
A Dependência Química e as Implicações ao Funcionamento da Dinâmica Familiar: uma Visão Cognitivo – Comportamental

Ana Paula Osowski Cunha

Faculdade de Rolim de Moura - FAROL

Dayane Fernandes Ferreira

SEMEC, Tangará da Serra - MT

Eraldo Carlos Batista

Universidade Estadual de Mato Grosso - UNEMAT

Resumo: O consumo de substância psicoativa está disseminado por todos os grupos sociais, faixas etárias e culturas. Com esse pressuposto, este artigo apresenta discussão resultante de pesquisa que teve por objetivo analisar, com base em revisão bibliográfica, a influência do uso de drogas na mudança da dinâmica familiar sob o prisma da Terapia Cognitivo – Comportamental (TCC) que, de acordo com a literatura investigada, pode auxiliar na compreensão e no tratamento da dependência química junto à família. Sua eficácia está no treinamento de habilidades básicas que visam a mudança de comportamento do dependente e da família para lidar com a dependência e com os problemas associados a ela.

Palavras-Chave: Drogas. Família. Terapia Cognitivo-Comportamental.

Chemical Dependence and its Implications on the Functioning of Family Dynamics: a Cognitive–Behavioral Overview

Abstract: The consumption of psychoactive substances is spread among all social groups, age brackets and cultures. As of this assumption, this research presents a discussion resulting from a research which had as objective to analyze, basing on a literature review, the influence of drug usage on the change of family dynamics under the perspective of the Cognitive-behavioral Therapy (CBT) which, according to the literature reviewed, can assist on the understanding and treatment of the chemical dependent with the family. Its efficacy is in the training of basic skills that aim changing the behavior of the dependent and the family, in order to deal with the dependency and the problems that come along with it.

Keywords: Drugs. Family. Cognitive-Behavioral Therapy.

Introdução

A dependência de drogas representa um grande problema de saúde pública, caracterizando-se por ser um fenômeno bastante antigo na história da humanidade e com sérias consequências pessoais e sociais para o futuro de toda a sociedade. Segundo Garcia-Mijares e Silva (2006), a visão da dependência de drogas como doença prevalece fortemente nos dias de hoje. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002) substituiu a palavra “doença” por “transtorno”, mas a segunda tem como significado implícito a primeira. Dessa forma, “a perda de controle” continua sendo a premissa fundamental que define a dependência como doença.

Por ser um assunto em evidência nos meios de comunicação, nas escolas e em outras esferas do meio social, o uso de drogas chama a atenção pelo seu crescimento no âmbito familiar. Sendo assim, analisar seu impacto destrutivo na organização e funcionamento da família, o que justifica o interesse dominante deste estudo, uma vez que a família aparece como estrutura de relevância, pelo seu papel de coautora, tanto do ponto de vista do surgimento do abuso de drogas quanto da criação de possibilidades de saúde para os seus membros.

Ao utilizar uma abordagem comportamental, espera-se que o presente estudo possa apontar as diretrizes necessárias para compreensão dos meios que facilitam a inserção do uso de droga na família, demonstrando como esse grupo se comporta diante de tal situação. Ainda demonstrar as estratégias que visam o treinamento de habilidades a serem utilizados não só com o usuário, mas com toda a família.

Nesta pesquisa bibliográfica, empregou-se a abordagem qualitativa com o objetivo exploratório de obter informações sobre a influência das drogas na família. Ao empreendê-la, fez-se a opção de se concentrar em livros, artigos científicos, monografias que estavam disponíveis como textos completos em suporte eletrônico.

Incluiu-se, ainda, a produção científica das seguintes bases de dados: Lilacs, Scielo e Bvs-Psi. Os descritores foram: família, drogas, Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), dependência química. Como diretriz de busca, foram utilizadas diferentes combinações dessas palavras, com o objetivo de realizar um levantamento abrangente que incluísse o maior número de estudos da área. Reuniu-se um total de quatorze trabalhos científicos, somando-se artigos e livros, que proporcionaram toda esta discussão, levando em conta somente os estudos

que focalizaram os temas sobre uso de drogas e suas consequências na estrutura familiar.

