



## ARTIGO DE REVISÃO

# Tratamento psicoterápico para adolescentes usuários de substâncias psicoativas\*

*Thiago Gatti Pianca<sup>a</sup>*

*Pedro Barbieri Ferronato<sup>b</sup>*

*Cláudia Maciel Szobot<sup>c</sup>*

<sup>a</sup> Psiquiatra da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>b</sup> Acadêmico de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>c</sup> Psiquiatra da Infância e Adolescência, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

## Resumo

O uso de álcool e demais substâncias psicoativas é um dos problemas de maior prevalência entre adolescentes. Todo adolescente que for avaliado por profissional de saúde deve ser questionado sobre seu uso de álcool e substâncias psicoativas. Em caso positivo, esse uso deve ser investigado clinicamente e, mesmo quando minimamente problemático, o adolescente deve ser encaminhado para tratamento específico. O tratamento deve levar em conta várias particularidades da adolescência para ser efetivo. Há indicação do uso de psicoterapias no atendimento a esses adolescentes. Entre elas, estão a Terapia de Família, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Entrevista Motivacional. Todas essas modalidades de terapia apresentam evidências de eficácia nessa faixa etária e podem ser usadas separadamente ou em

---

\* Não houve suporte financeiro para a redação deste artigo. Declaração de conflito de interesses: Dr<sup>a</sup> Cláudia é membro do comitê de palestrantes da Novartis pelos últimos 3 anos. Demais autores: sem conflitos a declarar.

conjunto. Essas modalidades de tratamento serão revisadas, sendo explicados seu método de ação e suas principais evidências de eficácia em adolescentes.

**Palavras-chave:** Adolescência; Álcool; Drogas de abuso; Dependência de drogas; Psicoterapia.

### **Abstract**

The use of alcohol and drugs in the adolescence is a common problem. Every teenager that goes through psychological evaluation should be asked about use of alcohol and drugs of abuse. If positive, this use should be clinically investigated and, referred to treatment at the slightest signs of problems. Treatment must take account of age-specific characteristics in order to be effective. There are many kinds of psychotherapies based on evidence for this age group. Among them, are Family Therapy, Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Interviewing. Those treatment modalities are addressed, explaining their means of action and their main proofs of efficacy in adolescents.

**Keywords:** Adolescence; Alcohol; Drugs of abuse; Drug dependence; Psychotherapy.

### **Introdução**

O uso de substâncias psicoativas vem se tornando um problema de saúde pública no Brasil. Galduróz et al.<sup>1</sup>, no VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, apontam uma prevalência de 25% de uso na vida e 10% de uso no ano para drogas, exceto álcool e tabaco, entre adolescentes de 12 a 19 anos. Um estudo recente conduzido pela FIOCRUZ estimou que aproximadamente cinquenta mil menores de idade são usuários de *crack* no Brasil<sup>2</sup>. Enfim, o uso de drogas, lícitas ou ilícitas, por adolescentes no Brasil constitui-se em problema de saúde pública, para o qual há a necessidade de tratamentos psicoterápicos específicos.

Está bem estabelecido que tratar adolescentes usuários de drogas oferece melhores prognósticos do que não tratá-los. No ano após tratamento, pacientes dependentes de drogas apresentaram diminuição no consumo de álcool, maconha e outras drogas ilícitas, diminuição dos índices de envolvimento criminal, maior ajuste psicossocial e melhora da performance escolar<sup>3,4</sup>.

Uma metanálise comparando a efetividade de tratamentos psicoterápicos para adolescentes usuários de drogas<sup>5</sup> fez comparação entre os diferentes tipos de psicoterapias a fim de determinar a efetividade dos diferentes tratamentos, a magnitude das mudanças proporcionadas por cada tipo de tratamento e a relação entre os vários métodos de tratamento e sua efetividade levando-se em

consideração características dos pacientes. Na primeira análise, da efetividade de cada modalidade de psicoterapia, considerando-se como desfecho a diminuição da quantidade do consumo de substâncias, a Terapia Familiar se mostrou a mais eficaz entre todas as modalidades testadas, com diferenças estatisticamente relevantes. Terapia Cognitivo-Comportamental, Entrevista Motivacional e Terapia Comportamental também se mostraram eficientes, porém com menor tamanho de efeito. A análise do tamanho do efeito do tratamento psicoterápico, considerando-se como desfecho o tamanho da diminuição do uso, em dias de consumo da substância no mês após o tratamento, mostrou que qualquer tratamento é melhor que nenhum, reforçando uma consagrada diretriz clínica do *National Institute of Drug Abuse*<sup>6</sup>. A terapia de família e a entrevista motivacional obtiveram os melhores resultados. Independente da forma de tratamento escolhida, recomenda-se fazer acompanhamento laboratorial periódico com testes toxicológicos para comprovar a abstinência<sup>7</sup>.

