

## A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura

The importance of family in drug abuse treatment: a literature review

Miriam Schenker <sup>1,2</sup>

Maria Cecília de Souza Minayo <sup>3</sup>

### Abstract

*This article presents a literature review on family and two phases of drug addiction treatment: engagement and treatment itself. Referring to various studies, the article highlights the need for addicts to be treated together with their families in order to achieve satisfactory results. The study points to important socio-cultural issues that influence institutional treatment and emphasizes that treatment of addicts and their families fosters an understanding and basis for effective preventive action.*

*Substance Abuse; Adolescence; Family; Treatment*

<sup>1</sup> Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Centro Latino-Americano de Estudos da Violência, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

#### Correspondência

Miriam Schenker  
Rua Fonseca Teles 121,  
4º andar, Rio de Janeiro, RJ  
22250-020, Brasil.  
schenkerbrasil@hotmail.com

### Introdução

O presente artigo propõe uma revisão da literatura sobre tratamento para o uso indevido e/ou abusivo de drogas, desde o engajamento até o período posterior. Ressalta a importância da inserção da família nos diversos estágios, priorizando a adolescência como o momento do ciclo vital mais fértil para o uso indevido de drogas. Esta revisão, que abrange o período de 1995 a 2002, destaca os seguintes temas: (a) os métodos diversos para o engajamento do adicto no tratamento; (b) a diversidade de tratamentos para a adicção, com ênfase nos que abrangem a família e a rede social mais próxima do jovem adicto; (c) os aspectos reveladores do impacto de diferentes tratamentos na população estudada; (d) e o tratamento do uso abusivo de drogas em instituições, e suas repercussões.

O material analisado permitiu uma inferência sobre os estágios de tratamento da drogadição. A família apareceu como co-autora tanto do surgimento do abuso de drogas quanto como instituição protetora para a saúde de seus membros. Além disso, os estudos mostram, em sua maioria, que o uso indevido ou abusivo de drogas se dá, geralmente, na adolescência, sendo esses comportamentos multideterminados, incluindo-se, aí, vivências de situações de risco tais como delinquência, precocidade nas atividades sexuais e abandono dos estudos, entre outros.

A infância e a adolescência são períodos críticos para o desenvolvimento de: competências pessoais e interpessoais, aquisição de habilidades para atuar e tomar decisões. O uso de drogas é uma forma de lidar com as situações problemáticas da vida<sup>1</sup>. É, portanto, um fenômeno complexo, podendo ser entendido, em parte, pela análise do contexto sociocultural e familiar onde se forma. A pesquisa sobre os fatores contextuais, de risco e de proteção<sup>2,3,4</sup>, relevantes ao tratamento do uso indevido ou abusivo de drogas é uma necessidade, pois contribui para o entendimento e para uma ação efetiva em relação às possibilidades de prevenção.

## Material e método

A composição do presente artigo resultou de pesquisas nas bases de dados MEDLINE, SciELO, Science Direct, Psychological Abstracts, PubMed, Sociological Abstracts e Web of Science, entre os anos de 1995 e 2002, a partir das seguintes palavras-chave: adicção (*addiction*); uso de substância (*substance use*); adolescência (*adolescence*); família (*family*); tratamento (*treatment*). Artigos de anos anteriores são citados, ou encontram-se na bibliografia, na medida de sua importância para o tema em questão. Todo o material coletado, que constou de 57 artigos na sua íntegra, três resumos, cinco capítulos de livro, oito livros e cinco manuais de tratamento para adolescentes com uso abusivo de maconha foi devidamente fichado, analisado, comparado e avaliado quanto a sua contribuição para o objetivo já citado na introdução. Na medida em que o material foi sendo trabalhado, foi-se tornando clara a idéia de que, no tema em pauta, é preciso abordar, separadamente, os estágios do tratamento da adicção. E a família aparece como estrutura de relevância, em toda a literatura, pelo seu papel de co-autora tanto do surgimento do abuso de drogas quanto criadora de possibilidades de saúde para os seus membros.

## Discussão teórica

### Métodos para engajamento do adicto ao tratamento

Os métodos para o engajamento do sujeito adicto no tratamento<sup>5,6</sup> são descritos a seguir. O primeiro, mais antigo e em vigência por quase três décadas, é o método de “Intervenção” (*Intervention*) criado por Johnson em 1980. A intervenção é construída pelos familiares e pe-

las pessoas significativas para o adicto, visando a dar-lhe um ultimato quanto ao uso abusivo de drogas. Este método, amplamente utilizado, tem sido muito pouco avaliado quanto a sua eficácia.

O segundo, a “Abordagem de Reforço da Comunidade” (*Community Reinforcement Approach – CRA*), constitui-se como uma intervenção comportamental compreensiva. Foi criado para pacientes alcoólatras, com o intuito de reorganizar aspectos diversos da sua “comunidade” de forma a que passasse a ser mais atraente para eles um estilo de vida sóbrio, em lugar do que é um dominado por drogas e álcool. O CRA enfoca as contingências ambientais, por considerar que os reforços familiares, sociais, recreacionais e ocupacionais influenciam o indivíduo na mudança de seus comportamentos adictivos, fortalecendo o contexto que apóia a sobriedade e desencoraja o uso da substância nociva. Uma vez que os estágios iniciais de recuperação são, muitas vezes, precários, fazem parte do programa CRA, métodos de prevenção e cuidado com a recaída<sup>7</sup>. Numerosos estudos avaliativos atestam a eficácia desta intervenção<sup>8</sup>.

O terceiro método, “Treinamento de Reforço da Comunidade” (*Community Reinforcement Training – CRT*), advém do CRA de Azrin e colaboradores<sup>5</sup>. De acordo com os procedimentos do CRT, o profissional está disponível para ver o membro da família que telefona buscando auxílio neste mesmo dia. Além disto, está disponível, mesmo nas suas horas de lazer, para chamados de urgência da família, se, por acaso, o adicto entrar em crise. Pesquisas de avaliação, desenvolvidas por Azrin, atestam a eficácia desse método.