Conceitos Básicos da Terapia Cognitivo-Comportamental

A seguir, serão apresentados os fundamentos básicos da terapia cognitivo-comportamental, seus pressupostos básicos e sua eficácia nos tratamentos psicoterápicos em diferentes transtornos. A psicoterapia cognitiva ou cognitiva comportamental é uma abordagem psicoterápica que integra várias dimensões importantes do ser humano para explicar como ele é como sua psique funciona. Nessa visão, os pensamentos, as emoções, as crenças, as ações, o meio no qual vive, a história, as memórias, todos esses aspectos estão interligados e juntos formando o modo todo especial de ser de cada um (Wright, 2008)

De acordo com Carvalho (2001), os elementos de escolha dessa abordagem são avaliações sobre comportamentos, cognições e afetos entre o indivíduo que os emite em suas relações e sobre as circunstâncias em que estes (comportamentos, afetos e cognições) se apresentam, bem como suas consequências no ambiente. Ou seja, o conhecimento dessas informações, sua análise funcional, torna possível a modificação de comportamentos disfuncionais em indivíduos com transtornos psicológicos ou psiquiátricos.

Assim sendo, Wright (2008) afirma que a prática clínica da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia-se em um conjunto de teorias bem desenvolvidas que são usadas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta. Knapp (2004) postula que TCC é uma locução genérica que abrange uma variedade de mais de vinte abordagens dentro do modelo cognitivo e cognitivo comportamental. Portanto, ainda em conformidade com o autor, todas as terapias cognitivo-comportamentais derivam de um modelo cognitivo prototípico e compartilham alguns pressupostos básicos.

Em acréscimo a essa discussão, Dobson (2001 *apud* Knapp, 2004) afirma que três proposições fundamentais definem as características que estão no núcleo das terapias TCCs:

- a) A atividade cognitiva influencia o comportamento;
- b) A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e
- c) O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

Considerando essas afirmações, a TCC tem como premissa o saber específico sobre os diferentes transtornos e o conhecimento psicológico a respeito

da maneira como os seres humanos modificam seu comportamento. Sua eficácia se deve ao fato de essa abordagem ter como base um conjunto de teorias bem desenvolvidas que são usadas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta na modificação de comportamentos disfuncionais em indivíduos com transtornos psicológicos.

O Modelo Cognitivo de Psicopatologia

A Terapia Cognitiva (TC) se fundamenta na racionalidade teórica de que o comportamento de um indivíduo é, em grande parte, determinado pelo modo como ele estrutura o mundo. Ou seja, o que lhe traz o sofrimento não é a situação em que ele vive no momento, mas sim a avaliação que ele faz a respeito da realidade. Dessa forma, uma mesma situação pode, portanto, desencadear diferentes emoções como tristeza, raiva, ansiedade, etc.

De acordo com Knapp (2004), a TC baseia-se na premissa de que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano e, em especial, na psicopatologia. Para o autor, um evento é comum causa reação diferente de uma pessoa para a outra, mas ressalva que não é o evento em si que gera as emoções e os comportamentos, mas sim o que se pensa sobre o evento, ou seja, as emoções e os comportamentos são influenciados pelo que se pensa.

Corroborando o discurso do autor acima, Silva e Serra (2004) defendem que o terapeuta cognitivo formula as ideias e crenças disfuncionais do paciente sobre si, sobre suas experiências e sobre seu futuro, em hipóteses e, então, testa a validade dessas hipóteses de uma forma objetiva e sistemática.