Existem algumas peculiaridades dos adolescentes usuários de drogas que os diferem dos adultos. Tanner-Smith et al.<sup>5</sup> apontam as seguintes características: adolescentes são mais suscetíveis às influências dos pares, sofrem mais efeitos adversos em função do seu tamanho corporal, têm menores níveis de tolerância às diversas substâncias de abuso e sofrem maior dano cognitivo e emocional em função do seu estágio de desenvolvimento. Essas particularidades devem ser levadas em conta no momento de se escolher um tratamento para o abuso de substâncias psicoativas. Uma boa revisão sobre o assunto dos cuidados especiais na avaliação e início do tratamento em adolescentes pode ser encontrado no *Practice Parameter* da *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (AACAP) para tratamento dos problemas relacionados a substâncias psicoativas em adolescentes<sup>7</sup>.

O presente artigo pretende fazer uma revisão sobre os tipos de psicoterapia mais utilizados na prática clínica com adolescentes usuários de drogas, de acordo com a literatura. São eles a Entrevista Motivacional, a Terapia Cognitivo-Comportamental e as Terapias Familiares. Estas são as modalidades com maiores evidências de eficácia no tratamento de jovens usuários de substâncias. O conhecimento das técnicas psicoterápicas com efetividade fundamentada é relevante, tendo em vista o escasso papel que a medicação tem nesse contexto (mais restrita para comorbidades ou situações de risco agudas)<sup>7,8</sup>.

## **Terapia de Família**

As Terapias de Família, em suas diversas modalidades, são consideradas parte fundamental do tratamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias na adolescência. Qualquer tipo de tratamento nessa faixa etária deve ter, no mínimo, envolvimento familiar intensivo, quando a Terapia Familiar propriamente dita não for possível<sup>7</sup>. Em uma metanálise comparativa de várias modalidades de tratamento<sup>5</sup>, a Terapia Familiar destacou-se como uma das mais efetivas, e, em suas diversas modalidades, a mais pesquisada. O mesmo estudo estimou que a Terapia de Família teria um tamanho de efeito equivalente a uma redução de cerca de 40% no uso de maconha.

Há muitos fatores familiares envolvidos na iniciação e na manutenção do uso de drogas, que justificam, do ponto de vista teórico, a utilização de intervenções familiares no tratamento desses pacientes, tais como: uso de drogas por outros membros da família, padrão de comunicação ineficaz entre os familiares, falta de proximidade com os pais, baixa expectativa dos pais em relação aos filhos, falta da figura paterna, baixos índices de supervisão parental, atitude permissiva em relação a drogas, abuso físico ou sexual, entre outros<sup>9</sup>. Além disso, diversas intervenções preventivas se baseiam na diminuição de tais fatores de risco e no reforço de características familiares positivas, como o vínculo entre os membros da família e diversas habilidades parentais, como monitoramento, supervisão e comunicação adequadas a respeito do uso de drogas<sup>10</sup>. Cabe ressaltar, ainda, a relativa dependência da estrutura parental do adolescente em relação ao adulto, no que tange a aspectos financeiros, materiais e emocionais, e que faz com que as intervenções mediadas através da família sejam mais efetivas do que em usuários de drogas de idade mais avançada.

As diversas escolas de Terapia Familiar tendem a entender que a iniciação e a manutenção do uso de drogas são resultado da interação de diversos fatores individuais, familiares e sociais. O funcionamento familiar, por sua vez, tende a ser gravemente prejudicado pelo uso de drogas<sup>11</sup>. Entre as diferentes escolas com eficácia demonstrada em ensaios clínicos, estão a Terapia Familiar Multissistêmica, a Terapia Familiar Multidimensional, a Terapia de Suporte Familiar, entre outras<sup>5</sup>. Por enquanto, pela escassez de estudos, ainda não é possível determinar se há superioridade de algum desses modelos de terapia sobre os demais<sup>12</sup>.