O quarto tipo de abordagem para o engajamento do adicto, o “Treinamento de Família e o Reforço da Comunidade” (*Community Reinforcement and Family Training – CRAFT*) foi desenvolvido para ajudar alcoólatras resistentes ao tratamento. Seu objetivo é auxiliá-los na busca de tratamento através da persuasão e do suporte de familiares (*Concerned Other – CO*) e de amigos. Pelo fato do CRAFT fazer uso do CO, é visto como um negativo da abordagem Al-Anon que encoraja os familiares a aceitarem a sua impotência em ajudar o alcoólatra, incitando-os a se desligarem para focar em suas próprias necessidades. Tanto o CRA quanto o CRAFT são amplamente desenvolvidos no estudo de Meyers e colaboradores<sup>8,9</sup>. Ambas as abordagens percebem a recuperação do adicto como muito afetada pelo contexto ou “comunidade” de reforço, compondo-se de família, amigos, trabalho, escola, grupo espiritual e grupos sociais.

O quinto tipo de abordagem é o método desenvolvido por Berenson para trabalhar com o membro mais motivado da família com o intuito de conseguir incluir o *alcoólatra* nos Alcoólatras Anônimos (AA). Além disto, cria estratégias com o cônjuge (no caso de casais) visando ajudá-lo (a) a desligar-se do(a) alcoólatra. Não há pesquisas desenvolvidas que atestem a sua eficácia.

A sexta forma de atuação é a que Thomas e associados desenvolveram e se denomina “Terapia de Família Unilateral” (*Unilateral Family Therapy – UFT*) combinando o CRA e a “Intervenção”. A terapia é feita com o cônjuge (no caso de casais), durante alguns meses, visando à entrada do adicto em tratamento. Há pesquisas, desenvolvidas por Thomas et al. 5, atestando a eficácia do método.

O “Aconselhamento Co-operativo” (*Co-operative Counseling*) desenvolvido por Yates 5 é a sétima forma de abordagem. Trata-se de um programa experimental, criado na Inglaterra. Envolve os membros da família através de uma campanha na mídia, com o objetivo de induzi-los a comparecer ao centro de tratamento a fim de serem treinados, no caso de estarem preocupados com o problema de alcoolismo de seus parentes. O autor obteve resultado, na medida em que 47% dos alcoólatras entraram em tratamento, ou melhoraram o seu funcionamento, quando algum membro de sua família compareceu ao treinamento.

A oitava abordagem é o “Método de Engajamento Sistêmico Estrutural-Estratégico” (*Strategic Structural-Systems Engagement – SSSE*), desenvolvido por Szapocznik et al. 5,10,11. Visa a engajar no tratamento o adolescente adicto e seus familiares. Parte das premissas da terapia sistêmica estrutural e estratégica onde a família é vista como um sistema social que estabelece padrões de transação rotineiros entre os seus membros e com o contexto. O tratamento foca a mudança desses padrões de interação que permitem, encorajam ou mantêm o sintoma. A resistência ao engajamento na terapia parte do mesmo princípio do tratamento: há que focar os padrões de interação para se tocar na estrutura familiar mal adaptada. Num estudo com 108 famílias hispânicas, os referidos autores conseguiram trazer 93% dos adolescentes e suas famílias para uma primeira reunião, utilizando-se do método “Estrutural Estratégico”, em contraposição a 43% dos sujeitos que receberam o “Tratamento Usual” (*Treatment as Usual – TAU*).

O nono tipo de método se intitula “Uma Sequência de Intervenção Relacional para o Engajamento” (*A Relational Intervention Sequence for Engagement – ARISE*). Foi criado para

vincular adictos muito ambivalentes em relação ao tratamento 5,6. O modelo ARISE, complementando o modelo de “Intervenção” de Johnson, desenvolveu-se a partir de premissas da teoria sistêmica da família. Configura-se como uma forma de intervenção mais flexível, ao permitir que a família, juntamente com seu membro adicto, decida quando tomar decisões mais severas em relação ao comportamento do usuário de drogas. Os resultados das pesquisas efetuadas com a aplicação do método ARISE 12 mostram a sua eficácia no engajamento do adicto ao tratamento, através de pessoas envolvidas (CO) com o seu problema na família.

Todos os métodos de engajamento ao tratamento por parte de adictos, citados acima, à exceção do SSSE, caracterizam-se como intervenções que envolvem a família, pois partem da premissa de que os familiares podem auxiliar o adicto a se engajar no tratamento de formas variáveis. Porém, nenhum deles considera a família como diretamente implicada na formação da adicção.

A abordagem comportamental intitulada “Terapia de Rede” (*Network Therapy – NT* 13), que também considera a família como um grupo que atua como substrato para a mudança mas não como co-geradora do comportamento adictivo, encontra-se no meio do caminho entre um método de engajamento do adicto no tratamento e o tratamento propriamente dito. Propõe-se a enfocar a intervenção que se vale do apoio da família e dos amigos e pode ser administrada em ambulatório tendo, como objetivo primeiro, a abstinência. O termo “Rede” vem do trabalho de Speck & Attneave 14 que utilizaram um amplo grupo de apoio da rede familiar e social dos pacientes como mediadores para o manejo psiquiátrico.

Geralmente os adictos e os usuários abusivos não mantêm uma família ou nunca formaram uma e têm dificuldade em sustentar as estruturas familiares funcionando. Isso se deve a sua grande dificuldade na regulação das relações e dos afetos. Os especialistas costumam dizer que os adictos substituíram o relacionar-se com pessoas por um relacionar-se com a substância de abuso. Então, é necessário buscar relações de cura nos grupos mais próximos que formam, para a NT, o grupo atuante como substrato para a mudança terapêutica. Através do tratamento, essa rede provê coesão e suporte ao adicto, diminui a possibilidade de ocorrência do mecanismo de negação, e promove a concordância com o tratamento. Torna-se cada vez mais claro que quanto maior o suporte que um adicto ou um usuário abusivo possa reunir, maiores as chances de consecução e manuten-

ção da abstinência, bem como de mudanças de comportamento. Estudos experimentais<sup>14</sup> atestam a eficácia da NT.