Sente-se o que se pensa, é o que afirma Knapp (2004), segundo o qual, a estrutura do pensamento está organizado em três níveis de cognição. Sendo as crenças nucleares que são as ideias e conceitos mais enraizados e fundamentados acerca de si mesmos, das pessoas e do mundo. O segundo nível é representado pelos pressupostos subjacentes que são construções cognitivas disfuncionais, subjacente aos pensamentos automáticos. O terceiro nível de cognição se trata dos pensamentos automáticos. Esses pensamentos ocorrem diariamente de forma rápida, involuntária e automática. Geralmente são pensamentos exagerados, distorcidos e equivocados e disfuncionais que moldam as emoções e/ou as ações do indivíduo (Knapp, 2004).

Observa-se que o modelo cognitivo busca tratar a psicopatologia, dentre essa a dependência química, a partir do entendimento de que os sintomas resultam em distorções cognitivas, isto é, um modelo cognitivo disfuncional.

Dependência química sob um olhar Cognitivo-Comportamentalista

Quando se trata de dependência química, o foco da TCC está nas situações de alto risco, no comportamento de uso de droga e, principalmente, nas cognições que evocam a fissura e os pensamentos e crenças que facilitam o comportamento de busca e de uso da droga. Nesse contexto e para uma melhor compreensão desse viés, far-se-á a seguir uma pequena análise da TCC sobre a dependência química.

Garcia-Mijares e Silva (2006) postulam que em uma análise comportamental os comportamentos característicos da dependência, como uso compulsivo e consumo maior do que o pretendido, são comportamentos que podem ser entendidos sob os mesmos princípios gerais que explicam outros comportamentos. Em conformidade com o descrito, Mundim e Bueno (2006) defendem que o comportamento humano é um conjunto complexo de estímulos e hierarquias de respostas que produzem as diferenças individuais. Ou seja, para que uma pessoa tenha melhor condição de prever e controlar o próprio comportamento, imprescindível será que ela adquira em seu processo interacional a consciência sobre si e suas ações.

Assim sendo, Garcia-Mijares e Silva (2006) completam que a droga é então definida como um estímulo, cuja função dependerá dos efeitos que produz e/ou do contexto em que é administrada. Para esses autores, a droga, nesse caso, pode funcionar como reforçador positivo, ou seja, aumentar a probabilidade de resposta do comportamento de autoadministração pelos efeitos que produz; ou como reforçador negativo, como no caso da autoadministração gerada pelo alívio dos sintomas de abstinência.

Nesse sentido, Silva e Serra (2004) afirmam que nas últimas décadas houve um grande avanço no uso clínico da TC aplicada a diversos transtornos psiquiátricos, dentre os quais citam diversas situações de crise e transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Esse interesse sobre TC, segundo os autores, deve-se aos resultados promissores de pesquisas controladas que confirmaram sua eficácia para o tratamento da dependência química.

Em conformidade com o que foi postulado, Knapp (2004) afirma que a TCC, que tem Aaron Beck como um dos pioneiros com seus trabalhos sobre depressão, teve seu uso rapidamente estendido a diversas outras patologias, entre elas a dependência química. Ainda de acordo com o autor, a TCC vem sendo aplicada a

dependentes químicos em psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, terapia familiar e, também, em ambientes cognitivamente orientados (unidades hospitalares, escolas terapêuticas, hospitais-dia, comunidade terapêuticas).

Desse modo, pode-se concluir que a TCC mantém sua eficácia não só no tratamento psicoterápico com dependentes químicos, de forma independente, mas também vem sendo uma forma de tratamento complementar, utilizada em associação a outros métodos terapêuticos.

Técnica Cognitivo-Comportamental aplicada à dependência química

A TCC dispõe de diversas técnicas que se concentram em estratégia para modificação e melhoria do estado motivacional e ainda pode ser combinada com outras modalidades de tratamento. A seguir, será discutido como a TCC explora comportamentos associados ao uso de drogas, com vistas a mudar o estilo de vida e os comportamentos de risco para uso de droga.