Os objetivos da terapia são, geralmente, restabelecer a autoridade dos pais sobre os filhos e melhorar a qualidade da relação entre pais e filhos<sup>13</sup>. Somado a isso, o trabalho com as famílias de dependentes químicos envolve abordar também a falta de informação da família sobre a dependência e o adoecimento do sistema familiar, e a necessidade de mudança definitiva dos padrões familiares disfuncionais para padrões mais aceitáveis. Dentre as manifestações do adoecimento familiar, destacamos a falta de fronteiras definidas, que dificultam a delimitação de papéis adequados entre os membros da família, comprometendo também a hierarquia familiar; e as triangulações, que são padrões disfuncionais de relacionamento nos quais dois ou mais membros se aliam em contraposição a um terceiro<sup>14</sup>. Outro tema particularmente importante em famílias com adolescentes é o processo de individuação, que faz parte do desenvolvimento normal, porém é um frequente foco de problemas em famílias disfuncionais.

### **Terapia Cognitivo-Comportamental**

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) considera o uso de drogas como um comportamento aprendido, iniciado e mantido em determinadas condições ambientais. Através do condicionamento, o indivíduo aprenderia que o uso de drogas está associado a estímulos bons. Por exemplo: usar álcool diminui a ansiedade social momentaneamente; logo, usar álcool é associado a um estímulo positivo, e o

comportamento é reforçado. Com a repetição do uso, essa associação fica cada vez mais forte, ao ponto de ser capaz de negar associações negativas posteriores que podem ser racionalmente compreendidas, como a relação do álcool com suas consequências adversas, que surgem mais tardiamente. Isso é especialmente importante na adolescência, quando o planejamento a longo prazo não é uma característica plenamente desenvolvida. O efeito reforçador do uso de substâncias pode se dar por efeito fisiológico direto no organismo ou por efeito do reforço social associado – e, neste contexto, enfatizamos a importância do grupo de pares e até mesmo um possível efeito aumentado do *feedback* desse grupo no adolescente, em relação aos adultos, como características de risco do adolescente para o desenvolvimento de dependências<sup>15</sup>.

Outro conceito importante é o do desenvolvimento de pensamentos ou crenças disfuncionais. Algumas dessas crenças envolvem uma avaliação distorcida da realidade e de si mesmo (“Se eu não beber, não consigo me divertir”, “Se eu não fumar, não vão me aceitar no grupo”, “Todo mundo fuma maconha”).

O’Connel e Patterson<sup>16</sup> adaptaram modelos usados em adultos para uso em adolescentes com dependência química. Segundo eles, a TCC ensina ao paciente que seus pensamentos, crenças ou esquemas são responsáveis pelas emoções e condutas negativas. O terapeuta mostra ao paciente como seus pensamentos e crenças causam problemas e podem resultar em recaídas e outras dificuldades emocionais. Ensina que há situações de alto risco para recaídas, e que nesse momento é importante o uso das técnicas aprendidas na terapia e a evitação de pensamentos automáticos e distorções cognitivas. Algumas das distorções cognitivas citadas por eles são as exemplificadas abaixo:

- Supergeneralização: “Se aconteceu esta vez, vai acontecer em qualquer situação minimamente semelhante a esta.”
- Abstração seletiva: “Se eu escorreguei desta vez, todo o meu tratamento foi em vão e eu sou uma farsa.”
- Responsabilidade excessiva: “Se eu recaí, a culpa é só minha e nada mais influenciou nisso. Por isso não vou conseguir.”
- Suposição de causalidade temporal: “Foi assim no passado, então sempre vai ser assim.”
- Autorreferência: “Todo mundo está vendo que eu sou inadequado.”
- O efeito catástrofe: “Se eu recair, não vou conseguir parar nunca e vou acabar morrendo disso.”
- Pensamento dicotômico: “Eu recaí, então não estou em recuperação. Não há meio-termo.”