#### **Métodos de tratamento para o uso indevido ou abusivo de droga**

Estudos sobre adolescência e uso indevido de drogas<sup>3,9,15,16,17,18,19</sup> apresentam diversas formas de tratamento. Citam-se aqui as principais:

(1) “Terapia Comportamental” (*Behavioral Therapy*) – Baseia-se nos princípios do condicionamento clássico e operante – recompensa e punição de comportamentos considerados apropriados ou inapropriados, respectivamente –, afirma que o uso de droga é um comportamento aprendido pelo indivíduo em seu contexto. Por isso, o cerne da intervenção resume-se em primeiro, identificar os comportamentos que instigam o uso de drogas; em segundo lugar, prover o indivíduo de habilidades que rompam tal ciclo de conduta e, em terceiro, propiciar-lhe formas de lidar com situações propensas à recaída. Os pais aprendem esses princípios terapêuticos através de um treinamento sobre o gerenciamento e monitoramento parental de forma a utilizá-los com o adicto.

(2) “Terapia Comportamental Cognitiva” (*Cognitive Behavioral Therapy* – CBT) – Esta intervenção expande os princípios da terapia comportamental, ao reconhecer a influência de elementos cognitivos tais como: o processamento da informação, a aprendizagem social, e os estágios de desenvolvimento para a formação do indivíduo. O tratamento foca as interações entre os fatores comportamental, cognitivo, social e do desenvolvimento, visando a mudanças nas percepções e crenças e no comportamento do indivíduo. O uso de drogas é aqui entendido como funcionalmente relacionado aos problemas da vida do indivíduo e influenciado, por sua vez, pelos fatores sociais e cognitivos. O objetivo desta terapia é auxiliar no reconhecimento de situações que podem levá-lo ao uso de drogas; evitá-las mediante habilidades construídas e lidar com problemas associados a elas.

Todas as abordagens comportamentais consideram o abuso de substância como um comportamento aprendido, suscetível de alteração através de intervenções sobre o comportamento.

(3) “Terapia Motivacional” (*Motivational Therapy*) – Pretende auxiliar o indivíduo, de forma empática, a se movimentar pelos estágios de mudança que são os seguintes: *pré-contemplação*, em que a pessoa não reconhece ter problemas com drogas; *contemplação*, momento de ambivalência com relação às razões para a

mudança; *preparação*, onde há um aumento do compromisso com a transformação; *ação*, onde o indivíduo para de usar drogas; e *manutenção*, em que ele desenvolve um estilo de vida que evita a recaída.

(4) “Intervenções Farmacológicas” (*Pharmacotherapy*) – são usadas principalmente com adultos no tratamento de sintomas graves de dependência a drogas. Com adolescentes, podem ser utilizadas para a desintoxicação e tratamento de co-morbidade.

(5) “Terapia dos 12 Passos” (*Twelve-Steps Approaches*) – também conhecida como o “Modelo Minnesota” (*Minnesota Model*). Os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA) concebem a adicção como uma doença progressiva e crônica, caracterizada pela negação e pela perda de controle. A espiritualidade é um elemento chave nesses tratamentos. Pede-se aos participantes que aceitem, com humildade, o fato de terem perdido a batalha do controle sobre as drogas e se rendam ao Poder Superior. A ideologia dos 12 passos prega que a recuperação só é possível através do reconhecimento individual de que as drogas são um problema e da admissão da falta de controle sobre seu uso. As terapias dos 12 passos são utilizadas por adolescentes e adultos como complemento de tratamentos diversos. Entretanto, a filosofia que as fundamenta vai de encontro ao adolecer. Pedir que o adolescente aceite e renuncie em favor de um Poder Superior, num momento em que ele desenvolve sua identidade e poder pessoal, soa antitético.

Jaffe<sup>19</sup> implementou modificações nos primeiros cinco dos 12 passos de forma a adequar esta terapia aos adolescentes: ao se abster das drogas, o adolescente torna-se poderoso para a vida; o Poder Superior é um sentimento espiritual através do qual o jovem pode confiar em algo positivo – o grupo, outra pessoa, a natureza –; pede-se ao jovem que se volte para um programa positivo de vida; o jovem preenche um formulário com questões desde a sua infância até o presente e este relatório é verbalizado para um terapeuta ou conselheiro. A implementação dos passos que vão do seis ao doze dá-se após o tratamento, a partir do contínuo envolvimento do jovem com a comunidade dos grupos de mútua-ajuda. Alguns componentes desses programas são: terapia de grupo, aconselhamento individual, palestras e psicoeducação, aconselhamento familiar, atividades recreacionais e idas aos encontros dos grupos anônimos (AA, NA) que a comunidade oferece.

(6) “Abordagem da Comunidade Terapêutica” (*Therapeutic Community Approach* – TC) – trata-se de programas residenciais de longa

duração para adolescentes com severo abuso de drogas. O abuso de drogas é entendido como um distúrbio da pessoa global, resultado de uma interrupção do desenvolvimento normal da personalidade, com deficiências nas habilidades interpessoais e na consecução de objetivos. Então, o objetivo da TC é prover um meio seguro, saudável e acolhedor no qual o jovem possa desenvolver comportamentos, crenças e atitudes pessoais socialmente mais adaptados. A organização social da TC serve como uma família substituta para o adolescente, provendo um meio terapêutico e de apoio para que ele amadureça e cresça.

(7) “Intervenções Multi-Sistêmicas e Baseadas na Família” (*Family-based and Multi-Systemic Interventions*) – tais intervenções contextualizam o adolescente em sua família e na sociedade – seus pares, escola, comunidade – partindo do princípio de que as relações do adolescente com esses contextos podem ser saudáveis ou adoecidas, no último caso, facilitadoras do uso de drogas. Tais tratamentos têm como base as relações disfuncionais do indivíduo com qualquer um desses sistemas, de forma que a terapia terá, necessariamente, que envolver pessoas desses variados universos. Consideram que a dinâmica destas relações influencia seus pensamentos e suas percepções, contribuindo, então, para a formação de padrões de comportamentos. Reconhecem a influência crítica que o sistema familiar do adolescente tem no desenvolvimento e na manutenção de problemas de abuso de drogas.