Baseando-se nos princípios da terapia cognitivo comportamental, Silva e Serra (2004) defendem que o terapeuta comportamental faz um mapeamento, junto com o paciente, sobre as situações, lugares, companhias, etc., que estão condicionados ao uso da droga. O papel do terapeuta, segundo Leahy (2006), é ajudar o paciente a reconhecer seu estilo idiossincrático de pensamento e a modificá-lo pela aplicação da evidência e da lógica. Para o autor, a terapia cognitiva origina-se de uma linha antiga e respeitada de modelos baseados na razão, como os diálogos socráticos fundamentados na lógica e o método aristotélico de coleta e categorização de informações sobre o mundo real.

Corroborando essa afirmativa, Rangé e Marlatt (2008) afirmam que as técnicas básicas da terapia cognitiva para o abuso de drogas demandam, em primeiro lugar, fortalecimento da aliança terapêutica através de um entendimento empático do problema do cliente, em combinação com aceitação incondicional.

De acordo com Silva e Serra (2004), o objetivo da TCC é reestruturar as cognições disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva no momento de avaliar situações específicas. A TCC visa à resolução de problemas focais, objetivando, em última análise, dotar o paciente de estratégias cognitivas para perceber e responder à realidade de forma funcional. Para os autores, as técnicas utilizadas pela TCC visam identificar, testar a realidade e corrigir as conceituações cognitivas distorcidas. Seguindo esse parâmetro, Knapp (2004) descreve a seguir as técnicas mais usadas na TCC do dependente químico:

- a) Identificação do pensamento automático (PA), esse surge segundo o autor após o surgimento de forte vontade do paciente de usar droga;
- b) Avaliação e questionamento de PA, técnica consiste em auxiliar o paciente na avaliação, veracidade, utilidade e consequência do PA;
- c) Registro diário de pensamentos automáticos disfuncionais, treinando o paciente para registrar seus pensamentos disfuncionais;
- d) Identificação de crenças;
- e) Avaliação e modificação de crenças. Segundo Knapp (2004), essa técnica é uma atividade central na terapia cognitiva, pois as crenças centrais muitas vezes relacionadas à comorbidade, apresentada pelo paciente, precisam ser modificadas, para que seja obtida melhoria mais duradoura.
- f) Seta descendente;
- g) Solução de problemas que, de acordo com o autor, visa auxiliar o paciente a identificar o problema, pensar nas soluções possíveis, examinar os prós e os contras para cada solução pensada e escolher a melhor, colocando-a em prática e avaliando a efetividade da solução escolhida;
- h) Exame das vantagens e desvantagens, que auxilia o paciente na tomada de decisão;
- i) Distração;
- j) Agendamento e monitorização;
- k) Exposição gradual e dificuldade crescente;
- l) Experimentos comportamentais que são usados para testar, tanto a validade de pensamentos e crenças sobre o uso de drogas como as crenças centrais do paciente;
- m) Cartões de enfrentamento;
- n) Relaxamento;
- o) Exercício físico;
- p) Dramatização; e
- q) Treinamento de assertividade, que tem como objetivo desenvolver a capacidade de o indivíduo expressar e defender com clareza e firmeza suas decisões.

Dessa forma, o principal objetivo das técnicas utilizadas pela TCC no tratamento de usuários de drogas é reestruturar as cognições disfuncionais e dar flexibilidade cognitiva no momento de avaliar situações específicas.

Modelo de prevenção de recaídas

Durante o tratamento de dependência química existem situações que se configuram como de alto risco, ou seja, aquela em que, se o usuário não tiver boa resposta de enfrentamento, aumenta a probabilidade de recaída. Vejam-se agora as técnicas utilizadas pela TCC na prevenção de recaídas.

Para Silva e Serra (2004), a Prevenção de Recaída explora cognições e comportamentos associados apenas ao uso de drogas, através de técnicas motivacionais, de reestruturação das cognições e de

modificação do comportamento, que apresentam eficácia comprovada em estudos clínicos. Dessa forma, os autores afirmam que a Prevenção de Recaída é um programa de automanejo que visa melhorar o estágio de manutenção do Processo de Mudança de Hábitos.

