

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE – UFCSPA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Leandro Alencastro Santos**



**Terapia Cognitivo-Comportamental  
Familiar por meio de grupos  
multifamiliares no tratamento para o  
Transtorno Relacionado a  
Substâncias**

**UFCSPA**

**Universidade Federal de Ciências da Saúde  
de Porto Alegre**

**Porto Alegre  
2014**

**Leandro Alencastro Santos**

# **Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar por meio de grupos multifamiliares no tratamento para o Transtorno Relacionado a Substâncias**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora Dra. Helena Maria Tannhauser Barros  
Coorientadora: Dra. Maristela Ferigolo

**Porto Alegre  
2014**

## **AGRADECIMENTOS**

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Os cumprimentos serão realizados pessoalmente.

## RESUMO

**Introdução** – O Transtorno Relacionado a Substâncias (TRS) é responsável por crescentes prejuízos em diferentes áreas para indivíduos, famílias e comunidades em todo o mundo. A etiologia multifatorial deste transtorno envolve fatores genéticos e ambientais tornando complexo seu tratamento. Desta forma se faz necessário o desenvolvimento e aperfeiçoamento de intervenções para indivíduos e suas famílias. **Objetivos** - Verificar a eficácia/efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar sobre a mudança de comportamentos de codependência de familiares, motivação para mudança de comportamentos, sintomas de depressão e ansiedade em familiares de indivíduos que apresentam TRS. **Metodologia** – Foi realizado um ensaio clínico randomizado com 43 familiares de indivíduos com TRS utilizando-se das intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar (TCCF) e da psicoeducação por meio de grupos multifamiliares. **Resultados:** Nas análises para verificar se existia diferença entre a primeira e a segunda aplicação dos questionários observou-se que para a intervenção da psicoeducação codependência, sintomas de depressão e ansiedade tinham diferenças estatísticas. Para TCCF a motivação também teve diferença na aplicação antes e após a intervenção. **Discussão:** Ambos os modelos de intervenções apresentaram resultados positivos relacionados à diminuição de comportamento de codependência dos familiares de indivíduos com TRS. No entanto não foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos em relação à mudança de comportamentos de codependência entre familiares de indivíduos com TRS. Quando comparada as intervenções a TCCF obteve resultados melhores na diminuição dos sintomas depressivos e de ansiedade e aumento da motivação para mudança de comportamento.

**Palavras Chave:** Terapia Cognitivo-Comportamental, substâncias, famílias, grupos.

## ABSTRACT

**Introduction** - Substance-related disorder (SRD) is responsible for increasing damages in different areas to individuals, families and communities in worldwide. The multifactorial etiology of this disorder involves genetic and environmental factors making complex treatment. It is necessary development and refinement of interventions to individuals and their families. **Objectives** - To determine the efficacy/effectiveness of Cognitive-Behavioral Family Therapy (CBFT) about changing behaviors of codependency family, motivation to change behavior, symptoms of depression and anxiety in family members of individuals who have SRD. **Methodology** - a clinical trial randomized was conducted with 43 family members of individuals with TRS using the interventions of Cognitive-Behavioral Family Therapy and psychoeducation through multifamily groups. **Results** - In the analysis to verify if there was a difference between the first and second administration of the questionnaires, observed that for the intervention of psychoeducation, codependency, symptoms of depression and anxiety were statistical differences. To CBFT motivation also had differences in the application before and after intervention. **Discussion** - Both models of interventions showed positive results related to decrease of the codependency behavior of family members of individuals with TRS. However no statistical differences between groups were found in terms of changing behaviors of codependency among relatives of individuals with TRS. When compared to interventions TCCF obtained better results in the reduction of depressive and anxiety symptoms and increased motivation to change behavior.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy, substances, families, groups.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| Quadro 1 - Sinais e Sintomas da Codependência..... | 19 |
| Figura 1 – Diagrama do CONSORT.....                | 48 |

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Características Sócio Demográficas (n=43) da amostra de familiares que participaram das intervenções da TCCF e da Psicoeducação.....79

**Tabela 2** - Principais diferenças entre as aplicações das escalas de codependência, sintomas de depressão, sintomas de ansiedade e motivação entre as intervenções da TCCF e psicoeducação.....81

## LISTA DE ABREVIATURAS

CEP: Comitê de ética em pesquisa

DSM-IV TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais –  
4ª edição

DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª  
edição

OMS: Organização Mundial da Saúde

SAMHSA: Substance Abuse & Mental Health Services Administration

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences* - versão 19.0

TCCF: Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar

TCLE: termo de consentimento livre e esclarecido

TRS: Transtorno Relacionado a Substâncias

UFCSPA: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre



## SUMÁRIO

|                                                                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                                      | <b>10</b> |
| 1.1 Trastorno Relacionados a Substâncias e famílias.....                                                                       | 10        |
| 1.2 Codependência.....                                                                                                         | 18        |
| 1.3 Terapia Cognitivo-Comportamental e grupos<br>multifamiliares.....                                                          | 22        |
| <b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>                                                                                                    | <b>27</b> |
| <b>3 OBJETIVOS.....</b>                                                                                                        | <b>28</b> |
| 3.1 Objetivo geral.....                                                                                                        | 28        |
| 3.2 Objetivos específicos.....                                                                                                 | 28        |
| <b>4 REFERÊNCIAS.....</b>                                                                                                      | <b>29</b> |
| <b>5 ARTIGO: Intervenção Cognitivo-Comportamental Familiar no Transtorno<br/>Relacionado a Substâncias: estudo piloto.....</b> | <b>41</b> |
| <b>6 APÊNDICE A Detalhamento das intervenções.....</b>                                                                         | <b>82</b> |
| 6.1 APÊNDICE B Justificativa para a diferença do n amostral descrito no<br>projeto e amostra efetiva do artigo.....            | 87        |
| <b>7 ANEXOS.....</b>                                                                                                           | <b>88</b> |
| 7.1 Anexo A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido .....                                                                   | 88        |
| 7.2 Anexo B - Parecer de Aprovação do CEP.....                                                                                 | 90        |
| 7.3 Anexo C - Escala de Avaliação da Codependência.....                                                                        | 94        |
| 7.5 Anexo D - Escala Ladder.....                                                                                               | 96        |
| 7.6 Anexo E - Escala para avaliar sintomas de ansiedade de Beck.....                                                           | 97        |
| 7.7 Anexo F - Escala para avaliar sintomas de depressão de<br>Beck.....                                                        | 100       |
| 7.8 Anexo G – Normas para publicação.....                                                                                      | 102       |



## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Transtorno Relacionado as Substâncias e Famílias

Atualmente, a problemática do uso de álcool e outras drogas têm ocupado lugar de destaque em nossa sociedade. Os prejuízos atingem diferentes esferas sociais, desde os gastos financeiros em saúde, passando pelas questões de violência e, também causando sofrimento para comunidades, famílias e indivíduos, conforme estudo da Organização Mundial da Saúde intitulado ATLAS 2010 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Este estudo afirma que o álcool e as drogas ilícitas são responsáveis por 5,4% de toda gama das doenças mundiais. É preocupante o consumo global de drogas lícitas e ilícitas, assim como, a amplitude de seus prejuízos (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUG AND CRIME, 2013).

O DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), traz onze critérios divididos em quatro grupos para caracterizar o Transtorno Relacionado a Substâncias (TRS) e sua gravidade. O primeiro grupo de critérios está relacionado ao prejuízo no autocontrole do indivíduo (Critérios de 1 a 4);

- O indivíduo pode consumir a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que tinha inicialmente previsto (Critério 1);
- O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou manter o mesmo nível de consumo da substância podendo, também, relatar várias tentativas frustradas de diminuir ou interromper o uso (Critério 2);
- O indivíduo pode gastar uma grande quantidade de tempo para obter a substância, utilizar a substância ou se recuperar dos efeitos causados pelo uso da substância (Critério 3);
- Fissura, manifesta-se por um intenso desejo de consumir a substância, que pode ocorrer a qualquer momento, mas é mais provável que ocorra em um ambiente onde a substância anteriormente foi obtida ou utilizada (Critério 4).

O segundo grupo de critérios tem relação com os prejuízos sociais (Critérios de 5 a 7);

- O uso recorrente da substância pode resultar em fracassos para cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (Critério 5);

- O indivíduo pode continuar o uso da substância, apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do consumo da substância (Critério 6);

- Atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes podem ser abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância. O indivíduo pode retirar-se das atividades da família ou de atividades de lazer com o intuito de utilizar a substância (Critério 7).

O terceiro grupo de critérios inclui riscos causados pelo consumo (Critérios 8 e 9);

- O uso recorrente da substância acontece mesmo em situações que trazem riscos físicos (Critério 8);

- O indivíduo pode continuar o uso da substância mesmo sabendo que possui um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que é provável que tenha sido causado ou exacerbado pelo uso da substância (Critério 9).

O quarto grupo inclui critérios farmacológicos (Critério 10 e 11);

- Tolerância é caracterizada por exigir uma dose significativamente aumentada da substância para atingir o efeito desejado ou um efeito significativamente reduzido quando realizado o consumo da dose comum (Critério 10);

- Abstinência é uma síndrome que acontece quando diminui a concentração da substância no organismo de um indivíduo que estava fazendo um consumo pesado, este indivíduo tem a tendência a consumir uma quantidade maior da substância para diminuir os sintomas desagradáveis causados pela síndrome de abstinência (Critério 11).

A gravidade do TRS pode ser classificada, segundo o DSM V, diferentemente do DSM IV, da seguinte forma:

- 0 a 1 critério – sem diagnóstico;
- 2 a 3 critérios – TRS leve;
- 4 a 5 critérios – TRS moderado;
- 6 ou mais critérios – TRS grave (DSM V, 2014).

Todos os níveis de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas são considerados de risco para a saúde do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Nos últimos anos, o TRS tem sido melhor explicado pelo modelo biopsicossocial como um problema multifacetado, requerendo o conhecimento de diversas áreas para

seu tratamento, pesquisa e prevenção (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O TRS é uma doença multifatorial tendo em sua etiologia determinantes relacionados a fatores genéticos e ambientais como família e sociedade (COSTELLO et al., 2013; LÈVESQUE et al., 2014). As intervenções farmacológicas e psicossociais possuem evidências em relação aos seus benefícios para o tratamento para TRS, principalmente quando atuam conjuntamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Uma vez que o tratamento farmacológico não contempla sozinho resultados satisfatórios para o tratamento deste transtorno, se faz necessário a pesquisa e o aprimoramento das intervenções psicossociais

Fatores familiares, incluindo psicopatologia dos pais, conflitos familiares, distanciamento nas relações familiares e déficits parentais são todos fortes preditores de iniciação do uso de substâncias (TOBLER; KOMRO, 2010). Outros aspectos do ambiente familiar podem estar relacionados ao TRS: 1) uso/abuso de substâncias por parte dos pais; 2) personalidade dos pais; 3) relacionamento pais e filhos e coesão familiar; 4) influências dos irmãos (GALANTER; KLEBER, 2008).

