reconhecimento de que o ambiente inteiro está emparelhado ao uso, e de que treinar recusa dentro dele é treinar contra uma desvantagem estrutural.

Vale dimensionar o custo: mudar de emprego, de círculo social ou de cidade tem preço alto, e a decisão é do paciente. O papel do clínico é tornar o custo visível dos dois lados — o de mudar e o de permanecer.

Foi enfatizado também que o tratamento exige **resiliência do profissional**: associações contextuais podem desencadear recaída mesmo depois de o paciente dominar estratégias de enfrentamento.

Dependências comportamentais

No manual diagnóstico, a única dependência comportamental formalmente reconhecida é o **transtorno do jogo**. A aula mencionou a expectativa de inclusão futura de padrões como uso excessivo de internet, redes sociais, compras, pornografia e exercício físico.

Foram relatadas associações consistentes, na pesquisa da apresentadora, entre **uso excessivo de internet** e sintomas de estresse, depressão e transtornos de ansiedade.

Uma ressalva sobre nomenclatura

A aula citou uma obra de divulgação sobre pornografia e cérebro. Vale registrar o estado da questão: “**dependência de pornografia**” **não é diagnóstico reconhecido**. A CID-11 inclui o **transtorno do comportamento sexual compulsivo** — e o classifica entre os transtornos do **controle de impulsos**, não entre as dependências, precisamente porque a equivalência com substâncias é contestada na literatura.

A distinção não é preciosismo: ela muda o modelo explicativo oferecido ao paciente e o vocabulário usado com ele. Sofrimento real com uso compulsivo existe e merece tratamento — o que não está estabelecido é chamá-lo de vício.

Manejo: crenças, fissura, vínculo

As crenças que sustentam o uso

No modelo cognitivo, quatro tipos aparecem com regularidade: crenças **de alívio** (“hoje eu mereço”), **antecipatórias** (sobre o que a substância vai proporcionar), **permissivas** (que autorizam o uso desta vez) e **de controle** (“eu consigo parar quando quiser”).

Mapear qual delas opera em cada momento da cadeia é o que permite intervir antes do uso, e não depois.

Manejo da fissura

A fissura é **episódio, não estado**: sobe, atinge um pico e cede. As estratégias discutidas — distração, contato com suporte social, mudança de ambiente, técnicas de imagem, cartões de enfrentamento, recursos de regulação fisiológica e avaliação das consequências — existem para **atravessar esse intervalo**, não para eliminar o fenômeno.

Duas notas sobre esta seção

Sobre a duração. Foi mencionada uma janela média de vinte a trinta minutos. O princípio é bem sustentado — episódios de fissura são autolimitados —, mas a duração varia bastante entre pessoas e situações. Prometer um tempo fixo cria expectativa que a experiência do paciente pode desmentir, com o custo de ele concluir que a estratégia não funciona.

Sobre os recursos de choque térmico, mencionados entre as estratégias: eles existem em protocolos estruturados, com treinamento e triagem clínica prévia, inclusive cardiológica. Por isso aparecem aqui descritos genericamente, e não como item de uma lista a ser distribuída.

Abordagens

Foram destacadas as terapias contextuais — ACT e DBT —, além de treinos de habilidades e de enfrentamento para o manejo dos sintomas de abstinência.

O vínculo como requisito técnico

O ponto em que apresentadora e mediador convergiram

O maior desafio é a **avaliação e a motivação**, e por isso a entrevista motivacional é central — para evitar o confronto.

O argumento decisivo: **o mundo externo já confronta o paciente o tempo todo**. Se a sessão também confrontar, ele deixa de relatar recaída — e o terapeuta perde a única informação que permitiria ajustar o plano. Ambiente seguro e não julgador não é gentileza: é a condição para que os dados cheguem.

Da TCC clássica à leitura por processos

O fecho retomou uma discussão recorrente na comunidade: a exigência de protocolos rígidos pode ter afastado a humanidade da prática inicial da TCC. A leitura por processos organiza competências — atenção, memória, emoção, comportamento — de forma **transdiagnóstica**, permitindo usar técnicas de origens diferentes conforme o **estágio de mudança** do paciente.