De acordo com Rangé e Marlatt (2008), há diferentes modelos para compreender comportamentos adictivos. Dentre esses estão os fatores de autoeficácia que defendem que as pessoas tendem a repetir certos comportamentos quando acreditam em sua capacidade pessoal de desempenhar corretamente esses comportamentos. Para os autores,

fortalecer a autoeficácia de resistir ao uso de substâncias químicas diminui a probabilidade de recaídas. A **Figura 1** oferece um melhor entendimento deste mecanismo.

Segundo Wright (2008), embora haja diferenças sócio-demográficas, fisiológicas e clínicas importantes entre os diversos transtornos por abusos de substâncias, o modelo cognitivo-comportamental postula que um processo subjacente comum liga o ato de usar substâncias químicas e crenças subjacentes, premências (*utges*) e fissuras (*cravings*) evocadas por gatilhos e pensamentos automáticos.

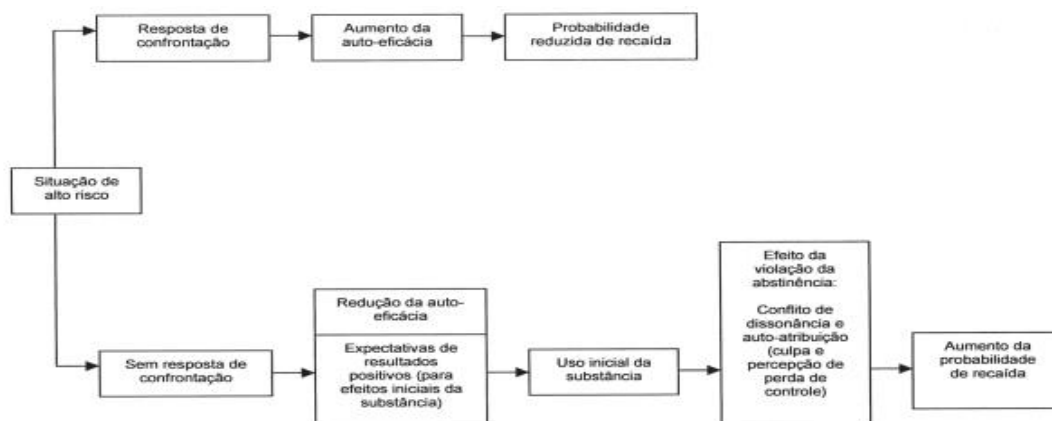
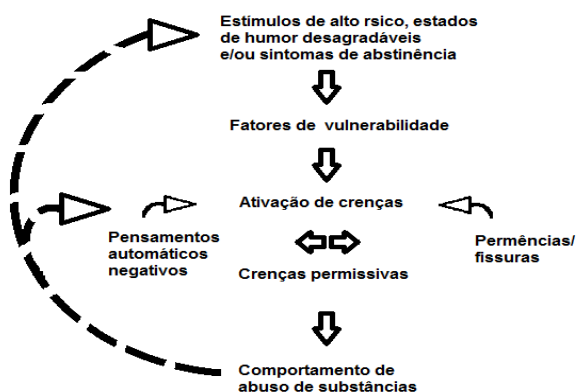


Figura 1 - Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaídas⁹

Fonte: Wright (2008).

Dessa forma, a autora afirma que existe uma natureza recíproca e altamente interdependente dos sentimentos, dos comportamentos e das cognições associados ao uso de substâncias químicas. Wright (2008), afirma que um aspecto importante do modelo da TCC é ajudar o paciente a reconhecer que suas premências e fissuras de usar drogas estão associadas à ativação de crenças relevantes sobre o abuso de drogas.

Figura 02 – Modelo cognitivo-comportamental de abuso de substâncias.



Fonte: Wright (2008).

Esses são os exemplos de crenças relevantes para o início ou manutenção dos transtornos por abusos de substâncias químicas apresentados pelo autor:

Não tenho nenhum controle das fissuras. Depois que começou, o único jeito de lidar com a fissura é “curtir”. Passei do ponto de retorno – nunca vou conseguir parar de usar. É preciso ter força de vontade para parar de usar, e eu não tenho. Não consigo me divertir, se não usar. Minha vida já está estragada – eu vou é ficar “alto”. Ninguém manda em mim – vou parar quando estiver pronto (Wright, 2008, p. 183).