A proximidade entre família, o desenvolvimento e perpetuação do TRS tem sido estudada trazendo diferentes enfoques desta relação. No contexto familiar, dificuldades na comunicação, violência e uso de drogas por adultos, são fatores que podem estar relacionados ao uso de drogas dos filhos (NUNÕ-GUITIÈRREZ; GONZALEZ-FORTALEZA, 2004). Uma pesquisa realizada no Brasil com 3000 crianças e adolescentes dependentes químicos apontou que a desestruturação familiar é o principal fator condicionante para que crianças e adolescentes sofram com problemas relacionados ao TRS (FREIRE; LOBO; OLIVEIRA, 2010). Os principais descritores destacados pela pesquisa foram: desagregação familiar quando o pai abandona o lar (20%); desestruturação ou dissolução do núcleo familiar (14%); dependência química nas famílias (13%); prostituição materna (12%) e violência doméstica (7%) (FREIRE; LOBO; OLIVEIRA, 2010). Intervenções de orientação aos pais e às famílias podem prevenir ou diminuir o abuso de substâncias (LOCHMAN; STEENHOVEN, 2002).

Em relação às doenças mentais a família pode ser um elemento capaz de fornecer suporte, ou então, de exacerbar os sintomas destas doenças (MEIS et al., 2013). A utilização de drogas por um membro da família aponta para o comprometimento de diferentes áreas das relações humanas da estrutura familiar

(PAYÁ; FIGLIE, 2004). É verificada a dificuldade em estabelecer limites por regras claras, problemas de comunicação, e comportamentos de codependência (GALANTER; KLEBER, 2008). Temos a família como um terreno fértil tanto para instalação do TRS quanto para a possibilidade de promoção de saúde. A família é coautora do surgimento do abuso de drogas, mas também existe como instituição protetora da saúde de seus membros (MINAYO; SCHENKER, 2004). A terapia familiar é um elemento essencial da estratégia de tratamento (SADOCK; SADOCK, 2008). A situação de vulnerabilidade familiar e sua cronicidade têm sido um grande desafio para pesquisadores (BONNAIRE et al., 2014). Foi encontrada associação entre adesão ao tratamento para a dependência química e participação da família em grupos multifamiliares, participação de dois ou mais familiares repercute em uma adesão de até 57,9%. (SEADI; OLIVEIRA, 2009).

No Brasil, segundo o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD), existem aproximadamente 8 milhões de dependentes de álcool e/ou maconha e/ou cocaína, representando mais de 8 milhões de pessoas. Estima-se que pelo menos 28 milhões de familiares convivam hoje com uma pessoa que apresenta o TRS. Ressaltamos que não existia até então no Brasil nenhum estudo de âmbito nacional focado nas famílias. Apesar de escassas, as pesquisas nacionais que envolvam famílias e TRS apresentam fortes evidências do impacto que este transtorno causa principalmente em familiares próximos, como cônjuges, pais e filhos. Não raramente, esses familiares apresentam sintomas físicos e psicológicos que estão relacionados à convivência com usuário de substâncias. É de fundamental importância que se realizem pesquisas para investigar o perfil dos cuidadores destes indivíduos com TRS a fim de que seja possível o planejamento de tratamentos mais amplos e eficientes e, também, de políticas públicas que deem suporte para esta população (INSTITUTO NACIONAL DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ALCOOL E OUTRAS DROGAS, 2013).

A família pode apresentar fatores protetivos específicos que funcionam contra o aumento de uso de substâncias pelos adolescentes (SCHLAUCH, 2013). Laços afetivos e suporte familiar estão relacionados a altos níveis de apego entre pais e filhos, considerados fatores protetivos ao uso de álcool e drogas (KING; CHASSIN, 2004; LOCKE; NEWCOMB, 2004; RYZIN et al., 2012; STONE et al., 2012). Outros fatores protetivos podem ser ressaltados: suporte emocional, comunicação aberta e frequente dos pais com seus filhos, o engajamento dos filhos em atividades familiares

e regras em relação ao uso de substâncias(KOSTERMAN et al., 2000; STRONSKI et al.,2010; VAN DER VORST et al., 2005;WANG et al., 2005).Estes fatores estão associados à diminuição do uso de substâncias pelos adolescentes e adultos. Estudos referem que os fatores familiares de risco e proteção para o TRS para aos adolescentes, também estão equivalentes aos adultos jovens (COSTELLOet al., 2013; LÈVESQUE et al.,2014; RYZIN et al., 2012).As relações familiares podem ser examinadas a partir da avaliação da existência de conflitos e laços afetivos familiares significativos quando se estuda o uso de substâncias por adultos jovens (STONE et al., 2012).

A associação entre os relacionamentos familiares disfuncionais e uso de substâncias por adolescentes e adultos parece ser recíproca (SHIN et al.; 2010). O gerenciamento familiar é um conceito amplo que inclui monitoramento e controle por parte dos pais da disciplina dos filhos, e também um sistema eficiente que recompense os bons comportamentos. Essas práticas de organização familiar estão associadas a um menor consumo de substâncias dos adultos jovens (STONE et al., 2012).A falta do monitoramento parental das atividades dos filhos e do seu grupo de amigos, assim como, a qualidade das relações familiares, funcionam como preditores para uso de substâncias, destacando o uso pesado de álcool (FALLU et al., 2010; LÈVESQUE et al., 2014).O uso de substâncias antes dos dezessete anos é um forte preditor para o desenvolvimento do TRS no início da idade adulta (BROOK et al.; 2002). Fatores familiares como: conflito familiar, uso de drogas por outros membros da família e estresse parental podem contribuir para uma recaída após o tratamento para TRS(FALS-STEWART et al., 2005). Os problemas nas relações familiares também podem ser fortes motivadores para o engajamento no tratamento para adolescentes e adultos (HANDELSMAN; STEIN; GRELLA, 2005).

O princípio da Organização Mundial da Saúde para os tratamentos do TRS inclui o envolvimento de familiares como um elemento relevante(SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2004).Intervenções de base familiar estão relacionadas a resultados positivos para o tratamento para o uso de substâncias (AKRAM; COPPELO, 2013).

Em função da estreita relação entre o funcionamento familiar e o TRS, fica evidente a necessidade de aproximação da família dos tratamentos, (BODENMANN al., 2008; BYRNE; CARR;CLARK, 2004; MIKLOWITZ et al., 2003; MUESER et al., 2009).Pesquisas ressaltam que os tratamentos baseados na família obtêm os

melhores resultados no tratamento para o TRS (LIDDLE; WEISZ; KAZDIN, 2010). Atualmente é reconhecida a existência de uma forte evidência para a eficácia dos modelos de tratamentos para TRS para adolescentes a adultos que incluem a família, beneficiando não somente o usuário de substâncias, mas todos os membros familiares (CARR, 2009; HOGUE; LIDDLE, 2009; ROWE, 2012; SPRENKLE, 2012; SYDOW et al., 2013). Além do reconhecimento da forte eficácia para tratamento do TRS, as abordagens de famílias são constantemente citadas como as mais efetivas formas de intervenção para esta população (CARROLL; ONKEN, 2005; WALDRON; TURNER, 2008).

Ressaltamos que a Terapia Familiar e o modelo de tratamento baseado na família são qualquer intervenção que tem como objetivo alterar as interações entre membros da família melhorando seu funcionamento (SADOCK; SADOCK, 2008). Os benefícios da terapia familiar estão relacionados à adesão, retenção no tratamento do TRS, diminuição do uso de droga e melhora do funcionamento familiar (OZECOWSKI; LIDDLE, 2000; STANTON; SHADISH, 1997; WALDRON; TURNER, 2008). As dificuldades em relação à adesão ao tratamento para TRS são reconhecidas na literatura. A disfuncionalidade da hierarquia familiar pode contribuir para a resistência dos usuários de substâncias para aderir a um tratamento (WALDRON et al., 2007). Os modelos de tratamentos baseados na família apresentam índices de retenção superiores quando comparados a outras abordagens terapêuticas (SYDOW et al., 2013). Os índices de desistência do tratamento resultantes deste modelo são menores quando comparados a outras formas de intervenções (SYDOW et al., 2010). Os modelos de tratamentos baseados na família demonstram eficácia para diferentes aspectos como: sintomas de saúde mental, melhora dos familiares, problemas com a justiça e desempenho escolar (SYDOW et al., 2013).

No processo de tratamento para o TRS, crenças, mitos, pensamentos e comportamentos do usuário de substâncias psicoativas são com frequência respostas da reação a outros membros da família (PAYÁ; FIGLIE, 2004). Durante o tratamento é necessário que a família mude a visão que tem de si mesma: de vítima à coparticipante, de culpada à corresponsável, de impotente à competente (COSTA; SUDBRACK, 2009). A Terapia de Família é considerada um componente essencial da estratégia de tratamento (SADOCK; SADOCK, 2008).



Os modelos de terapia familiar apresentados a seguir são atualmente usados como bases para o tratamento e intervenções específicas para o abuso de substâncias (ROWE, 2012):

1) Terapia Familiar Multidimensional (TFMD) (LIDDLE et al., 2002): é uma terapia que integra o atendimento familiar e a terapia individual, dando suporte para o TRS. A intervenção da TFMD trabalha quatro domínios, visando a mudanças no adolescente (questões de desenvolvimento intrapessoal e relacional), nos pais (funcionamento individual dos pais, e dos pais como dupla de cuidadores), no ambiente familiar (padrões transacionais), e nos sistemas extra familiares que exercem influência sobre o adolescente e sua família (escolas, sistema de justiça juvenil). As intervenções iniciais desenvolvem alianças com os adolescentes, pais e membros influentes sistemas extra familiares. A TFMD apresenta resultados em relação à retenção dos adolescentes no tratamento (LIDDLE, 2010).

2) Terapia Multissistêmica (TM): é uma abordagem ecológica social que modifica os múltiplos fatores de risco que criam e mantêm o abuso de drogas na adolescência e delinquência. É amplamente reconhecida como uma das abordagens mais eficazes para a redução da delinquência juvenil (CURTIS; RONAN; BORDUIN, 2004). Com o objetivo de reestruturar o ambiente da juventude para reduzir o comportamento anti social, os terapeutas desta abordagem trabalham ativamente e intensamente tanto no lar, quanto na comunidade. O modelo demonstrou significativas taxas de retenção e efeitos consistentes sobre a delinquência, e uso de substâncias (HENGGELE et al., 1996).