Merecem destaque, neste conjunto de propostas, as diversas formas de terapia de família, consideradas essenciais para a abordagem da drogadição. O método de intervenção varia de acordo com a orientação teórica do terapeuta. Mas a maior parte delas vem da *teoria sistêmica*, em que a ênfase é dada à natureza relacional e contextual do comportamento humano. Nessa perspectiva, o funcionamento do indivíduo está reciprocamente interconectado ao dos outros indivíduos que compõem o seu primeiro contexto relacional: a família. Essa abordagem considera o comportamento como um sintoma da disfunção familiar, uma vez que o comportamento individual ocorre e adquire o seu significado no contexto dessa micro-instituição. A adicção é entendida como um conjunto de comportamentos desajustados que refletem problemas do sistema familiar como um todo<sup>20,21</sup>. As abordagens principais<sup>3,9,16,22,23,24</sup> para o tratamento da família são:

(1) “Modelo da Doença Familiar” – parte do princípio que a família e o adicto têm uma doença. É mais utilizado para tratamento do

alcoolismo e considera que os membros da família sofrem de co-dependência.

(2) “Terapia de Família Comportamental-cognitiva” – integra a teoria sistêmica com princípios e técnicas da CBT individual. Esta abordagem vê o uso abusivo de drogas do adolescente como um comportamento condicionado, reforçado por dicas, insinuações e contingências existentes dentro da família. As intervenções acarretam o gerenciamento das interações familiares, de tal forma que as condições e os comportamentos compatíveis com o uso de drogas sejam diminuídos, ao mesmo tempo em que os incompatíveis com o uso de drogas sejam reforçados.

(3) “Terapias Integrativas” – também chamadas de ecológicas, como a “Terapia de Família Multidimensional” (*Multidimensional Family Therapy* – MDFT<sup>25</sup>) e a “Terapia Multissistêmica da Família” (*Multisystemic Family Therapy* – MST<sup>23,26</sup>). A MST baseia-se nos conceitos da terapia de família sistêmica e também se pauta numa visão ecológica<sup>27</sup> por defender que os indivíduos fazem parte de sistemas complexos e interconectados que abarcam os fatores individuais, familiares e extra-familiares – amigos, escola, comunidade. O diferencial deste tratamento é efetuar as sessões na casa das famílias, ou em suas comunidades. Seus proponentes acreditam que desta forma, conseguem diminuir a resistência da população de jovens infratores com que trabalha, uma vez que promovem a aliança terapêutica. Os serviços são adaptados às conveniências de horário tanto da família quanto do terapeuta, inclusive nos fins de semana.

A MDFT, utilizada para análise de abordagem de sistemas sociais complexos, é usada para tratamento de problemas clínicos com drogas. As intervenções se dirigem para os sistemas onde a mudança se faz necessária. Tal método foi testado durante duas décadas nos Estados Unidos, com uma população etnicamente variada de adolescentes que apresentavam ampla margem de severos problemas<sup>28</sup>. A MDFT é concebida a partir de um misto de tradições teórico-clínicas: da teoria de risco e proteção<sup>2,29</sup>, da visão ecológica<sup>27</sup>, da psicologia do desenvolvimento<sup>30</sup> e da terapia de família estratégica e estrutural<sup>31,32,33</sup>. A MDFT possui uma versão de “alta potência”<sup>34</sup> do modelo para famílias e adolescentes considerados disfuncionais em várias áreas da vida: os alvos do tratamento são ampliados para incluir módulos que abranjam a intervenção na escola, o uso terapêutico de multimídia, a prevenção do HIV e da AIDS, por meio de manuais que facilitam a colaboração com o sistema de

justiça juvenil e a administração de intervenções psiquiátricas.

O uso abusivo de drogas pelo adolescente é visto, na teoria sistêmica, como um fenômeno multidimensional. Por isso, a MST e a MDFT visam a abordar todos os processos implicados no desenvolvimento tais como fatores intrapessoais, como a formação da identidade e da auto-competência; interpessoais, como as relações familiares e com os amigos; e contextuais, como o apoio da escola e a influência da comunidade, tendo em conta os elementos culturais envolvidos.

A MDFT utiliza a terapia de família feita em domicílio de forma regular, porque acredita em seus benefícios. Pois isso, além de levar a atuação do terapeuta aos locais do cotidiano, onde pode observar as interações familiares *in loco*, inteirar-se da ecologia da vizinhança e aproximar-se do grupo de amigos do adolescente, retira o ônus do deslocamento do grupo em tratamento. O intenso envolvimento procurado por este modelo de terapia é realçado pela confiança e pelas relações pessoais que se aprofundam e permitem maior compreensão do problema.

Há pesquisas que interrogam sobre as vantagens de trazer a MDFT do ambulatório para um programa comunitário de tratamento intensivo<sup>35</sup>. A intenção é avaliar os efeitos e a duração dessa transferência nos resultados clínicos. O processo de transferência de tecnologia visa a modificar, em níveis diversos do programa, as estruturas organizacionais, os padrões de comportamento e a atitude de inúmeros membros de uma equipe multidisciplinar.

As intervenções, cuja base é a família, podem ter maior sucesso no engajamento, na retenção e no resultado com os adictos do que as intervenções focadas no indivíduo<sup>9</sup>. Em geral, os profissionais de saúde ainda não incorporaram, na sua prática, o conhecimento advindo dessas intervenções, talvez pelo pouco acesso às investigações realizadas. Isso mostra que ainda há um fosso entre o mundo da pesquisa e o da prática clínica.

#### **O impacto de tratamentos diversos no uso abusivo de drogas**

Mede-se, em geral, a eficácia de uma intervenção pelo engajamento, retenção e modificação do comportamento relacionado ao problema. Estudos empíricos sustentam a idéia de que as abordagens de família são, de uma forma geral, mais bem sucedidas do que outras, para engajar clientes relutantes<sup>36</sup>, sobretudo na retenção dos sujeitos no tratamento de abuso de drogas<sup>37</sup>.

As pesquisas oferecem algum suporte de confiança na terapia de família para adultos adictos, além de corroborarem seu uso para tratamento de adolescentes<sup>37</sup>. Outrossim, revelam que a terapia de família produz resultados significativamente melhores do que o aconselhamento individual, a terapia de grupo de amigos, e várias outras formas de tratamento individuais e grupais.