Ainda em conformidade com o autor, à medida que a frequência e a intensidade do abuso de substâncias aumentam mais mudanças cognitivas podem desempenhar um papel na evolução do transtorno. Dessa forma, um usuário de drogas pode ser tendencioso a desvalorizar crenças sobre metas e conquistas, incluindo o desejo de manter o amor e o apoio das pessoas importantes (Wright, 2008, p. 183).

Assim, observa-se que o profissional deve ajudar o paciente em tratamento a identificar as situações que aumentariam as chances de recaída. Nesse caso, as situações de alto risco como ambientes,

companhias, disponibilidade de droga, acesso fácil e todos os determinantes intrapessoais e interpessoais podem ser situações de risco.

Uso abusivo de drogas na família e suas consequências

A família é o primeiro grupo social ao qual o indivíduo está inserido, sendo fundamental, para o desenvolvimento do ser humano, sua orientação e acompanhamento durante a formação desse ser. De acordo com Muza, Bettiol, Muccillo & Barbieri (1997), as primeiras experiências com drogas ocorrem frequentemente na adolescência. Nessa fase, o indivíduo é particularmente vulnerável do ponto de vista psicológico e social. Para esses autores, a adolescência é, de longe, o grupo etário que maior preocupação suscita em relação ao consumo de substâncias psicoativas, que tem mobilizado grandes esforços na produção do conhecimento a respeito desse fenômeno.

Soldera, Dalgarrondo, Corrêa Filho e Silva (2004) consideram que o uso de drogas não é causado por um único fator, mas por uma combinação de vários deles, tais como os genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e culturais. Assim sendo, entende-se que o uso e a dependência de drogas são fenômenos bastante complexos que não podem ser reduzidos a uma faceta da dimensão biológica, psicológica ou social.

Para Brusamarello, Sureki, Borriale, Roehrs e Maftum (2008), a família, em parceria com a escola, é fonte primária responsável pelo desenvolvimento e formação da criança, para que ela se torne um adulto consciente e bem informado a respeito das drogas e suas consequências, evitando assim seu envolvimento com o mundo das drogas. Para esses autores, essa premissa corrobora as postulações de Zanotti-Jeronimo e Carvalho (2005) quando afirmam que a família é o principal grupo social na formação do indivíduo, tendo como papel fundamental o atendimento às necessidades: biológica, psicológica, social e cultural de cada um de seus componentes.

Dessa forma, Moreira (2009) afirma que é possível observar uma família de várias maneiras. Pode ser através de sua dinâmica e funcionamento, como ela se relaciona internamente, como é a qualidade dos vínculos entre os membros, como lida com conflitos e problemas. E ainda observar a estrutura familiar através das regras, das hierarquias e papéis assumidos pelos seus membros.

Partindo dessa premissa, Figlie (2001) ensina que crescer em uma família que possui um dependente químico é sempre um desafio, principalmente quando se fala do contato direto de crianças e adolescentes

com essa realidade. Ainda de acordo com essa autora, filhos de dependentes químicos apresentam risco aumentado para transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas físico-emocionais e dificuldades escolares, fato comprovado em estudo comparativo desse grupo com filhos de não dependentes químicos.

Assim, conclui-se que o uso de drogas é um fenômeno que atinge a humanidade e desorganiza a estrutura familiar, constituindo-se em um grave problema de saúde pública, com sérias consequências individuais e sociais ao futuro dos usuários, da família e de toda a sociedade.

Considerações Finais

A problemática das drogas é bastante complexa, com imensa gama de fatores intervenientes. É um fenômeno multidimensional, que pode acontecer em qualquer fase da vida da pessoa, trazendo prejuízos e alterações psicológicas, comportamentais e sociais. Por essa razão, a prevenção do uso de drogas pelos indivíduos deve incluir ações dirigidas também à família, especialmente naquelas em que existam situações de risco já identificadas.