3) Intervenções ecológicas: Esta intervenção objetiva a redução da delinquência e do abuso de drogas por meio de intervenções que mudam o ambiente da juventude, bem como a dinâmica familiar, as intervenções ecológicas têm recebido atenção. Por exemplo, a intervenção Ecológica Baseada na Família (IEBF) (SLESNICK; PRESTOPNIK, 2005) foi desenvolvida com base em modelos da TFM que enfatizam a mudança no funcionamento familiar, bem como outros sistemas que afetam a criança. IEBF também foi influenciada pelo tratamento da família e intervenções em situação de crise, com seu foco principal em ajudar adolescentes a se reunir com suas famílias e reduzir seu uso de drogas, comportamentos sexuais de risco, e outros problemas.

4) Terapia Familiar Funcional (TFF) (ALEXANDER; PARSONS, 1982) é uma terapia de base comportamental, voltada para os sistemas da família que visa a alterar

os padrões familiares desadaptativos que mantêm os problemas da adolescência. O tratamento objetiva alterar interações familiares negativas e usa intervenções comportamentais para reforçar formas positivas de responder à intervenção. Também, aborda a resolução de problemas dentro da família. Pesquisas referem que a TFF traz benefícios terapêuticos como a melhora do funcionamento familiar e a redução da reincidência de comportamentos problemas de adolescentes. Pesquisas com esta abordagem foram fundamentais para o posterior desenvolvimento de estudos de tratamentos de base familiar para adolescentes usuários de drogas (ROWE, 2012).

5) Programa de pesquisa da Terapia Estratégica Breve Familiar (TEBF):(SZAPOCZNIK; HERVIS; SCHWARTZ, 2003) baseia-se em estudos anteriores que mostram resultados importantes desta abordagem com adolescentes hispânicos com comportamentos problemas (SZAPOCZNIK et al., 1989). A TEBF (SZAPOCZNIK; WILLIAMS, 2000) baseia-se em três princípios da terapia familiar estrutural (MINUCHIN, 1974), sendo eles as estratégias de unir familiares, de se realizar um diagnóstico do padrão familiar, e de reestruturar as interações familiares. Esta abordagem tem como objetivo aproximar o adolescente do tratamento para que ele consiga realizar mudanças significativas em sua vida.

6) Modelos de Terapia Familiar Integrativa (MTFI). LATIMER, et al., (2003) integraram a intervenção familiar e a abordagem da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento do TRS, tendo resultados satisfatórios. Modelos integrativos apresentam bons desfechos, porém ainda são necessárias mais pesquisas para definir os elementos essenciais dessas abordagens (CARROLL, ONKEN, 2005).

Três estudos sobre o tratamento de drogas na adolescência concluíram que abordagens baseadas na família são consistentemente distinguidas por seu rigor metodológico (ROWE, 2012). Os estudos de VAUGHN E HOWARD (2004) sobre abordagens familiares para tratamento do TRS concluem que a TFMD e a abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos surgem como as mais eficazes. A revisão realizada por BECKER E CURRY'S (2008), com base em estudos de alta qualidade sobre tratamento de drogas para adolescentes apontou que a TFMD e a TM obtiveram efeitos superiores a outras abordagens nesta modalidade de intervenção. TEBF, TM também foram citadas como abordagens “provavelmente eficazes” para o tratamento do TRS (WALDRON, TURNER 2008).

Os resultados dos modelos de tratamento por meio de grupos multifamiliares, em relação ao custo-efetividade são promissores, sendo indicada a inclusão nos

sistemas de saúde (SYDOW,2013).Ressaltamos que apesar da sua significativa relevância, o Brasil não tem tradição em pesquisas de custo-efetividade principalmente no âmbito da saúde mental e contexto do TRS, sendo escassa a produção deste material.

## **1.2 Codependência**

A codependência pode surgir quando existe um membro da família com o TRS(SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2004).Define-se codependente aquela pessoa que tem o seu comportamento controlado pelo comportamento do usuário de substâncias, que muitas vezes é um familiar (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2011).O termo codependente é utilizado para representar o indivíduo cujos padrões comportamentais foram afetados significativamente pelo uso ou dependência de substâncias de um dos seus familiares (SADOCK; SADOCK, 2008).Também é considerada como um padrão de comportamento disfuncional entre um indivíduo que possua o TRS e outro adulto de significativa importância na sua vida como a esposa, outro familiar ou um amigo (FISHER; ROGET, 2009).

São características de comportamentos de indivíduos codependentes: exercer controle, pois acreditam que outros são incapazes de cuidar de si mesmos; normalmente apresentam baixa auto estima e tendência a negar seus próprios sentimentos; são excessivamente complacentes; comprometendo seus próprios valores e integridade para evitar rejeição ou raiva; eles muitas vezes reagem de forma sensível, uma vez que apresentam dificuldades para lidar com rupturas, problemas ou decepções; permanecem leais a pessoas que não fazem nada para merecer sua lealdade(SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2004).Comportamentos codependentes estão associados a uma dependência pouco saudável dos outros para satisfazer suas necessidades emocionais. Esta dependência excessiva, muitas vezes gera relações interpessoais disfuncionais (DAIRE; JACOBSON; CARLSON, 2012). Não raramente, parte da configuração de uma família afetada pelo TRS é dada a partir de uma dupla rígida, tendo o usuário de substâncias uma relação simbiótica e conflituosa com o familiar codependente (GUIMARAES, ALELUIA, 2012).O codependente demonstra-se

obcecado pelos comportamentos do indivíduo que sofre pelo TRS (FISHER; ROGET, 2009). Este comportamento do codependente, de forma direta ou indireta, acaba facilitando a continuidade do uso de substâncias por seu familiar.

Uma pesquisa realizada com mães de adolescentes e jovens adultos com TRS referiu que 80% das mães apresentaram algum nível de codependência, 48,2% baixa, 28,2% moderada, e 3,5% severa, o que confirma a possibilidade da codependência nestas mães ser derivada das relações afetivas com filhos usuários de substâncias (MOLINA; VILLALOBOS, 2010). A questão da codependência em mulheres, geralmente mães e esposas de indivíduos com TRS, pode ser explicada, entre outros motivos, por fatores culturais em função do papel de cuidadora que as mulheres exercem (HERNÁNDEZCASTAÑÓN; VILLARLUIS, 2005).

Algumas vezes o indivíduo dependente reconhece que deve abandonar seu cônjuge porque o relacionamento não é saudável, mas não o faz porque ao mesmo tempo nega seu problema por um mecanismo de auto engano, e ainda, tende a acreditar que é responsável por mudar a outra pessoa, e sua felicidade, depende disto (NORIEGA et al., 2008). Esta relação intensa e de proximidade entre o usuário de substâncias psicoativas e o codependente, é verificada por diferentes autores, conforme descrito no Quadro 1.

**Quadro 1: Sinais e Sintomas da Codependência**

| SINAIS E SINTOMAS                                                                                                                                                     | MANIFESTAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                | AUTORES                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Extrema externalização significa a tentativa de obter carinho e atenção a partir de comportamento altruísta. Foco no outro significa preocupação baixa consigo mesmo. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- As condutas são determinadas por forças externas e não por decisões voluntárias.</li> <li>- Tendência de necessitar de outras pessoas para obter aprovação e sentido de identidade.</li> </ul>                                                      | Beattie (2009); Cermak (1986); Dear e Roberts (2000); Hughes-Hammer, Martsolf e Zeller (1998); Noriega et al. (2008). |
| Inadequado manejo dos sentimentos significa falta de clareza na expressão dos sentimentos.                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimento de merecimento do sofrimento, pois se percebem culpados merecedores das agressões do usuário.</li> <li>- Compreensão de que amor é sofrimento e sacrifício.</li> <li>- Priorizar as necessidades do usuário em prol das suas.</li> </ul> | Beattie (2009); Cermak (1986); Dear e Roberts (2000); Hughes-Hammer, Martsolf e Zeller (1998).                        |

|                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dificuldade de impor limites nas relações significa comportamento permissivo e dificuldade na resolução de problemas. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimento de culpa e ansiedade pelos comportamentos inadequados do usuário.</li> <li>- Percebe como traição ao usuário a imposição de limites acerca de suas condutas.</li> <li>- Comportamentos de tolerância frente ao uso de drogas que agem como reforçadores à manutenção do consumo.</li> </ul> | Beattie(2009); Dear e Roberts (2000); Hughes-Hammer, Martsof e Zeller (1998); Noriega et al.(2008); Rotunda, West e O'Farrel(2004). |
| Doenças Psicossomáticas e Depressão                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças associadas à codependência.</li> <li>- Doenças orgânicas não justificadas em exames clínicos</li> </ul>                                                                                                                                                                                        | Dear e Roberts (2000); Harkness (2003); Hughes-Hammer, Martsof e Zeller(1998);Pérez Gómes e Delgado Delgado (2003).                 |

Fonte: Adaptado de Bortolon (2010).

O codependente apresenta uma “atadura emocional” com a patologia do familiar, geralmente usuário de substâncias psicoativas, e cuida excessivamente do outro, sentindo-se útil e valorizado(Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, 2010). A codependência é entendida como um comportamento e não um diagnóstico e tem relação com a incapacidade de tolerar afetos negativos(MCGRATH; OAKLEY, 2011).Verificou-se associação entre a escolaridade e a codependência. É importante identificar os comportamentos de codependência que, de alguma forma, reforçam o comportamento de uso de substâncias para que eles façam parte do planejamento do tratamento (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2004). O TRS e a codependência compartilham características em comum como: negação,obsessão, compulsão e perda de controle. Ambos são comportamentos socialmente aprendidos que afetam a saúde física e mental de quem faz o consumo das substâncias e de quem convive diariamente com este usuário (HERNÁNDEZCASTAÑON;VILLARLUIS, 2008).A codependência também está relacionada ao altruísmo patológico, pois envolve aspectos socialmente valorizados como a motivação para o cuidado do outro e empatia. O codependente, em função de vieses cognitivos que são interpretações distorcidas da realidade, apresenta

dificuldades em perceber os prejuízos objetivos que causa a si mesmo e ao outro (OAKLEY, 2013).