É exatamente o caso deste domínio: o mesmo paciente pode precisar de entrevista motivacional numa fase, treino de habilidades em outra, e trabalho de valores em outra — e a decisão não sai do diagnóstico, sai de onde ele está.

Referências

1. Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. Guilford Press.

2. Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126.
3. Field, M., & Cox, W. M. (2008). Attentional bias in addictive behaviors: A review of its development, causes, and consequences. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1–2), 1–20.
4. Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241.
5. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
6. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Guilford Press.
7. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773.
8. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
9. Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Orgs.). (2005). *Relapse prevention* (2ª ed.). Guilford Press.
10. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3ª ed.). Guilford Press.
11. Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação Internacional de Doenças (CID-11)* — transtorno do comportamento sexual compulsivo.
12. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
13. Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18(3), 247–291.
14. Sinha, R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105–130.
15. United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World Drug Report 2023*. UNODC.
16. Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G.-J., et al. (2001). Loss of dopamine transporters in methamphetamine abusers recovers with protracted abstinence. *Journal of Neuroscience*, 21(23), 9414–9418.

NOTA DE MÉTODO

Material de estudo dirigido a psicólogos. O caso apresentado em aula está desidentificado — idade aproximada, sem localidade nem circunstâncias específicas — e as perguntas de participantes aparecem sem identificação nominal. Os assuntos operacionais e as tratativas profissionais discutidas no encontro foram omitidos por não integrarem o conteúdo. Não são reproduzidos doses, vias de uso ou combinações; a classificação farmacológica foi mantida por ser conteúdo clínico necessário.

Três moderações empíricas, sinalizadas no texto. Primeira: as estimativas de prevalência e mortalidade foram atribuídas em aula à OMS e à OPAS; a fonte primária é o Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC, e a atribuição foi corrigida. Segunda: a neuroadaptação foi descrita como permanente, com metáfora de lesão irreversível — o texto mantém **persistente**, porque há evidência de recuperação parcial de marcadores dopaminérgicos com abstinência prolongada, ainda que incompleta e lenta; a diferença importa porque desesperança é fator de recaída. Terceira: a janela de vinte a trinta minutos para a fissura foi convertida em formulação qualitativa, pelo mesmo motivo aplicado ao material sobre plano de segurança.

Uma ressalva de nomenclatura. A obra de divulgação sobre pornografia citada em aula sustenta um modelo de dependência que não corresponde à classificação vigente: a CID-11 reconhece o transtorno do comportamento sexual compulsivo entre os transtornos do **controle de impulsos**, e não entre as dependências, porque a equivalência com substâncias é contestada na literatura. O sofrimento é real e merece tratamento; o que não está estabelecido é o rótulo.

Os recursos de regulação baseados em choque térmico, mencionados entre as estratégias de manejo da fissura, estão descritos de forma genérica: existem em protocolos estruturados, com treinamento e triagem clínica prévia. As referências foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas sem citação explícita; nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Investiguei frequência, prejuízo funcional, pensamentos associados e tentativas de interrupção — e não só a quantidade.

Identifiquei a função do uso: alívio, automedicação, evitação, ou busca de efeito.

Não conduzi sessão com o paciente intoxicado, e encaminhei conforme o caso.

Mapeei os gatilhos contextuais — lugares, pessoas, horários, rotinas — e não apenas a substância.

Avaliei com o paciente o custo de mudar de contexto e o de permanecer nele.

Nomeei as crenças de alívio, antecipatórias, permissivas e de controle na cadeia do uso.

Tratei a fissura como episódio a atravessar, sem prometer duração exata.

Sustentei ambiente não julgador para que a recaída pudesse ser relatada.

Ajustei a técnica ao estágio de mudança, e não ao diagnóstico.

Falei sobre prognóstico sem prometer restituição integral nem decretar dano irreversível.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever. O gabarito está na página seguinte — responda antes de consultar.

1. O que significa dizer que o transtorno por uso de substâncias é crônico, progressivo e tratável ao mesmo tempo?

2. Como você diferenciaria uso recreativo de dependência num paciente que usa diariamente? Que quatro perguntas faria?

3. Explique a neuroadaptação e o deslocamento da linha de base do prazer. O que isso responde sobre o “por que ele não para”?