Algumas técnicas normalmente empregadas em vários modelos de TCC são:

- Análise de vantagens x desvantagens
- Identificação das crenças associadas ao uso de drogas
- Registro diário do uso de drogas, incluindo contexto do uso e consequências
- Identificação de situações de risco para recaídas
- Planejamento de estratégias para evitar a recaída

O projeto *Cannabis Youth Treatment Series*<sup>17,18</sup>, para atendimento de adolescentes usuários de maconha, descreve um atendimento com sessões estruturadas específico para adolescentes usuários de maconha, em dois programas diferentes, com 5 ou 12 sessões cada. Na realidade, ele mescla componentes de Terapia Motivacional com TCC, sendo que a primeira é aplicada individualmente, por três sessões, e a última nas sessões seguintes, com temas como recusa a ofertas de maconha, estabelecimento de um grupo propenso à recuperação, desenvolvimento de atividades prazerosas livres de drogas, e treinamento de técnicas de manejo com situações de risco inesperadas. O modelo de 12 sessões tem sessões adicionais sobre reconhecimento e manejo da raiva, resolução de problemas, habilidades de comunicação e manejo de sintomas de depressão e fissura. Mesmo considerando a duração maior do modelo de 12 sessões, ambos tiveram resultados comparáveis entre si e à Terapia de Suporte Familiar em um ensaio clínico<sup>19</sup>. A metanálise de Tanner-Smith e colaboradores<sup>5</sup> mostra que os tratamentos baseados em TCC, combinados ou não à Terapia Motivacional, têm eficácia comparável à de outros tratamentos, sendo somente um pouco inferiores à Terapia Familiar em tamanho de efeito. Podem também ser usados complementarmente a outros tipos de tratamento.

### **Entrevista Motivacional no tratamento de adolescentes com uso de substâncias**

A Entrevista Motivacional (EM), também conhecida como Terapia Motivacional, é outra modalidade de tratamento muito utilizada, tanto para adultos quanto para adolescentes usuários de substâncias. Ela foi criada na década de 70 por Miller e Rollnick<sup>20</sup> para tratamento de dependência de substâncias psicoativas, sendo que atualmente ela é utilizada também em outras condições nas quais a motivação para modificar algum hábito de vida seja parte importante do tratamento, como no tratamento da obesidade e do diabetes, por exemplo<sup>21</sup>. Porém, é ainda no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias sua maior utilização<sup>22</sup>.

A EM combina aspectos da terapia centrada no cliente com técnicas cognitivo-comportamentais, com o objetivo de aumentar a motivação intrínseca do paciente para a mudança. As intervenções são voltadas para o estágio da mudança em que o paciente se encontra, de acordo com o modelo transteórico

de mudança de Prochaska e DiClemente<sup>23</sup>, sendo esses estágios a pré-contemplação, a contemplação, a preparação, a ação, a manutenção e a recaída<sup>24</sup>.

Naar-King e Suarez<sup>25</sup> escreveram um livro sobre a aplicação de EM em adolescentes e adultos jovens. Além de ressaltar a abordagem a questões próprias do estágio do desenvolvimento, como a formação da identidade, autonomia, relação com pares e com os pais, sugerem muitas técnicas de uso da EM. A base da técnica consiste na aplicação do acrônimo OARS – que, em inglês, corresponde a questões abertas, afirmações, reflexões e resumos. Ou seja, de forma resumida: usam-se perguntas abertas para fazer o paciente trazer seu ponto de vista sobre os problemas relacionados ao seu uso de drogas, e se refletem de volta a ele, com algumas adaptações, os próprios argumentos que vão levar à mudança no comportamento. Quando o paciente demonstra estar no caminho da mudança, usam-se afirmações para estimulá-lo a seguir com esse comportamento. Por fim, resumem-se ao paciente os pontos mais importantes, para que ele tenha uma visão menos dissociada dos seus problemas. Os autores ressaltam que se deve sempre seguir o que se convencionou chamar “espírito” da EM: autonomia (do paciente em decidir o que deve fazer), colaboração (aliança terapêutica) e evocação (isto é, as razões e preocupações devem vir do paciente, não do terapeuta).

A EM já foi bastante estudada em adolescentes. Uma metanálise de 21 estudos<sup>26</sup> mostrou eficácia da EM no tratamento de adolescentes usuários de álcool, maconha e tabaco, com tamanho de efeito pequeno, mas consistente. É interessante notar que a maioria das intervenções estudadas (62%) consistiam de uma única sessão, e que a maioria dos interventores (79%) não tinham recebido treinamento extenso antes de aplicarem as técnicas motivacionais. Os treinamentos em EM usados nos estudos variam de 2 a 31 horas. Apesar de isso não ter sido avaliado especificamente, é de se supor que o custo de tais intervenções seja bastante baixo, propiciando sua indicação a um maior número de casos. O fato de poder ser utilizada em uma única sessão e ainda assim mostrar alguma efetividade possibilita que a EM possa ser incorporada a atendimentos primários em saúde, como em postos de saúde e emergências clínicas. Nesses *settings*, adolescentes frequentemente buscam auxílio devido a problemas de saúde relacionados ao uso de álcool ou drogas, e o fato de haver uma crise identificável (no caso, o problema de saúde que ocasionou a consulta) facilita a aplicação das técnicas de EM<sup>27</sup>.