É possível encontrar três aspectos distintos no conceito de codependência: foco no outro, ocultação de si mesmo e controle excessivo (PÉREZGÓMEZ; DELGADO DELGADO, 2003). O codependente tem foco excessivo no atendimento do outro à custa da própria gratificação. Jeffrey Young que desenvolveu a Terapia do esquema, explica o comportamento de codependência como resposta a ativação de esquemas desadaptativos remotos. Tais esquemas seriam definidos como um tema ou padrão amplo e difuso formado por memórias, emoções e sensações corporais que pode ser relacionado a si próprio ou a outras pessoas, desenvolvido na infância ou adolescência (YOUNG, 2003). A razão mais comum para o comportamento de codependência segundo YOUNG (2003) seria para evitar a culpa e o sofrimento do familiar usuário de substâncias psicoativas. Para YOUNG (2003) e seus colegas, o conceito de auto sacrifício se sobrepõe ao conceito de codependência, muitas vezes apresentados por familiares de indivíduos com o TRS. A relação de indivíduos codependentes e seus parceiros íntimos usuários de substâncias pode ser, em parte, explicada a partir da necessidade do codependente agir a partir do padrão de auto sacrifício e necessidade de controle. Indivíduos com o TRS tem vidas desregradas, sendo este um atrativo para os padrões cognitivos e comportamentais dos codependentes (SHOREY; ANDERSON; STUART, 2011). Foi verificada nesta pesquisa a possibilidade dos esquemas dos usuários de substâncias e de seus parceiros íntimos estarem inter-relacionados. Como consequência do TRS a vida dos indivíduos que sofrem deste transtorno torna-se bastante desregada, tendo eles dificuldades para organizar aspectos do seu cotidiano, como a alimentação, vestuário ou pagamento de contas, etc. Desta forma, um indivíduo codependente com esquema de auto sacrifício, que tende a abrir mão de suas necessidades para dar suporte ao outro, para um indivíduo que sofre do TRS, pode ser útil.

Em relação ao sentimento de culpa, existe uma tendência dos familiares a se sentirem culpados por enfrentarem a complexidade da problemática da dependência química (PAYÁ; FIGLIE, 2004). Nos grupos multifamiliares, os temas culpa e/ou, culpabilização eram recorrentes (SEADI; OLIVEIRA, 2009). A abordagem multifamiliar por meio de grupo tem como característica possibilitar a cada membro do grupo ver os demais em interação, isto é, passar da compreensão particular à compreensão do outro, ampliando a percepção tanto das dificuldades quanto das formas de solucioná-

las. O atendimento multifamiliar oportuniza às famílias repensarem os seus conceitos e incluírem-se no projeto de mudança (SEADI; OLIVEIRA, 2009).

Poucos autores têm pesquisado estratégias de intervenções para tratar da codependência (PÉREZ GÓMES; DELGADO DELGADO, 2003). É verificada a importância de se realizar mais pesquisas a fim de se obter melhor compreensão sobre a natureza da codependência e porque ela pode ser importante principalmente no contexto do TRS (HURCOM; COPELLO; ORFORD, 2000; OAKLEY, 2013). Este entendimento também é de grande valia para que seja possível o aprimoramento de técnicas de intervenções para o tratamento do TRS para usuários e familiares a fim da diminuição do sofrimento e obtenção de melhores resultados.

### **1.3 Terapia cognitivo-comportamental e grupos multifamiliares**

A necessidade de contato humano tem em sua origem um expressivo determinante biológico, que faz dos humanos, seres essencialmente sociais, esta propensão a se reunir é uma poderosa ferramenta terapêutica (SCHEIDLINGER, 2000). A eficácia do tratamento do abuso de substâncias pode ser aumentada pela terapia de grupo, além de proporcionar benefícios que a terapia individual não atinge (WASHTON; ZWEBEN, 2009). A terapia familiar e a terapia de grupo se tornaram para abusadores e dependentes químicos, tratamentos de escolha (BROOK; GALANTER, 2009). Os fatores terapêuticos encontrados nos grupos sob o enfoque da teoria cognitiva comportamental são: otimismo, inclusão, aprendizado grupal, modificações de padrões desajustados de relacionamento, coesão grupal e processamento emocional no contexto grupal. Os elementos citados são essenciais no processo terapêutico que possibilita atingir as metas da intervenção (OLIVEIRA et al., 2011).

A terapia de grupo tem sido tradicionalmente o tratamento mais popular para o TRS e o tratamento de escolha para este transtorno, tendo sua indicação e reconhecimento aumentado (KHANTZIAN; GOLDEN-SCHULMAN; MCAULIFFE, 2008). Grupos terapêuticos, quando trabalhados adequadamente, podem oferecer suporte a quem está em sofrimento, promover vínculos saudáveis e ensinar novas habilidades sociais, podendo ser, em alguns casos, mais benéficos que a terapia individual (SCHEIDLINGER, 2000).

A terapia de grupo apresenta duas forças quando comparada à terapia individual: a possibilidade de feedback imediato por outros pacientes e a chance de observar diferentes respostas psicológicas, emocionais e comportamentais de uma variedade de pessoas (SADOCK; SADOCK, 2008).

A Terapia de Grupo Multifamiliar é uma forma específica da Terapia de Família e de grupo (OLIVEIRA et al., 2011). Esta modalidade de terapia tem apresentado resultados promissores como parte do tratamento de transtornos psicológicos graves como: esquizofrenia, estresse pós-traumático, TRS, Transtorno Bipolar, Transtorno de Humor em crianças (SCHÄEFER, 2008)

A terapia de grupo multifamiliar é reconhecida pela SAMHSA como uma prática baseada em evidências (SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2006). Estudos apontam que os grupos multifamiliares apresentam benefícios terapêuticos tais como a diminuição do desgaste de quem cuida e convive com um portador de algum sofrimento psíquico (DAY et al., 2013). Estes benefícios apontam para a redução das taxas de recaída em diferentes transtornos psicológicos, melhora do funcionamento social e diminuição da sobrecarga de cuidadores (KOPELOWICZ et al., 2012).

A Terapia de Grupo Multifamiliar no tratamento para o TRS apresenta as seguintes vantagens: mudança de antigos padrões disfuncionais, a possibilidade de a família sentir-se cuidada e trabalhar com a equipe de forma construtiva, ajudar a família a entender como o usuário de substâncias se sente melhorando a empatia, eliminando comportamentos destrutivos e comunicação agressiva, entre outras (SCHÄEFER, 2008).

A Terapia de Grupo Multifamiliar incorpora psicoeducação, treinamento de comunicação e desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas e oferece também suporte social pelo seu formato de grupo (FRISTAD et al., 2009; SCHÄEFER, 2008; SHERMAN; PERLICK; STRAITS-TRÖSTER, 2012; SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, 2006). Intervenções psicossociais que envolvem famílias, psicoeducação e treinamento de habilidades favorecem benefícios ao tratamento farmacológico (FRISTAD; MACPHERSON, 2014).

A psicoeducação familiar tem se mostrado eficaz na prevenção de recaída entre os doentes mentais graves (SHERMAN; PERLICK; STRAITS-TRÖSTER, 2012). Pesquisas envolvendo 5 países referem que intervenções a partir de grupos multifamiliares baseadas na família e na rede social apresentaram resultados



promissores por duas razões: a participação de familiares e amigos próximos no tratamento faz com que seus efeitos sejam ampliados, além do efeito causado pela relação com um profissional da saúde. Ainda, os problemas de saúde físicos e psicológicos de familiares e amigos diminuem (DAY et al., 2013).

O grupo multifamiliar pode ser visto como uma variação da Terapia de Família, na qual as famílias trocam experiências, fornecem suporte entre elas, reconhecem e compreendem o que acontece com sua própria família percebendo fenômenos similares nos demais grupos familiares (SCHÄEFER, 2008). O grupo oferece suporte particularmente útil nos momentos de grandes dificuldades (GHODSE, 2010). Na Terapia de Grupo Multifamiliar, os participantes compartilham problemas similares e comparam suas interações com as interações das outras famílias do grupo (SADOCK; SADOCK, 2008).

Os grupos multifamiliares apresentam características que embasam seus benefícios terapêuticos apresentando uma lógica própria. Estas características serão apresentadas a seguir: criar solidariedade, superar a estigmatização e o isolamento social, estimular novas perspectivas, espelhar-se nos outros, construir competências, intensificar interações e experiências, praticar novos comportamentos em lugar seguro (ASEN; SCHOLZ, 2010).

Os grupos multifamiliares utilizam como estratégias terapêuticas o desenvolvimento de habilidades de comunicação, de enfrentamento e o desenvolvimento de atividades conjuntas entre usuário, familiares, amigos e rede de apoio para ajudar no processo de tratamento (DAY et al., 2013). Pesquisas recentes têm testado abordagens de tratamento integradoras que combinam intervenções da terapia familiar com outras abordagens terapêuticas para tentar maximizar seus efeitos no tratamento para o TRS (ROWE, 2012).

É crescente a aplicação na clínica da Terapia Cognitivo-Comportamental com a perspectiva sistêmica que pode ser utilizada quando se trabalha com um indivíduo, em sessões com um cuidador de uma criança, em sessões com uma família, ou em reuniões mais amplas que envolvam membros da rede de apoio (DUMMETT, 2010).

Uma forma específica de grupo multifamiliar chamada Psicoterapia Multifamiliar Psicoeducacional combina psicoeducação, terapia de família, e técnicas de Terapia Cognitivo-Comportamental (FRISTAD et al., 2009). Esta abordagem tem como objetivos: ajudar pais e filhos a aprender sobre os transtornos psicológicos e seu tratamento, receber o apoio de outras famílias com dificuldades semelhantes, e

também de profissionais, além de desenvolver habilidades em quatro áreas, incluindo manejo de sintomas, regulação afetiva, resolução de problemas e treinamento para melhora na comunicação (FRISTAD et al., 2009).

A integração da abordagem cognitivo-comportamental com a Terapia de Família pode constituir-se de uma relevante intervenção terapêutica para o processo de tratamento do TRS (ROWE, 2012). Os pressupostos da Terapia Familiar tendo como base a Teoria Sistêmica e Teoria Comportamental podem e devem ser incorporados ou mesclados com o objetivo de auxiliar clientes e famílias a traçarem novas metas e objetivos (PAYÁ; FIGLIE, 2004). A Terapia Familiar Cognitivo-Comportamental tem como objetivo facilitar ao máximo, a mudança possível a fim de alterar padrões comportamentais e reestruturar crenças básicas da família (OLIVEIRA et al., 2011).

A terapia cognitivo-comportamental baseada na família tem como parte de seu objetivo influir sobre as cognições dos diferentes membros da família através de um conjunto de estratégias, a fim de aumentar a aceitação de novos padrões comportamentais adaptativos (BARTON; ALEXANDER; ROBBINS, 2007). Em relação ao TRS, a abordagem cognitivo-comportamental refere que os comportamentos mal adaptativos como o uso de substâncias são reforçados pelas interações familiares (FALS-STEWART, 2005).