Um grupo de pesquisadores<sup>36</sup> investigou a eficácia da “Terapia de Família Estratégica Breve” (*Brief Strategic Family Therapy* – BSFT) para engajar e reter famílias e/ou jovens no tratamento, quando comparada ao atendimento oferecido pela comunidade (*Community Comparison* – CC). A BSFT, que tem suas raízes teóricas na terapia sistêmica estrutural e estratégica, intervém nos padrões de interação familiar desajustados ao longo da retenção e do tratamento propriamente dito, visando à mudança de comportamento. Já o tratamento oferecido pela CC inclui sessões individuais e de família, sendo que, nessas últimas, comparecem os pais e o adolescente. O objetivo último é melhorar a relação do grupo familiar através do aperfeiçoamento da comunicação e o ensinamento de habilidades parentais. A BSFT foi considerada mais eficaz do que o CC no engajamento e na retenção das famílias e dos jovens no tratamento. O resultado encontrado mostra impacto na perspectiva de atendimento da saúde coletiva, pois as intervenções que conseguem engajar um público maior são mais desejáveis.

Outro estudo<sup>38</sup> pesquisou a eficácia de quatro intervenções terapêuticas para adolescentes que faziam uso abusivo de drogas, avaliados no quarto e no sétimo mês do tratamento. As intervenções investigadas foram: “Terapia Cognitivo-comportamental Individual” (CBT); “Terapia de Família”; “Terapia de Família e Individual Combinada”; e “Intervenção de Grupo”. As abordagens cognitivo-comportamentais (CBT) envolvem componentes das teorias da aprendizagem e são designadas para lidar com fatores individuais e intrapessoais associados ao uso de drogas. Visam possibilitar ao adolescente a identificação de objetivos comportamentais apropriados, no desenvolvimento da capacidade de auto-regulação e na capacidade de lidar com situações variadas.

O modelo utilizado neste estudo foi a “Terapia de Família Funcional” (*Functional Family Therapy* – FFT) que busca corrigir padrões de interação familiar desajustados, com o intuito de reduzir o envolvimento do adolescente com o uso abusivo de drogas. A combinação das intervenções individuais e de família, nesse estudo, objetiva avaliar os efeitos do tratamento in-

terativo para os adolescentes e suas famílias. Já a intervenção de grupo envolve elementos de treinamento de habilidades e educação.

As comparações entre os tratamentos baseados na família (FFT e “Terapia de Família e Individual Combinada”); e a abordagem individual (com a utilização da CBT); e a de grupo revelaram que os sujeitos obtiveram uma porcentagem significativamente menor de uso da droga nas duas condições de família do que na abordagem de grupo com quatro meses de tratamento. E do que a abordagem CBT aos sete meses de tratamento. Tais resultados dão suporte à eficácia diferenciada dos tratamentos de família em produzir mudanças de curto e médio prazo.

Outra pesquisa<sup>39</sup> alocou, randomicamente, 182 adolescentes que faziam uso abusivo de maconha e álcool em três tratamentos MDFT; “Terapia de Grupo para Adolescentes” (*Adolescent Group Therapy* – AGT); e “Intervenção Educacional Multifamiliar” (*Multifamily Intervention Education* – MEI). Cada tratamento foi administrado em ambulatório, uma vez por semana.

A MDFT e a MEI têm o objetivo de mudar o comportamento de criação dos filhos e as interações familiares. Entretanto a MDFT trabalha com uma família por vez; enquanto a MEI, com várias. A MDFT vem de uma tradição de terapia ou psicoterapia de família e a MEI é mais estruturada e orientada para a psicoeducação. MDFT e AGT focam o indivíduo adolescente, apesar de utilizarem formatos diversos – a primeira focaliza a família e a segunda, o grupo de amigos. MEI e AGT fundamentam-se no apoio do grupo de amigos. Utilizam o formato de grupo semi-estruturado e consideram que a influência dos amigos é o mecanismo primário de mudança. A avaliação dos três tratamentos foi feita a partir do início da intervenção, ao final e seis e doze meses após o término. Os resultados indicaram melhora no comportamento dos adolescentes nos três tratamentos, embora com maior consistência naqueles que se submeteram ao MDFT. Além disto, somente os adolescentes abordados por esse método mostraram melhora significativa em sua competência familiar. Essa competência foi avaliada por meio de vídeos sobre interações familiares, antes e após o tratamento. A MDFT mostrou, também, ser mais eficaz em relação à consecução de melhores notas finais, na avaliação escolar dos adolescentes. Este estudo reafirma, em acordo com a literatura<sup>37,40,41</sup> que certos tipos de abordagem baseados na família podem engajá-la e retê-la e aos adolescentes no tratamento, reduzindo o consumo de drogas de forma mais eficaz do que outros tipos.

Considera-se relevante citar uma pesquisa de follow-up referente a duas propostas terapêuticas<sup>42</sup> e entender, junto com os autores, o sucesso final de uma delas. Setenta e quatro sujeitos, com idades que variavam de 16 a 27 anos, foram alocados randomicamente em dois grupos para o tratamento do uso abusivo de cocaína e maconha durante oito meses: um modelo de “Aconselhamento Comportamental” e outro modelo de Apoio. Após o término dos tratamentos, quando o uso de drogas foi medido em termos do número de dias de uso/mês, os sujeitos do “Tratamento de Apoio” não diminuíram o uso tanto ao final do tratamento quanto no *follow-up* após nove meses. Ao contrário, adictos do grupo experimental diminuíram em 63% o uso de drogas ao final do tratamento e em 73% no *follow-up*. Segundo os autores, esses resultados favoráveis parecem atribuíveis à inclusão de familiares no modelo de “Aconselhamento Comportamental”, entre outras iniciativas.

Pesquisa recente sobre a eficácia e a adaptação de cinco métodos de tratamento para a utilização na clínica com adolescentes que fazem uso abusivo de maconha (The Cannabis Youth Treatment – CYT<sup>18,43,44</sup>), chegou a resultados instigantes: todos os programas de tratamento são eficazes para a questão. Os resultados foram avaliados em função da diminuição do uso da maconha e do baixo custo do tratamento em uma extensa amostra de 1.500 adolescentes. Esses tratamentos possuem manuais construídos<sup>45,46,47,48,49</sup>, o que permite, segundo os seus autores, replicações dos estudos que deles se utilizam.