Em comparação a outras formas de tratamento, é de se destacar que, em uma metanálise comparativa de Tanner-Smith e colegas<sup>5</sup>, a EM não foi menos eficaz que outras abordagens mais complexas em comparação direta, como a Terapia de Família, e foi mais eficaz que intervenções mais simples, como aconselhamento em grupo ou treino de habilidades sociais. Também é importante lembrar que frequentemente é associada a outras formas de terapia, agindo de forma complementar. Por exemplo, o já citado *Youth Cannabis Treatment Series*<sup>18</sup> inicia seus módulos de 5 ou 12 sessões com algumas sessões individuais de EM, que agem de forma complementar à Terapia Cognitivo-Comportamental aplicada posteriormente em grupo.

## Conclusão

O atendimento psicoterápico a adolescentes certamente constitui um desafio para a maioria dos terapeutas, devido à ampla gama de problemas próprios dessa faixa etária que podem ocorrer. Quando estes estão associados ao uso de álcool e drogas, o desafio torna-se maior ainda, o que se reflete claramente nos estudos sobre o tema. Realizar estudos com essa população envolve particularidades éticas e logísticas importantes, que resultam em menos pesquisas ou trabalhos de metodologia aquém do ideal. No entanto, existem modalidades de tratamento com demonstração de alguma eficácia para esses problemas.

As modalidades de tratamento aqui mencionadas podem parecer de pouca eficácia. Isso pode ser explicado, em parte, pelo tipo de desfechos selecionados pela maioria dos estudos – na prática clínica, muitas vezes podemos observar melhoras que não se traduzem por simples redução nos níveis de consumo ou aumento no número de dias em abstinência. Um relacionamento menos conflituoso com familiares e amigos, menos problemas legais ou retorno a atividades acadêmicas ou profissionais também são sinais de melhora, que devem ser ativamente buscados no tratamento psicoterápico com adolescentes. Inclusive, já foi proposto<sup>28</sup> que alguns componentes não específicos das terapias em questão, como ajudar os pacientes a estabelecer e atingir objetivos, aumento do monitoramento social, participação em atividades e grupos livres de drogas, modelagem por parte dos terapeutas e aprendizagem de técnicas para lidar com problemas cotidianos, são peças-chave comuns à maioria dessas abordagens e ao menos parcialmente responsáveis pela sua eficácia.

Uma observação deve ser feita em relação à Terapia Psicodinâmica. Apesar de essa modalidade de tratamento ser utilizada tradicionalmente com adolescentes em nosso meio<sup>29</sup> e de haver alguns estudos demonstrando sua eficácia em adultos<sup>30</sup>, ainda faltam estudos com crianças e adolescentes sobre o tema. Há estudos de seu uso em outros problemas, mas a maioria destes ainda exclui pacientes com uso de drogas de sua amostra<sup>31</sup>, possivelmente pelas dificuldades metodológicas já citadas.

Esta revisão abordou apenas as modalidades de psicoterapia referentes ao atendimento em consultório ou ambulatório. É importante lembrarmos que há também a possibilidade de outras formas de tratamento, envolvendo ambientes protegidos, atendimento por equipes multidisciplinares e uso de medicação. Porém, não nos parece possível o atendimento a esses pacientes sem uma abordagem psicoterápica, independente do *setting* em que esta venha a ocorrer.