Em função dos padrões de interações entre casais e famílias, uma perspectiva sistêmica sobre o funcionamento familiar passou a integrar a Terapia Cognitivo-Comportamental com casais e famílias (DATTILIO, 2004). Verificou-se que as terapias de família e de casal com enfoque cognitivo-comportamental tiveram sua eficácia indicada por pontuações cumulativas de evidência positivas, o que não ocorre com outras abordagens (BONADIO; FIGLIE, 2007). Em relação à associação da abordagem cognitivo-comportamental com o tratamento de famílias temos que a intervenção tem seu foco na mudança das interações familiares, pois os comportamentos, inclusive os comportamentos de uso de drogas são aprendidos e mantidos a partir de tais interações (PAYÁ; FIGLIE, 2004).

São recentes o tratamento e a ajuda para familiares de indivíduos com TRS. Durante muito tempo, esse grupo de pessoas foi negligenciado (ORFORD et al., 2013). É reconhecida a existência de uma forte evidência para a eficácia dos modelos de tratamentos para TRS para adolescentes e adultos que incluam a família, beneficiando não somente o usuário de substâncias, mas todos os membros

familiares (CARR, 2009; HOGUE; LIDDLE, 2009; ROWE, 2012; SPRENKLE, 2012; SYDOW et al., 2013). Diferentes estudos têm apontado para a necessidade de mais pesquisas sobre o TRS, pesquisadores têm concentrados esforços para o desenvolvimento de metodologias de intervenções que possam por fim, ou então, minimizar, o sofrimento das pessoas, famílias e da sociedade como um todo que é atingida pelo problema (GALANTER; KLEBER, 2008; MORGAN; CRANE, 2010; ORFORD et al., 2013).

A hipótese testada neste estudo foi a de que os participantes que receberam a intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental por meio de grupos familiares obteriam melhores resultados clínicos nas escalas aplicadas quando comparados aos participantes que receberam a intervenção da psicoeducação. O motivo da melhora destes resultados poderia estar relacionado às técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental e da coesão grupal que são aspectos reconhecidos como facilitadores de melhora clínica. O objetivo foi verificar a eficácia de uma abordagem terapêutica baseada em evidências, que contribua para diminuição dos comportamentos de codependência e dos sintomas de depressão e ansiedade, assim como, para o aumento da motivação para mudança de comportamentos dos familiares de indivíduo com o TRS.

## 2 JUSTIFICATIVA

Existem evidências que sugerem que o Transtorno Relacionado a Substâncias (TRS) causa dor e sofrimento não só para o usuário, mas, também, para os membros da família (ORFORD et al., 2013). Pesquisadores têm concentrado esforços a fim de desenvolver metodologias de intervenções que possam por fim, ou então, minimizar, o sofrimento das pessoas, famílias e comunidade atingidas pelo problema (GALANTER; KLEBER, 2008). O TRS na família é o principal contribuinte para a carga global de problemas de saúde entre os adultos, porém esta questão é negligenciada (ORFORD et al., 2013).

Em função de sua relevância epidemiológica, é aconselhável que gestores de saúde pública atentem para o tema (ORFORD et al., 2013). Pesquisas têm apontado para a importância da influência do ambiente familiar para o desenvolvimento do uso e dependência de substâncias (GALANTER; KLEBER, 2008). Estima-se que existam possivelmente 100 milhões de familiares afetados por esta doença em todo mundo (ORFORD et al., 2013).

O grupo familiar que enfrenta a problemática do abuso e dependência de substâncias apresenta características específicas tais como: baixo nível de coesão do grupo familiar, baixa tolerância à frustração, expectativas irreais em relação aos filhos, inversão de papéis e habilidades parentais empobrecidas (STRAUSSNER; FEWELL, 2006). São consideradas famílias disfuncionais, não percebendo a relação entre seus comportamentos e o transtorno por uso de substância por um ou mais membro do grupo. Novas concepções de tratamento farmacológico e psicossocial têm sido uma possibilidade de recuperação de indivíduos que sofrem com o transtorno por abuso de substâncias (GALANTER; KLEBER, 2008).

### **3OBJETIVOS**

#### **3.1Objetivo Geral**

Verificar a eficácia/efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar sobre a mudança de comportamentos de codependência de familiares de indivíduos que apresentam TRS.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Mensurar comportamentos de codependência pela escala Holyoake Codependency Index (HCI) (DEAR; ROBERTS, 2000), no grupo que recebeu a intervenção da psicoeducação e no grupo que recebeu a intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar.

- Avaliar estágio motivacional para abstinências das drogas utilizando a escala Ladder (BIENER; ABRAMS, 1991).

- Avaliar a sintomatologia depressiva de usuário de substâncias e familiares utilizando o inventário para mensurar a depressão de Beck, antes e após as intervenções nos grupos experimentais e controle (BECK et al., 1961)

- Avaliar a sintomas de ansiedade de usuário de substâncias e familiares utilizando o inventário para mensurar a ansiedade de Beck, antes e após as intervenções nos grupos experimentais e controle (BECK et al.; 1988).

## REFERÊNCIAS

AKRAM, Y.; COPELLO, A. Family-based interventions for substance misuse: a systematic review of reviews. **The Lancet**, London, v. 382, p. S24, Nov. 2013.

ALEXANDER, J.; PARSONS, B. **Functional family therapy**: principles and procedures. Carmel: Brooks/Cole, 1982.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM V**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, T. M. R. A relação terapêutica. In: OLIVEIRA, M. S.; ANDREATTA, I. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 193-202.

ASEN, E.; SCHOLZ, M. **Multi-family therapy**: concepts and techniques. London: Routledge, 2010.

BARTON, C.; ALEXANDER, J. F.; ROBBINS, M. S. Tratamento cognitivo-comportamental dos problemas familiares. In: CABALLO, V. E. (Org.). **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade**: intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde. São Paulo: Santos, 2007. p. 587-619.

BEATTIE, M. **The new codependency**: help and guidance for today's generation. New York: Simon & Schuster, 2009.

BECK, A. et al. **Cognitive therapy of substance abuse**. New York: Guilford, 1993.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, p. 53-63, 1961.

BECK, A. T. et al. **Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BIENER, L.; ABRAMS, D. The contemplation ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. **Health Psychology**, Hillsdale, v. 10, n. 5, p. 991-1002, 1991.

BODENMANN, G. et al. The efficacy of the Triple P-Positive Parenting Program in improving parenting and child behavior: a comparison with two other treatment conditions. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 46, n. 4, p. 411-427, Apr. 2008.

BONADIO, A. N.; FIGLIE, N. B. Terapias psicológicas de usuários e dependentes de álcool. In: CORDEIRO, D.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Rocca, 2007. p. 50-59.

BONNAIRE, C. et al. Multidimensional family therapy: which influences, which specificities? **L'Encéphale**, Paris, v. 40, n. 5, p. 408-415, Oct. 2014.

BORTOLON, C. **Funcionamento familiar e aspectos de saúde associados à codependência em familiares de usuários de drogas**. 2010. 115 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2010.

BROOK, D.; GALANTER, M. Group and family treatment for substance abuse. In: GABBARD, G. O. (Ed.). **Gabbard's treatments of psychiatric disorders**. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2009.

BROOK, D. W. et al. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 59, n. 11, p. 1039-1044, Nov. 2002.

BYRNE, M.; CARR, A.; CLARKE, M. The efficacy of behavioural couples therapy and emotionally focused therapy for couple distress. **Contemporary Family Therapy**, New York, v. 26, n. 4, p. 361-387, 2004.

CARR, A. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. **Journal of Family Therapy**, London, v. 31, n. 1, p. 3-45, 2009.

CARROLL, K. M.; ONKEN, L. S. Behavioral therapies for drug abuse. **The American Journal of Psychiatry**, Arlington, v. 162, n. 8, p. 1452-1460, 2005.

CERMAK, T. Diagnostic criteria for codependency. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 18, n. 1, p. 15-20, 1986.

COSTA, G.; SUDBRACK, P. Famílias, adolescência e drogadição. In: OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. (Org.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 350-365.

COSTELLO, E. J. et al. Genes, environments, and developmental research: methods for a multi-site study of early substance abuse. **Twin Research and Human Genetics**, Bowen Hills, v. 16, n. 2, p. 505-515, 2013.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CURTIS, N. M.; RONAN, K. R.; BORDUIN, C. M. Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. **Journal of Family Psychology**, Newbury Park, v. 18, n. 3, p. 411-419, 2004.

DAIRE, A. P.; JACOBSON, L.; CARLSON, R. G. Emotional stocks and bonds: a metaphorical model for conceptualizing and treating codependency and other forms of emotional over investing. **American Journal of Psychotherapy**, Bronx, v. 66, n. 3, p. 259-278, 2012.

DATTILIO, F. Casais e família. In: KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 377-401.

DAY, E. et al. Pilot study of a social network intervention for heroin users in opiate substitution treatment: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, London, v. 14, p. 264, 2013.

DEAR, G. E.; ROBERTS, C. M. The Holyoake Codependency Index: investigation of the factor structure and psychometric properties. **Psychological Reports**, Louisville, v. 87, n. 3, p. 991-1002, 2000.

DUMMETT, N. Cognitive-behavioural therapy with children, young people and families: from individual to systemic therapy. **Advances in Psychiatric Treatment**, London, v. 16, p. 23-36, 2010.



FALLU, J. S. et al. Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: a longitudinal study of familial and peer-related protective factors. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 35, n. 12, p. 1074-1082, 2010.

FALS-STEWART, W.; O'FARRELL, T. J.; BIRCHLER, G. R. Behavioral couples therapy for substance abuse: rationale, methods, and findings. **Science & Practice Perspectives**, Bethesda, v. 2, n. 2, p. 30-41, 2004.

FALS-STEWART, W. et al. Brief relationship therapy for alcoholism: a randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. **Psychology of Addictive Behaviors**, Indianapolis, v. 19, n. 4, p. 363-371, 2005.

FISHER, G. L.; ROGET, N. A. (Ed.). **Encyclopedia of substance abuse, prevention, treatment, and recovery**. Thousand Oaks: Sage, 2009.

FREIRE, N. M. S.; LOBO, A. S. F.; OLIVEIRA, S. T. Avaliação da multifatorialidade para dependência química entre infantes e adolescentes no estado do Rio de Janeiro. **Semina: Ciências Biológicas da Saúde**, Londrina, v. 31, n. 1, p. 83-92, jan./jun. 2010.

FRISTAD, M. A.; MACPHERSON, H. A. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent bipolar spectrum disorders. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, Mahwah, v. 43, n. 3, p. 339-355, 2014.

FRISTAD, M. A. et al. Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 66, n. 9, p. 1013-1021, 2009.

GALANTER, M.; KLEBER, H. D. **The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment**. 4. ed. Arlington: The American Psychiatric Publishing, 2008.