4. O que é saliência aumentada, e como ela aparece no relato de um paciente?

5. Por que o gatilho quase nunca é a substância? Dê um exemplo de pista contextual de um caso seu.

6. Como você abordaria com um paciente a possibilidade de mudança radical de contexto?

7. Que crenças de alívio, antecipatórias, permissivas e de controle você já ouviu na sua clínica?

8. Como você falaria sobre prognóstico com alguém que usa há muitos anos, sem prometer demais nem tirar a esperança?

Gabarito

Comentários para conferência. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa — o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. O que significa dizer que o transtorno por uso de substâncias é crônico, progressivo e tratável ao mesmo tempo?

COMENTÁRIO

Crônico porque as neuroadaptações persistem e o risco de recaída acompanha a pessoa por muito tempo. **Progressivo** porque, sem tratamento, o padrão tende a se agravar — mais tolerância, mais prejuízo funcional, mais estreitamento de repertório. **Tratável** porque existem intervenções eficazes, psicoterápicas e farmacológicas. As três afirmações precisam andar juntas: sem a primeira, trata-se como falha de caráter; sem a terceira, trata-se como sentença.

2. Como você diferenciaria uso recreativo de dependência num paciente que usa diariamente? Que quatro perguntas faria?

COMENTÁRIO

As quatro perguntas são **frequência, prejuízos funcionais, pensamentos associados** ao uso e **tentativas malsucedidas de interrupção**. Só a primeira é sobre quantidade; as outras três são sobre função e controle, e são elas que decidem. Uso diário sem prejuízo, sem preocupação e com interrupção possível é quadro diferente de uso menos frequente que a pessoa não consegue parar.

3. Explique a neuroadaptação e o deslocamento da linha de base do prazer. O que isso responde sobre o “por que ele não para”?

COMENTÁRIO

Neuroadaptação são mudanças estruturais e funcionais em que o cérebro passa a exigir concentrações maiores de dopamina para atingir a homeostase — o que **desloca a linha de base do prazer**. Sobre o “por que ele não para”: as áreas de controle inibitório, tomada de decisão e planejamento estão entre as prejudicadas, ou seja, **a estrutura que executaria o parar é uma das afetadas**.

4. O que é saliência aumentada, e como ela aparece no relato de um paciente?

COMENTÁRIO

É a priorização, pelo cérebro, dos **estímulos relacionados à substância** em detrimento de recompensas naturais como comida, sexo e segurança. No relato aparece como anedonia seletiva — nada mais tem graça —, como atenção capturada por qualquer menção ao uso, e como dificuldade de se interessar por atividades que antes importavam, sem que a pessoa tenha decidido isso.

5. Por que o gatilho quase nunca é a substância? Dê um exemplo de pista contextual de um caso seu.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que o gatilho é o **contexto emparelhado** à substância — lugares, pessoas, horários, rotinas, e até trabalho e lazer quando associados ao consumo. É o viés atencional operando: o cérebro responde às pistas antes de a pessoa perceber que houve uma pista.

6. Como você abordaria com um paciente a possibilidade de mudança radical de contexto?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é delicada. Uma boa resposta apresenta a mudança de contexto como **decisão do paciente**, com o custo dimensionado dos dois lados — o de mudar e o de permanecer — e sem tratá-la como fracasso da terapia. Vale explicitar o argumento técnico: treinar recusa dentro de um ambiente inteiramente emparelhado ao uso é treinar contra desvantagem estrutural.

7. Que crenças de alívio, antecipatórias, permissivas e de controle você já ouviu na sua clínica?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta distingue os quatro tipos com exemplos reais: **alívio** (“hoje eu mereço”), **antecipatória** (o que a substância vai proporcionar), **permissiva** (o que autoriza o uso desta vez) e **de controle** (“eu paro quando quiser”). O ganho de mapeá-las é poder intervir **antes** do uso, em algum ponto da cadeia, e não depois.

8. Como você falaria sobre prognóstico com alguém que usa há muitos anos, sem prometer demais nem tirar a esperança?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e é a pergunta que mais exige cuidado. Uma boa resposta evita os dois extremos: não promete restituição integral, e **não decreta dano irreversível** — porque desesperança é fator de recaída. A formulação defensável é a intermediária: a recuperação é parcial e lenta, algumas limitações podem permanecer, e é possível construir uma vida com valor convivendo com elas.