Ao estudar essa temática, percebe-se que a estrutura familiar é de muita importância, uma vez que o ambiente e a estrutura familiar podem se tornar facilitadores no tratamento do dependente químico, por fazê-lo se sentir de certa forma apoiado e compreendido pela sua família. Dessa forma, a combinação das intervenções individuais e da família tem como objetivo avaliar os efeitos do tratamento interativo para o usuário bem como para a sua família.

Considerando a complexidade do tema debatido e de acordo com a literatura analisada, é de particular importância estudar essa população de forma minuciosa e identificar os aspectos psicológicos e socioculturais associados ao uso de drogas. Tendo em vista que o conhecimento preciso dos fatores associados ao uso de drogas é de grande valia, pois permite acerto em intervenções sobre comportamentos e fatores de risco, possibilitando um possível progresso na prevenção ao uso de drogas.

Observou-se, segundo a literatura analisada, a eficácia do uso clínico da TCC aplicada ao tratamento da dependência química. Assim, a TCC torna viável a mudança desses padrões de comportamentos, trazendo alternativas para lidar com dependentes químicos. Sendo assim, o objetivo dessa terapia é auxiliar no reconhecimento de situações que podem levar o sujeito ao uso de drogas e, conseqüentemente, habilitá-lo a mudar seu comportamento a fim de que possa evitar essas situações, mediante habilidades construídas, e lidar com problemas associados a elas.

A TCC parte da premissa de que o abuso de substância química se dá através de conduta aprendida, suscetível de alteração através de intervenções sobre o comportamento. Neste caso, para que o usuário de drogas tenha melhor condição de prever e controlar o próprio comportamento torna-se imprescindível que ele adquira, em seu processo interacional, a consciência sobre si e suas ações. E,

para que o tratamento seja eficaz, o problema deve ser abordado de forma diretiva, prática e com objetivos definidos, com a finalidade de ajudar o dependente químico a eliminar comportamentos disfuncionais, substituindo-os por outros mais adaptativos.

Referências

- Brusamarello, T. *et al.* (2008). Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 4(1).
- Figlie, N. B. (2001). *O Tratamento da família na dependência química*.
- Garcia-Mijares, M., & Silva, M. T. A. (2006). Dependência de drogas. *Psicologia USP*, 17(4), 213-240.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Leahy, R. L. (2006). Evocação de pensamentos e pressupostos. In: Leahy, R. L. *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. (pp 23-54). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Moreira, F. G. (2009). *Drogas, família e adolescência*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Mundim, M. M., & Bueno, G. N. (2006). Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8(2), 179-181.
- Muza, G. M. *et al.* (1997). Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I-Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev Saúde Pública*, 31(1), 21-9.
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Rev. bras. psiquiatr*, 30(supl. 2), S88-S95.
- Silva, C. J., & Serrab, A. M. (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(Supl I), 33-39.
- Soldera, M. *et al.* (2004). Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 277-283.
- Wright, J. H. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.
- Zanoti-Jeronymo, D. V., & Carvalho, A. M. P. (2005). Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 1(2), 0-0.

Ana Paula Osowski Cunha

É graduada em Psicologia pela Faculdade de Rolim de Moura – FAROL, Especialista em Saúde Mental e Perita no Trânsito

E-mail: paula_osowski@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6222-9909>

Dayane Fernandes Ferreira,

É graduada em Psicologia pela Faculdade de Rolim de Moura – FAROL, Mestre em Educação pela Universidade Federal de Rondônia - UNIR, Psicóloga Escolar na Secretaria Municipal de Educação – SEMEC de Tangará da Serra - MT.

E-mail: psicologadayane2015@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9237-774X>

Eraldo Carlos Batista

Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PCRS/FCR – Faculdade Católica de Rondônia.

E-mail: eraldo.cb@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-7118-5888>

Recebido em: 17/01/2020

Aceito em: 19/06/2020