GHODSE, H. **Ghode's drugs and addictive behavior: a guide to treatment**. 3. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

GUIMARAES, A.; ALELUIA, G. Intervenção familiar no tratamento do dependente de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 420-433.

HANDELSMAN, L.; STEIN, J. A.; GRELLA, C. E. Contrasting predictors of readiness for substance abuse treatment in adults and adolescents: a latent variable analysis of DATOS and DATOS-A participants. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 80, n. 1, p. 63-81, 2005.

HARKNESS, D. To have and to hold: codependency as a mediator or moderator of the relationship between substance abuse in the family of origin and adult-offspring medical problems. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v. 35, n. 2, p. 261-270, 2003.

HENGGELE, S. W. et al. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. **Journal of Adolescence**, London, v. 19, n. 1, p. 47-61, 1996.

HERNÁNDEZCASTAÑÓN, M. A.; VILLARLUIS, M. A. Relación afectiva de mujeres con un esposo alcohólico: un comportamiento social aprendido que repercute en su salud. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 806-810, dez. 2008.

HOGUE, A.; LIDDLE, H. Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. **Journal of Family Therapy**, London, v. 31, n. 2, p. 126-154, 2009.

HUGHES-HAMMER, C.; MARTSOLF, D.; ZELLER, R. Development and testing of the codependency assessment tool. **Archives of Psychiatric Nursing**, Orlando, v. 12, n. 5, p. 264-272, 1998.

HURCOM, C.; COPELLO, A.; ORFORD, J. The family and alcohol: effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades. **Substance Use & Misuse**, Monticello, v. 35, n. 4, p. 473-502, mar. 2000.

INSTITUTO NACIONAL DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **LENAD família**: levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos. [S. l.], 2013. Disponível em: <[http://inpad.org.br/\\_lenad-familia/](http://inpad.org.br/_lenad-familia/)>. Acesso em: 06 nov. 2013.

KHANTZIAN, E. J.; GOLDEN-SCHULMAN, S. J.; MCAULIFFE, W. E. Group and family therapy In: GABBARD, G. O. (Ed.). **Gabbard's treatments of psychiatric disorders**. 4. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2008.

KING, K. M.; CHASSIN, L. Mediating and moderated effects of adolescent behavioral undercontrol and parenting in the prediction of drug use disorders in emerging

adulthood. **Psychology of Addictive Behaviors**, Indianapolis, v. 18, n. 3, p. 239-249, 2004.

KOPELOWICZ, A. et al. The ability of multifamily groups to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 69, n. 3, p. 265-273, 2012.

KOSTERMAN, R. et al. The dynamics of alcohol and marijuana initiation: patterns and predictors of first use in adolescence. **American Journal of Public Health**, New York, v. 90, n. 3, p. 360-366, Mar. 2000.

LATIMER, W. W. et al. Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. **Drug and Alcohol Dependence**, Lausanne, v. 71, n. 3, p. 303-317, 2003.

LIDDLE, H. A. Treating adolescent substance abuse using multidimensional family therapy. In: WEISZ, J. R.; KAZDIN, A. E. (Ed.). **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. 2. ed. New York: Guilford, 2010. p. 416-432.

LIDDLE, H. A. et al. Multidimensional family therapy: a science-based treatment for adolescent drug abuse. In: Lebow, J. (Ed.). **Handbook of clinical family therapy**. New York: John Wiley and Sons, 2002. p. 128-163.

LOCHMAN, J. E.; STEENHOVEN, A. Family-based approaches to substance abuse prevention. **Journal of Primary Prevention**, Tuscaloosa, v. 23, n. 1, p. 49-114, 2002.

LOCKE, T. F.; NEWCOMB, M. D. Adolescent predictors of young adult and adult alcohol involvement and dysphoria in a prospective community sample of women. **Prevention Science**, New York, v. 5, n. 3, p. 151-168, 2004

MARSCHALL-LÈVESQUE, S. et al. Moderators of the association between peer and target adolescent substance use. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 39, n. 1, p. 48-70, 2014.

MCGRATH, M.; OAKLEY, B. Codependency and pathological altruism. In: OAKLEY, B. et al. (Ed.). **Pathological altruism**. New York: Oxford University Press, 2011. p. 49-74.

MEIS, L. et al. Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 33, n. 2, p. 275-286, 2013.

MEYER, S. B.; VERMES, J. S. Relação terapêutica. In: RANGÉ, B. P. **Psicoterapias cognitivas e comportamentais**: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 100-110.

MIKLOWITZ, D. J. et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 60, n. 9, p. 904-912, 2003.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MINAYO, M.; SCHENKER, M. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

MINUCHIN, S. **Families and family therapy**. Cambridge: Harvard University Press, 1974.

MOLINA, D.; VILLALOBOS, A. **The science of drug abuse and addiction**. Bethesda: National Institute on Drug Abuse, 2010. Available from: <<http://www.drugabuse.gov/international/abstracts/codependency-drug-abusers-mothers>>. Access at: 29 Oct. 2013.

MORGAN, T. B.; CRANE, D. R. Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment. **Journal of Marital and Family Therapy**, Washington, DC, v. 36, n. 4, p. 486-498, 2010.

MUESER, K. et al. Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 34, n. 10, p. 867-877, 2009.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **An individual drug counseling approach to treat cocaine addiction**. Bethesda, 2011. Available from: <<http://archives.drugabuse.gov/TXManuals/IDCA/IDCA11.html>>. Access at: 23 Dec. 2013.

NORIEGA G. et al. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. **The American Journal of Orthopsychiatry**, Menasha, v. 78, n. 2, p. 199-210, 2008.

NUNÕ-GUITIÉRREZ, B. L.; GONZALEZ-FORTALEZA, C. La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. **Salud Pública de México**, Morelos, v. 46, n. 2, p. 123-131, 2004.

OAKLEY, B. Concepts and implications of altruism bias and pathological altruism. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, DC, v. 110, suppl. 2, p. 10408-10415, 2013.

OLIVEIRA, M. S. et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupos. In: OLIVEIRA, M. S.; ANDREATTA, I. **Manual prático de terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 439-441.

ORFORD, J. et al. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 78, p. 70-77, 2013.

OZECHOWSKI, T. J.; LIDDLE, H. Á. Family-based therapy for adolescent drug abuse: knowns and unknowns. **Clinical Child and Family Psychology Review**, New York, v. 3, n. 4, p. 269-98, 2000.

PAYÁ, R.; FIGLIE, N. Abordagem familiar em dependência química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004. p. 340-356.

PÉREZ GÓMEZ, A.; DELGADO DELGADO, D. La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. **Psicothema**, Oviedo, v. 15, n. 3, p. 381-387, 2003. Disponible en: <<http://www.psicothema.com/pdf/1076.pdf>>. Acceso en: 22 feb. 2014.

RANGÉ, B. P. **Psicoterapias cognitivas e comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ROTUNDA, R.; WEST, L.; O'FARREL, T. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partner. **Journal of Substance Abuse Treatment**, New York, v. 26, n. 4, p. 269-279, 2004.

ROWE, C. L. Family therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. **Journal of Marital and Family Therapy**, Washington, DC, v. 38, n. 1, p. 59-81, 2012.

RYZIN, M. J. et al. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: an 11-year prospective analysis. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 37, n. 12, p. 1314-1324, 2012.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual conciso de psiquiatria clinica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SCHÄEFER, G. Multiple family group therapy in a drug and alcohol rehabilitation centre: residents' experience. **Journal of Family Therapy**, London, v. 29, n. 2, p. 86-96, 2008.

SCHEIDLINGER S. The group psychotherapy movement at the millennium: some historical perspectives. **International Journal of Group Psychotherapy**, New York, v. 50, n. 3, p. 315-339, 2000.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 363-378, 2009.

SHERMAN, M. D.; PERLICK, D. A.; STRAITS-TRÖSTER, K. Adapting the multifamily group model for treating veterans with posttraumatic stress disorder. **Psychological Services**, Washington, DC, v. 9, n. 4, p. 349-360, 2012.

SHIN, R. A. et al. Racial/ethnic differences in adolescent substance use: mediation by individual, family, and school factors. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, Piscataway, v. 71, n. 5, p. 640-651, 2010.

SHOREY, R. C.; ANDERSON, S.; STUART, G. Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: a preliminary investigation. **Addictive Disorders & Their Treatment**, Hagerstown, v. 10, n. 4, p. 169-179, Dec. 2011.

SLESNICK, N.; PRESTOPNIK, J. L. Dual and multiple diagnoses among substance using runaway youth. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, New York, v. 31, n. 1, p. 179-201, 2005.

SPRENKLE, D. H. Intervention research in couple and family therapy: a methodological and substantive review and an introduction to the special issue. **Journal of Marital & Family Therapy**, Washington, DC, v. 38, n. 1, p. 3-29, 2012.

STANTON, M. D.; SHADISH, W. R. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. **Psychological Bulletin**, Washington, DC, v. 122, n. 2, p. 170-191, 1997.

STONE, A. et al. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. **Addictive Behaviors**, Oxford, v. 37, n. 7, p. 747-775, 2012.

STRAUSSNER, L. A. S.; FEWELL, H. C. **Impact of substance abuse on children and families**: research and practice. New York: Haworth, 2006.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. Center for Substance Abuse Treatment. **Substance abuse treatment and family therapy**. Rockville, 2004. (A Treatment Improvement Protocol; 39). Available from: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64265/pdf/TOC.pdf>>. Access at: 14 Feb. 2014.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. Registry of Evidence-Based Programs and Practices. **Psychoeducational multifamily groups**, Rockville, 2006. Available from: <<http://www.nrepp.samhsa.gov/viewintervention.aspx?id=120>>. Access at: 19 June 2012.

SYDOW, K. et al. The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. **Family Process**, Baltimore, v. 52, n. 4, p. 576-618, 2013.

SYDOW, V. K. et al. The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. **Family Process**, Baltimore, v. 49, n. 4, p. 457-485, 2010.

SZAPOCZNIK, J.; HERVIS, O.; SCHWARTZ, S. **Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse**. Bethesda: National Institute on Drug Abuse, 2003. (Therapy manuals for drug addiction; 5). Available from: <<http://archives.drugabuse.gov/pdf/Manual5.pdf>>. Access at: 05 Dec. 2013.

SZAPOCZNIK, J.; WILLIAMS, R. A. Brief strategic family therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. **Clinical Child and Family Psychology Review**, New York, v. 3, n. 2, p. 117-134, 2000.

SZAPOCZNIK, J. et al. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 57, n. 5, p. 571-578, 1989.

TOBLER, A. L.; KOMRO, K. A. Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. **The Journal of Adolescent Health**, New York, v. 46, n. 6, p. 560-508, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUG AND CRIME. **World Drug Report 2013**. New York, 2013. Available from: [http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World\\_Drug\\_Report\\_2013.pdf](http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf). Access at: 20 June 2012.