Os métodos são os seguintes: (1) “Terapia Motivacional” / “Terapia Comportamental Cognitiva” (*Motivational Enhancement Therapy/Cognitive-Behavioral Therapy* – MET/CBT5), um modelo de tratamento de cinco sessões: duas sessões individuais, para apoiar a motivação para a mudança e três sessões de grupo, para trabalhar as habilidades de recusa; (2) CBT7, modelo que segue o anterior, provendo sessões de grupo adicionais; (3) “Rede de Apoio Familiar” (*Family Support Network* – FSN), utilizado para dar um suplemento: ao MET/CBT5 e a outros modelos de tratamento. O FSN também é utilizado como apoio familiar com visitas domiciliares e um trabalho educacional com os pais; (4) “Abordagem de Reforço da Comunidade do Adolescente”, uma abordagem adaptada do CRA, método já descrito, provendo 14 sessões individuais com o adolescente e/ou com familiares de apoio (CO) do adolescente; (5) MDFT, um modelo que integra o tratamento do abuso de drogas com 12 semanas de interven-

ção em 15 sessões (individual, família e sessões com sistemas múltiplos).

Cabe enfatizar ainda que um número maior de adolescentes retém os benefícios do tratamento para o uso abusivo de drogas no pós-tratamento quando submetidos a terapias de família<sup>50</sup> do que a outros tratamentos e que a terapia de família produz reduções significativas no uso de drogas do pré ao pós-tratamento. As pesquisas citadas apontam para a importância crescente do paradigma sistêmico na abordagem de família. Por isso, torna-se necessário o treinamento dos clínicos nessa modalidade de abordagem.

Uma das questões igualmente muito presente na literatura é o “Tratamento de Abuso de Drogas em Instituição”. Em geral, todos os estudos tratam do poder dos agentes sociais sobre a individualidade dos seus pacientes. As argumentações caminham no sentido de que os serviços sociais tendem a exacerbar a diluição da responsabilidade das famílias identificadas como negligentes ou abusivas<sup>46</sup>. Por outro lado, as práticas das agências são difíceis de serem erradicadas, pois têm suas raízes numa cultura que promove a transferência de funções das famílias para elas. É de se ressaltar que as próprias famílias, quando imersas nessa cultura, também conspiram com as agências, a favor de sua própria diluição. Por isso, vários autores consideram que esse tipo de interação pode, em parte, ser responsável pela pouca eficácia das terapias mediadas pelas agências sociais e não focadas na família.

Que famílias são as que acabam recebendo o apoio institucional das agências? São as que se encontram nos extremos de um contínuo de coesão. Por um lado, estão as que vivem de forma muito interligada, resistindo a intervenções externas. Negando que algo esteja errado com elas. De outro lado, estão as famílias que mal ficam juntas, famílias organizadas de forma “desengajada”, apresentando fraco vínculo entre seus membros. Há uma prevalência maior desse segundo tipo de família nas agências de serviço social que oferecem programas de adoção, de preservação da família, de reabilitação de álcool e drogas, e de justiça<sup>51</sup>. As agências desempenham um papel fundamental na negociação dos processos familiares, ocupando o lugar de peritas na tomada de decisões, administração de conflitos e educação das crianças. Ora, essas intervenções de natureza reguladora tendem a afrouxar os vínculos entre os membros do grupo familiar.

A idéia central da literatura sobre tratamento em instituições é de que a família diluída – desengajada dentro de um processo social mais

amplo – precisa reaver a função de regular sua vida relacional. Nutrir um processo familiar significa auxiliar a criança negligenciada a ser ouvida e respondida por seus pais, reforçando as relações primárias e, não, criar um ambiente asséptico entre o cliente *família* e a *agência social*, onde os conflitos familiares são evitados e não resolvidos.

Um estudo com mulheres cocainômanas no período pré-natal<sup>52</sup> foi feito numa clínica de um hospital da cidade de Nova Iorque, para avaliar a importância da implementação de um modelo multissistêmico de tratamento<sup>51,53</sup>. A nova unidade ficou responsável pelo processo decisório na interação com as várias esferas de influência: os pares do programa de tratamento da adicção, a comunidade das entidades de serviço social e a sociedade como um todo. Foram levantadas as necessidades básicas para o engajamento e a retenção dessa população no tratamento. As pacientes foram encorajadas a retomar o contato com a família extensa.

É preciso ressaltar que essa proposta constitui uma atitude inovadora já que os programas de tratamento envolvem, geralmente, um número maior de relações que se superpõem entre agências de serviço social, a rede familiar e de apoio social. As mulheres, em geral, são tratadas mais como objetos dessas agências múltiplas de serviço social do que como sujeitos. Ao contrário, o objetivo do programa de tratamento multissistêmico foi o de apoiar as pacientes no estabelecimento de seu sentido de família: em primeiro lugar o vínculo mãe-bebê. Em segundo lugar, dar-lhes suporte e a suas unidades familiares, para tomar decisões e fazer negociações com as diversas esferas de influência do programa de tratamento da adicção. Ou seja, esse modelo de tratamento chama atenção para os recursos próprios da família e da comunidade, na promoção da cura de seus membros.

O programa obteve maior participação ativa dos pais dos bebês promovendo a formação de um grupo de apoio parental onde se enfatizou o desenvolvimento do vínculo entre os membros da família nuclear. Houve aumento na porcentagem de exames de urina livres de drogas para o grupo de mulheres recebendo tratamento multissistêmico.

Um programa de atendimento institucional deverá, portanto, auxiliar os adultos na tarefa de se tornarem pais, atendo-se à formação de um vínculo de qualidade entre os membros da família nuclear e desta com a família extensa. Além disso, a instituição deverá apoiar a família na tomada de decisão de suas questões com múltiplos setores, possibilitando, assim, que

ela se torne autora de sua história e sujeito de suas ações.

## Conclusão

Os estudos aqui citados contribuem para o entendimento de como a família está implicada no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros, já que ela é entendida como sendo o elo que os une às diversas esferas da sociedade. A linguagem familiar imprime a sintaxe, a semântica e a pragmática do como se relacionar, interagir e se comportar no seio da cultura. Os estudos apontam para a complexa influência da família, da escola e do grupo de amigos no caso da manifestação do uso abusivo de drogas, principalmente na adolescência. Os tratamentos são construídos, em sua maioria, na busca de engajamento e retenção daquele que abusa da droga, seja através das figuras significativas da família que se preocupam com ele, seja trabalhando de forma terapêutica o contexto familiar sob a ótica sistêmica.