## Referências

1. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, & Carlini EA. Trends in drug use among students in Brazil: analysis of four surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research = Revista Brasileira de Pesquisas Médicas e Biológicas / Sociedade Brasileira de Biofísica*. 2004;37(4):523-31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15064815>.
2. Fundação Oswaldo Cruz. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país. Brasil. 2011:1-12. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/menor-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>.
3. Grella CE, Hser YI, Joshi V, & Rounds-Bryant J. Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001;189(6):384-92.
4. Hser YI, Grella CE, Hubbard RL, Hsieh SC, Fletcher BW, Brown BS, & Anglin MD. An evaluation of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58(7):689-95.
5. Tanner-Smith EE, Wilson SJ, & Lipsey MW. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2013;44(2):145-58. doi:10.1016/j.jsat.2012.05.006
6. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Principles of drug addiction treatment: a research-based guide (3rd ed.). Washington, DC: National Institute of Drug Abuse; 1999. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>.
7. Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, Ptakowski KK. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44(6):609-21. doi:10.1097/01.chi.0000159135.33706.37
8. Winters KC, Botzet AM, & Fahnhorst T. Advances in adolescent substance abuse treatment. *Current Psychiatry Reports*. 2011;13(5):416-21. doi:10.1007/s11920-011-0214-2
9. Brendler, M. Familial and other social risk factors in adolescent substance abuse. In: Rosner R, editor. *Clinical handbook of adolescent addiction*. 1st ed. Singapore: Wiley-Blackwell; 2013. p. 147-153.
10. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators, and community leaders. Rockville, MD: NIH/NIDA; 2003. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents>.
11. Rowe CL. Family therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2012;38(1):59-81. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x
12. Baldwin SA, Christian S, Berkeljon A., & Shadish WR. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2012;38(1):281-304. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00248.x
13. Szobot C & Kaminer Y. O tratamento de adolescente com transtornos por uso de substâncias psicoativas. In: Pinsky I & Bessa MA, editores. *Adolescência e drogas*. 2a ed. Porto Alegre: Editora Contexto; 2009. p. 164-178.

14. Aleluia G. Diretrizes para terapia familiar no tratamento da dependência química. In: Diretrizes gerais para tratamento da dependência química. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2010. p. 149-168.
15. Casey BJ & Jones RM. Neurobiology of the adolescent brain and behavior: implications for substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49(12):1189-201; quiz 1285. doi:10.1016/j.jaac.2010.08.017
16. O'Connell DF & Patterson HO. Manutenção da recuperação e prevenção da recaída de adolescentes quimicamente dependentes. In: Reinecke MA, Dattilio FM, & Freeman A, editores. *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999. p. 75-90.
17. Sampl S & Kadden R. Motivational enhancement and cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users: 5 sessions. *Cannabis Youth Treatment Series*. 2001. Disponível em: <http://store.samhsa.gov/product/Adolescent-Cannabis-Users-Motivational-Enhancement-and-Cognitive-Behavioral-Therapy/SMA05-4010>.
18. Webb C, Scudder M, Kaminer Y, & Kadden R. The motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy supplement: 7 sessions of cognitive behavioral therapy for adolescent cannabis users. *Cannabis Youth Treatment Series*. 2008. doi:10.1037/e303292005-001
19. Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Funk R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2004;27(3):197-213. doi:10.1016/j.jsat.2003.09.005
20. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*. 1996;21(6):835-42.
21. Christie D & Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes, Obesity & Metabolism*. 2013:1-7. doi:10.1111/dom.12195
22. Burke BL, Arkowitz H, & Menchola M. The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2003;71(5):843-61. doi:10.1037/0022-006X.71.5.843
23. Prochaska JO, DiClemente CC, & Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*. 1992;47(9):1102-14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1329589>.
24. Prochaska J & DiClemente C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research*. 1982;19:276-288. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/journals/pst/19/3/276/>.
25. Naar-King S & Suarez M. *Motivational interviewing with adolescents and young adults*. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2011.
26. Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, & Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2011;79(4):433-40. doi:10.1037/a0023992
27. Flaherty LT. What's old is new: motivational interviewing for adolescents. In: Rosner R, editor. *Clinical handbook of adolescent addiction*. 1st ed. Wiley-Blackwell; 2013. p. 321-326.

28. Moos RH. Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007;88(2-3):109-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.10.010
29. Kessler F, Von Diemen L, Seganfredo AC, Brandão I, Saibro P, Scheidt B, Ramos SDP. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2003;25 Supl 1:33-41. doi:10.1590/S0101-81082003000400005
30. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 2005;86(Pt 3):841-68. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16096078>.
31. Palmer R, Nascimento LN, & Fonagy P. The state of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2013;22(2):149-214. doi:10.1016/j.chc.2012.12.001

### **Correspondência**

*Thiago Gatti Pianca*

Rua Ramiro Barcelos, 2350, sala 400N, 4º Andar

90035-903 Porto Alegre/RS

[tpianca@hcpa.ufrgs.br](mailto:tpianca@hcpa.ufrgs.br)

Submetido em: 21/01/2014

Solicitação de reformulações em: 14/04/2014

Retorno dos autores em: 05/05/2014

Aceito em: 28/05/2014