VAN DER VORST, H. et al. The role of alcohol-specific socialization in adolescents' drinking behaviour. **Addiction**, Abingdon, v. 100, n. 10, p. 1464-1476, 2005.

VAUGHN, M. G., & HOWARD, M. O. (2004). Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. **Research on Social Work Practice**, 14, 325–335.

WALDRON, H. B. et al. Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, New York, v. 32, n. 2, p. 133-142, 2007.

WALDRON, H. B.; TURNER, C. W. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, Mahwah, v. 37, n. 1, p. 238-261, 2008.

WANG, M. Q. et al. A structural model of the substance use pathways among minority youth. **American Journal of Health Behavior**, Star City, v. 29, n. 6, p. 531-541, 2005.

WASHTON, A. M.; ZWEBEN, J. **Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ATLAS on substance use (2010)**: resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Geneve, 2010.



Disponível em:

<[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.htm](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.htm)>. Access at: 15 June 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS OFFICE AND CRIME.

**Principles of drug dependence treatment.** Geneve, 2008. Available from: <<http://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>>. Access at: 12 Sept. 2013.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental:** um guia ilustrado. Porto Alegre: Artemed, 2008.

YOUNG, J. E. **Terapia cognitiva comportamental para transtornos de personalidade:** uma abordagem focada em esquemas. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ZANELATTO, N. Treinamento de habilidades sociais. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Roca, 2004. p. 205-209.

## ARTIGO CIENTÍFICO

Será enviado à revista *Journal of Substance Abuse Treatment*(Anexo G).

### **Intervenção Cognitivo-Comportamental Familiar no Transtorno Relacionado a Substâncias: estudo piloto**

Leandro Alencastro Santos, Cassandra Bortolon, Taís de Campos Moreira, Maristela Ferigolo, Helena M. T. Barros

#### **Resumo**

**Introdução** -O Transtorno Relacionado a Substâncias (TRS) é responsável por crescentes prejuízos em diferentes áreas para indivíduos, famílias e comunidades em todo o mundo. A etiologia multifatorial deste transtorno envolve fatores genéticos e ambientais tornando complexo seu tratamento. Desta forma se faz necessário o desenvolvimento e aperfeiçoamento de intervenções para indivíduos e suas famílias.

**Objetivos** - Verificar a eficácia/efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar (TCCF) sobre a mudança de comportamentos de codependência, sintomas de depressão, ansiedade e motivação para mudança de comportamentos em familiares de indivíduos que apresentam TRS. **Metodologia** - Foi realizado um ensaio clínico randomizado utilizando-se das intervenções da TCCF e da psicoeducação por meio de grupos multifamiliares. **Resultados** - Foram incluídas 31 mulheres familiares de indivíduos com TRS. As intervenções TCCF e psicoeducação apresentaram resultados positivos estatisticamente significativos relacionados à diminuição de comportamentos de codependência, sintomas de depressão e ansiedade, a TCCF também apresentou resultado positivo para a motivação para mudança de

comportamentos. Comparando as duas intervenções a TCCF apresentou melhores resultados em relação a psicoeducação no que se refere a diminuição dos sintomas de depressão ( $p<0,03$ ) e ansiedade ( $p<0,01$ ). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções para mudança de comportamentos de codependência. **Discussão** - TCCF e psicoeducação tem apresentado evidências para mudança de comportamentos desadaptativos no contexto de diferentes psicopatologias incluindo o TRS, as técnicas da TCCF e o efeito da coesão grupal proporcionam importantes benefícios terapêuticos.

**Palavras Chave:** Terapia Cognitiva, psicoterapia de grupo, ajuda a família com filhos dependentes.

## **Abstract**

**Introduction** - Substance-related disorder (SRD) is responsible for increasing damages in different areas to individuals, families and communities in worldwide. The multifactorial etiology of this disorder involves genetic and environmental factors making complex treatment. It is necessary development and refinement of interventions to individuals and their families. **Objectives** - To determine the efficacy/effectiveness of Cognitive-Behavioral Family Therapy (CBFT) about changing behaviors of codependency family, motivation to change behavior, symptoms of depression and anxiety in family members of individuals who have SRD. **Methodology** - A randomized clinical trial was conducted using the interventions of CBFT and multifamily psychoeducation groups. **Results** -31 female relatives of individuals with SDB were included. The CBFT and psychoeducation interventions showed statistically significant positive results related to the decrease of codependency behaviors,

symptoms of depression and anxiety, the CBFT also tested positive for the motivation to change behavior. When compared to two interventions CBFT showed better results than the psychoeducation regarding the reduction of symptoms of depression ( $p < 0.03$ ) and anxiety ( $p < 0.01$ ). There were no statistically significant differences between the interventions to change behaviors of codependence. **Discussion:** CBFT and psychoeducation have presented evidence to change maladaptive behaviors in the context of different psychopathologies including the SRD, the techniques of CBFT and the effect of group cohesion provide important therapeutic benefits.

**Keywords:** Cognitive therapy, group psychotherapy, helps families with dependent children.

## 1. Introdução

O Transtorno Relacionado a Substâncias (TRS) na família é o principal contribuinte para as doenças mentais em adultos, sendo responsável por 5,4% das doenças mundiais (Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013; World Health Organization [WHO], 2010). Estima-se que existam possivelmente 100 milhões de familiares afetados por esta doença em todo mundo (Orford et al., 2013). No Brasil, esta estimativa é de 28 milhões de familiares (Instituto Nacional da Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas [INPAD], 2013).

No contexto do TRS, é comum o surgimento do codependente. Este termo representa o indivíduo cujos padrões comportamentais foram afetados significativamente pelo uso ou dependência de substâncias de um dos seus familiares (Sadock & Sadock, 2008). Indivíduos que convivem com familiares que apresentam o

TRS podem desenvolver comportamentos de codependência (Substance Abuse and Mental Health Services Administration[SAMHSA], 2004).

É importante identificar esses sinais de codependência que, de alguma maneira, reforçam o comportamento de uso de substâncias para que eles façam parte do planejamento do tratamento (Bortolon, 2010; SAMHSA, 2004). É reconhecida a eficácia dos modelos de tratamentos para TRS para adolescentes e adultos que incluem a família, ressaltando que os benefícios não envolvem somente o usuário de substâncias, mas todos os familiares (Carr, 2009; Hogue & Liddle, 2009; Rowe, 2012; Sprenkle, 2012; Sydow, Retzlaff, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013). Por isto, as abordagens para as famílias são constantemente citadas como as mais eficientes formas de intervenção para familiares e usuários (Carroll & Onken, 2005; National Institute on Drug Abuse[NIDA], 2006; SAMHSA, 2004; Waldron & Turner, 2008). A terapia familiar e a terapia de grupo se tornaram para indivíduos com TRS tratamentos de escolha (Brook & Galanter, 2009; Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003).

É recente o tratamento e a ajuda para familiares de indivíduos com TRS. Durante muito tempo esse grupo de pessoas foi negligenciado (Orford et al., 2013). É reconhecida a existência de uma forte evidência para a eficácia dos modelos de tratamentos para TRS para adolescentes e adultos que incluam a família, beneficiando não somente o usuário de substâncias, mas todos os membros familiares (Carr, 2009; Hogue & Liddle, 2009; Rowe, 2012; Sprenkle, 2012; Sydow et al., 2013). Diferentes estudos têm apontado para a necessidade de mais pesquisas sobre o TRS. Pesquisadores têm concentrados esforços para o desenvolvimento de metodologias de intervenções que possam por fim, ou então, minimizar, o sofrimento das pessoas, famílias e da sociedade como um todo que é atingida pelo problema (Galanter & Kleber, 2008; Orford et al., 2013; Morgan & Crane, 2010).

A Terapia Familiar Multidimensional (TFMD) (Liddle, Rodriguez, Dakof, Kanzki, & Marvel, 2002) integra o atendimento familiar e a terapia individual. A Terapia Multissistêmica (TM) (Henggeler & Borduin, 1990) é uma abordagem ecológica social que modifica os múltiplos fatores de risco que criam e mantêm o abuso de drogas na adolescência e delinquência, incluindo a família. A Intervenção Ecológica Baseada na Família (IEBF) (Slesnick & Prestopnik, 2005) foi desenvolvida com base em modelos que enfatizam a mudança no funcionamento familiar. A Terapia Familiar Funcional (TFF) (Alexander & Parsons, 1982) tem base comportamental, voltada para os sistemas da família que visa alterar os padrões familiares desadaptativos que mantêm os problemas da adolescência. A Terapia Estratégica Breve Familiar (TEBF) (Szapocznik & Williams, 2000) baseia-se em três princípios da terapia familiar estrutural (Minuchin, 1974), sendo eles as estratégias de unir familiares, de se realizar um diagnóstico do padrão familiar, e de reestruturar as interações familiares. E ainda, os Modelos de Terapia Familiar Integrativa (MTFI) Latimer et al. (2003), testaram uma intervenção familiar integrando a abordagem da terapia cognitivo-comportamental (TCCF) para o TRS.

Três estudos sobre o tratamento de drogas na adolescência concluíram que abordagens baseadas na família são consistentemente distinguidas por seu rigor metodológico (ROWE, 2012). Os estudos de VAUGHN E HOWARD (2004) sobre abordagens familiares para tratamento do TRS concluem que a TFMD e a abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental em grupos surgem como as mais eficazes. A revisão realizada por BECKER E CURRY'S (2008), com base em estudos de alta qualidade sobre tratamento de drogas para adolescentes apontou que a TFMD e a TM obtiveram efeitos superiores a outras abordagens nesta modalidade de

tratamento. TEBF, TM também foram citadas como abordagens “provavelmente eficazes” para o tratamento do TRS (WALDRON, TURNER 2008).

A hipótese testada neste estudo foi a de que os participantes que receberam a intervenção da Terapia Cognitivo-Comportamental por meio de grupos familiares obteriam melhores resultados clínicos nas escalas aplicadas quando comparados aos participantes que receberam a intervenção da psicoeducação. O motivo da melhora destes resultados poderia estar relacionado às técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental e da coesão grupal que são aspectos reconhecidos como facilitadores de melhora clínica. O objetivo foi verificar a eficácia de uma abordagem terapêutica baseada em evidências, que contribua para diminuição dos comportamentos de codependência e dos sintomas de depressão e ansiedade, assim como, para o aumento da motivação para mudança de comportamentos dos familiares de indivíduo com o TRS.