De forma geral, os autores estão antenados com o pensamento ecológico ao afirmarem que estamos todos interligados e interconectados de forma que, a mudança em um de nós, provoca reverberação em todo o sistema. A grande contribuição resultante da discussão desses diversos estudos é a comprovação da importância da família para a formação e o desenvolvimento do uso abusivo de drogas. Como consequência irrefutável, há necessidade de se tratar o sistema familiar para a transformação da adicção em produção de saúde. A questão das drogas invade múltiplos contextos que, conforme bem apontam os artigos, têm de ser envolvidos na abordagem do jovem.

## Resumo

*Este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre as duas fases do tratamento do adicto e de sua família: o engajamento e o tratamento propriamente ditos. Ressalta, através de diversos estudos, a necessidade do adicto ser atendido juntamente com a sua família para um resultado satisfatório do tratamento. Aponta para questões socioculturais importantes que interferem no tratamento realizado em Instituições. Enfatiza que o tratamento do adicto e de sua família contribui para o entendimento e as bases de uma ação efetiva de prevenção.*

*Abuso de Substância; Adolescência; Família; Tratamento*

Os tratamentos que envolvem a ecologia do jovem que usa droga de forma abusiva, bem representados aqui pela "Terapia de Família Multidimensional"<sup>34</sup>, são os que melhor abrangem a complexidade do fenômeno da adicção. Entretanto, a proposta de tratamento nessa abordagem e em todas as outras aqui citadas ainda se atrela à epistemologia mais antiga do pensamento sistêmico ao pretender trabalhar habilidades e operacionalizar condutas da família sem levar em consideração, por exemplo, a formação dos vínculos familiares, a influência da pessoa do terapeuta na produção de qualquer material junto com a família. Mas, uma vez que, ao observar o mundo, o terapeuta revela as suas propriedades como observador, cai por terra a noção de neutralidade e objetividade, dando lugar às suas construções subjetivas. A nova epistemologia<sup>54,55</sup> refere-se ao ser humano como um sistema auto-organizador, fonte de perturbações e não de instruções do meio, por ser dotado de uma estrutura e uma organização particulares. A relação com o outro não pode determinar ou instruir o seu comportamento. Então, os manuais e as formulações operacionais dos diversos tratamentos provavelmente terão alcance limitado para a produção de mudanças do adicto e do sistema familiar.

Como bem ressalta Colapinto<sup>51</sup>, as idéias norteadoras desses métodos de tratamento descartam a noção de que a família é a matriz da identidade familiar<sup>32</sup>, porque utilizam a técnica, entendida como um grupo de habilidades e não como uma experiência interpessoal, para explicar a criação dos filhos. Enfatizam a eficácia instrumental como sendo mais importante do que o poder nutriente de uma relação. E ressaltam as características objetivas do ambiente familiar como mais relevantes do que as nuances sutis do vínculo pais-criança.

## Colaboradores

M. Schenker efetuou a revisão bibliográfica sobre o tema "família e tratamento do uso abusivo de drogas" e elaborou uma primeira versão do artigo. A versão final foi escrita juntamente com M. C. S. Minayo, que deu forma ao artigo e participou na construção de sua elaboração final.

## Referências

1. Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and abuse among children and teenagers. *Am Psychol* 1989; 44:242-8.
2. Hawkins JD, Catalano RF, Miller JY. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull* 1992; 112:64-105.
3. Ozechowski TJ, Liddle HA. Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000; 3:269-98.
4. Liddle HA, Hogue A. Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In: Wagner EF, Holly B, editors. *Innovations in adolescent substance abuse interventions*. Amsterdam, Netherlands: Pergamon/Elsevier Science Inc.; 2001. p. 229-61.
5. Garrett J, Landau-Stanton J, Stanton MD, Stellato-Kabat J, Stellato-Kabat D. ARISE: a method for engaging reluctant alcohol-and-drug dependent individuals in treatment. *J Subst Abuse Treat* 1997; 14:235-48.
6. Garrett J, Landau J, Shea R, Stanton MD, Baciewicz G, Brinkman-Sull D. The ARISE intervention: using family and network links to engage addicted persons in treatment. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15:1-11.
7. Smith JE, Meyers RJ, Miller WR. The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *Am J Addict* 2001; 10 (Suppl):51-9.
8. Meyers RJ, Smith JE, Lash D. The community reinforcement approach. In: Galanter M, editor. *Recent developments in alcoholism*. v. 16. Research on alcoholism. New York: Kluwer/Plenum; 2003. p. 1-22.
9. Meyers RJ, Apodaca TR, Flicker SM, Sharon M, Slesnick N. Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *Family Journal* 2002; 10:281-8.
10. Szapocznik J, Perez-Vidal A, Brickman AL, Foote FH, Santisteban D, Hervis O. Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: a strategic structural systems approach. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:552-7.
11. Santisteban DA, Szapocznik J, Perez-Vidal A, Kurtines WM, Murray EJ, Laperriere A. Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *J Fam Psychol* 1996; 10:35-44.
12. Landau J, Stanton MD, Brinkman-Sull D, Ikle D, McCormick D, Garret J, et al. in press. ARISE Treatment Engagement Outcomes. 1-55.
13. Keller DS, Galanter M. Technology transfer of network therapy to community-based addictions counselors. *J Subst Abuse Treat* 1999; 16:183-9.
14. Galanter M, Brook D. Network therapy for addiction: bringing family and peer support into office practice. *Int J Group Psychother* 2001; 51:101-22.
15. Bukstein O, Work Group on Quality Issues. Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (10 Suppl):140-56.
16. Weinberg NZ, Rahdert E, Colliver JD, Glantz MD. Adolescent substance abuse: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:252-61.
17. Deas D, Thomas SE. An overview of controlled studies of adolescent substance abuse treatment. *Am J Addict* 2001; 10:178-89.
18. Muck R, Zempolich KA, Titus JC, Fishman M, Godley MD, Schwebel R. An overview of the effectiveness of adolescent substance abuse treatment models. *Youth Soc* 2001; 33:143-68.
19. Jaffe SL. Treatment and relapse prevention for adolescent substance abuse. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49:345-52.
20. Kaufman E, Kaufmann PN, editors. *Family therapy of drug and alcohol abuse*. New York: Gardner Press, Inc.; 1979.
21. Stanton MD, Todd TC. *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press; 1982.
22. Liddle HA. Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. *Psychotherapy* 1995; 32:39-57.
23. Kazdin AE, Weisz JR. Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:19-36.
24. Liddle HA, Hogue A. A family-based, developmental-ecological preventive intervention for high-risk adolescents. *J Marital Fam Ther* 2000; 26:265-79.
25. Liddle HA, Diamond G. Adolescent substance abusers in family therapy: the critical initial phase of treatment. *Family Dynamics Addiction Quarterly* 1991; 1:55-68.
26. Henggeler SW, Melton GB, Smith LA. Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *J Consult Clin Psychol* 1992; 60:953-61.
27. Brofenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development. *Dev Psychol* 1986; 22:723-42.
28. Liddle HA. Theory development in a family-based therapy for adolescent drug abuse. *J Clin Child Psychol* 1999; 28:521-32.
29. Brook JS, Nomura C, Cohen P. A network of influences on adolescence drug involvement: neighborhood, school, peer, and family. *Genetic, Social, and General Psychol Monogr* 1989; 115:123-45.
30. Sroufe LA, Rutter M. The domain of developmental psychopathology. *Child Dev* 1984; 55:17-29.
31. Haley J. *Leaving home: the therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill; 1980.
32. Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press; 1974.
33. Minuchin S, Fishman HC. *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press; 1981.
34. Rowe C, Liddle HA, McClintic K, Quille T. Integrative treatment development. In: Lebow J, editor. *Handbook of psychotherapy*. New York: John Wiley and Sons; 2002. p. 1-32.
35. Liddle HA, Rowe C, Quille TJ, Dakof GA, Mills DS, Sakran E, et al. Transporting a research-based adolescent drug treatment into practice. *J Subst Abuse Treat* 2002; 22:231-43.

36. Coatsworth JD, Santisteban DA, McBride CK, Szapocznik J. Brief strategic family therapy versus community control: engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Fam Process* 2001; 40:313-32.
37. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of controlled, comparative studies. *Psychol Bull* 1997; 122:170-91.
38. Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, Peterson TR, Turner CW. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69:802-13.
39. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug use: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27:651-88.
40. Liddle HA, Dakof GA. Family-based treatment for adolescent drug use: state of the science. In: Rahder E, Czechowicz D, editors. *Adolescent drug abuse: clinical assessment and therapeutic interventions*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1995. p. 218-54. (NIDA Research Monograph, 156).
41. Liddle HA, Dakof GA. Efficacy of family therapy for drug abuse: promising but not definitive. *J Marital Fam Ther* 1995; 21:511-43.
42. Azrin NH, Acierno R, Kogan ES, Donohue B, Besalel VA, McMahon PT. Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug use. *Behav Res Ther* 1996; 34:41-6.
43. Dennis ML, Titus JC, Diamond G, Donaldson J, Godley SH, Tims FM, et al. The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: rationale, study design and analysis plans. *Addiction* 2002; 97(Suppl 1):16-34.
44. Diamond G, Godley SH, Liddle HA, Sampl S, Webb C, Tims FM, et al. Five outpatient treatments models for adolescent marijuana use: a description of the Cannabis Youth Treatment Interventions. *Addiction* 2002; 97 (Suppl 1):70-83.
45. Sampl S, Kadden R. Motivational enhancement therapy and cognitive behavioral therapy (MET-CBT-5) for adolescent cannabis users. DHHS Publication No. (SMA) 01-3486. Cannabis Youth Treatment Manual Series, Volume 1. [http://www.chestnut.org/li/cyt/products/mcb5\\_cyt\\_v1.pdf](http://www.chestnut.org/li/cyt/products/mcb5_cyt_v1.pdf) (acessado em 23/Mai/2003).
46. Webb C, Scudder M, Kaminer Y, Kadden R, Tawfik Z. The METCBT5 Supplement: 7 sessions of cognitive behavioral therapy (CBT 7) for adolescent cannabis users. DHHS Publication No. (SMA) 02-3659. Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 2. [http://www.chestnut.org/li/cyt/products/CBT7\\_CYT\\_v2.pdf](http://www.chestnut.org/li/cyt/products/CBT7_CYT_v2.pdf) (acessado em 23/Mai/2003).
47. Hamilton N, Brantley L, Tims F, Angelovich N, McDougall B. Family support network (FSN) for adolescent cannabis users. DHHS Publication No. (SMA) 01-3488. Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 3. [http://www.chestnut.org/li/cytiproducts/FSN\\_CYT\\_v3.pdf](http://www.chestnut.org/li/cytiproducts/FSN_CYT_v3.pdf) (acessado em 23/Mai/2003).
48. Godley SH, Meyers RJ, Smith JE, Godley MD, Titus JM, Karvinen T, et al. The adolescent community reinforcement approach for adolescent cannabis users. DHHS Publication No. (SMA) 01-3488. Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 4. [http://www.chestnut.org/li/cytiproducts/acra\\_cyt\\_v4.pdf](http://www.chestnut.org/li/cytiproducts/acra_cyt_v4.pdf) (acessado em 23/Mai/2003).
49. Liddle HA. Multidimensional family therapy (MDFT) for adolescent cannabis users. DHHS Publication No. (SMA) 02-3660. Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, Volume 5. [http://www.chestnut.org/li/cytiproducts/MDFT\\_CYT\\_v5.pdf](http://www.chestnut.org/li/cytiproducts/MDFT_CYT_v5.pdf) (acessado em 23/Mai/2003).
50. Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Tejada M. Treating adolescent substance abuse: a comparison of individual and family therapy interventions. *J Consult Clinical Psychol*. In press.
51. Colapinto J. Dilution of family process in social services: implications for treatment of neglectful families. *Fam Process* 1995; 34:59-74.
52. Egelko S, Galanter M, Dermatis H, Demaio C. Evaluation of a multisystems model for treating perinatal cocaine addiction. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15:251-9.
53. Minuchin S. *Family kaleidoscope: images of violence and healing*. Cambridge: Harvard University Press; 1984.
54. Maturana H, Varela F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. São Paulo: Workshopsy; 1987.
55. Rapizo R. *Terapia sistêmica de família: da instrução à construção*. Rio de Janeiro: Instituto Noos; 1996.

Recebido em 21/Nov/2002

Versão final reapresentada em 23/Mai/2003

Aprovado em 26/Dez/2003