Os resultados dos modelos de tratamento por meio de grupos multifamiliares, em relação ao custo-efetividade são promissores, sendo indicada a inclusão nos sistemas de saúde (SYDOW, 2013). Ressaltamos que apesar da sua significativa relevância, o Brasil não tem tradição em pesquisas de custo-efetividade principalmente no âmbito da saúde mental e contexto do TRS, sendo escassa a produção deste material.

## **2. Metodologia**

### *2.1. Desenho do estudo*

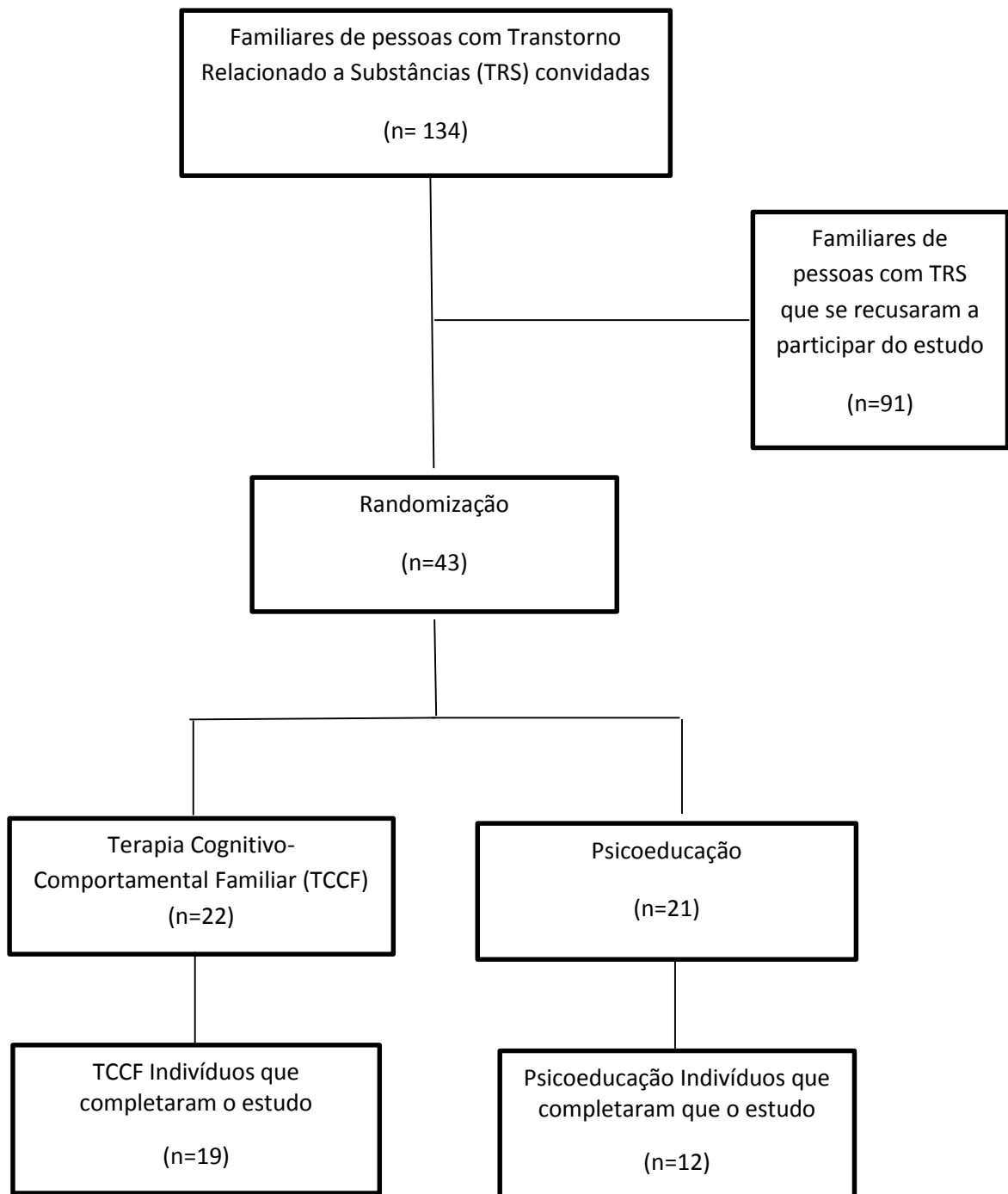
Realizou-se um ensaio clínico randomizado.

### *2.2. Participantes*

Os participantes foram familiares de indivíduos (n=43), diagnosticados com o TRS pela equipe de profissionais dos locais onde foi realizada a coleta de dados a partir dos critérios do DSM V, com idades de 18 a 70 anos, alfabetizados. Ao término da intervenção haviam 31 participantes. Foram incluídos familiares do indivíduo com TRS e que aceitaram participar do estudo após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os que apresentaram sintomas psicóticos (avaliados pela equipe de profissionais do Caps), frequentavam algum grupo multifamiliar, eram familiares de indivíduos que apresentavam TRS devido ao consumo de tabaco. Também excluiu-se familiares que estivessem com sinais de consumo de substâncias durante as intervenções. Essa avaliação foi realizada pelo profissional que conduzia o grupo com formação e experiência que lhe dava condições para detectar sinais de consumo de substâncias tais como: alterações comportamentais como agressividade, labilidade do humor, diminuição da concentração, confusão mental, deficiência do controle muscular, rubor facial entre outros. O recrutamento dos participantes foi pela divulgação de anúncio em jornal local e ligações telefônicas para familiares de indivíduo que estavam frequentando instituições para tratamento do TRS.



Figura 1 - Diagrama do CONSORT



### 2.3. Coleta de dados

A coleta de dados sócio demográficos foi realizada a partir dados registrados dos prontuários dos pacientes.

*2.4 Locais onde foi realizado o estudo* Centro de Atenção Psicossocial e, também, em um Ambulatório de Dependência Química da região metropolitana de Porto Alegre, entre março de 2012 e março de 2014.

### 2.5 Instrumentos

a) Foi utilizado um instrumento para a obtenção dos dados gerais dos familiares, incluindo sexo, idade, estado marital, se exerce atividade laboral remunerada, grau de escolaridade e drogas utilizadas pelo familiar que apresenta o TRS.

b) Para avaliar os níveis de codependência dos familiares foi utilizada a escala Holyoake Codependency Index (HCI), Escala de Avaliação da Codependência, composta por 13 itens que avalia, por uma escala Likert, a extensão que a pessoa concorda ou rejeita sentimentos codependentes, (Dear & Roberts, 2000).

c) Para a avaliação sobre o estágio de mudança de comportamento do familiar frente ao usuário foi utilizada a escala de contemplação *Ladder* (Biener & Abrams, 1991).

d) Para verificar sintomas de depressão dos familiares participantes do estudo foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory" –BDI; Beck et al., 1961). O Inventário foi desenvolvida por Aaron Beck, é um instrumento de auto-avaliação de sintomas depressivos bastante utilizada tanto na pesquisa como na clínica. O instrumento de medida consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes,

cuja intensidade varia de 0 a 3. Seus itens estão relacionados aos sintomas depressivos como desesperança, irritabilidade e cognições como culpa ou sentimentos de estar sendo punido, assim como sintomas físicos como fadiga, perda de peso e diminuição da libido. O Inventário de Depressão de Beck foi validado para língua portuguesa no Brasil (Cunha, 2001).

e) O Inventário de Ansiedade de Beck (“An Inventory for Measuring Clinical Anxiety”) (BECK et al.; 1988) é constituído de 21 itens, foi desenvolvido por Aaron Beck é um instrumento de auto-avaliação dos sintomas de ansiedade que refletem questões somáticas, afetivas e cognitivas relacionadas aos sintomas característicos da ansiedade. O Inventário de Ansiedade de Beck foi validado para língua portuguesa no Brasil (Cunha, 2001).

## *2.6. Intervenções*

### *2.6.1. Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar (TCCF) por meio de grupos multifamiliares*

A TCCF apresenta uma perspectiva cognitivo-comportamental que se concentra na interação dos membros da família com ênfase particular na natureza inter-relacionada das expectativas, crenças e atribuições dos membros da família. Esta intervenção leva em conta o funcionamento sistêmico da família (Datilio, 2011).

A terapia de grupo multifamiliar é reconhecida pelo SAMHSA como uma prática baseada em evidências (SAMHSA, 2006). Estudos apontam que os grupos multifamiliares apresentam benefícios terapêuticos como a diminuição do desgaste de quem cuida e convive com um portador de algum sofrimento psíquico (Day et al., 2013). A integração da abordagem cognitivo-comportamental com a Terapia de

Família pode constituir-se de uma relevante intervenção terapêutica para o processo de tratamento do TRS (Rowe, 2012).

O grupo experimental, recebeu intervenções a partir da abordagem da TCCF o que oportuniza a mudanças de pensamentos, emoções e comportamentos e também foi estimulada a interação entre os participantes oportunizando a coesão grupal. Os encontros ocorreram da seguinte forma:

1ª Encontro: neste encontro foram esclarecidos o objetivo e o plano de trabalho, realizou-se o contrato terapêutico sendo ressaltada a importância do comparecimento a todos encontros, bem como, da interação e troca de experiências entre os participantes, a fim de que houvesse benefícios terapêuticos. Houve a aplicação das escalas Ladder, Escala de Avaliação da Codependência, Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Depressão de Beck. Foram esclarecidos os conceitos de TRS e sua etiologia, o conceito de codependência, os critérios para internação e a importância da família no tratamento para TRS.

2ª Encontro: foi explicado o modelo Cognitivo-Comportamental e conceito de fissura e situações de risco, bem como os estágios motivacionais e apresentada a técnica de resolução de problemas.

3ª Encontro: explanou-se sobre o funcionamento sistêmico da família, a influência da comunicação no funcionamento familiar e a importância da imposição de limites (regras claras). Foi realizada a técnica de *role play*.

4ª Encontro (Reestruturação Cognitiva): a partir das situações trazidas pelos familiares foram utilizadas técnicas cognitivas comportamentais que visam mudanças de comportamentos (exame de evidências, *role play* invertido).

5ª Sessão: após síntese da sessão anterior, realizou-se a atualização das situações familiares e então uma reflexão sobre a experiência. Foi ressaltada a

importância da manutenção dos comportamentos e estratégias aprendidas para lidar com o familiar com o TRS. Foram reaplicadas as escalas Ladder, Escala de Avaliação da Codependência, Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Depressão de Beck para avaliação do trabalho realizado.

#### 2.6.2. Grupo de Psicoeducação

O grupo de psicoeducação recebeu orientações e informações sobre conteúdos gerais relacionados ao TRS e também, sobre o papel da família no contexto do TRS. Este grupo recebeu informações sobre o TRS, no formato de aulas expositivas.

1ª Encontro: neste encontro foram esclarecidos o objetivo e o plano de trabalho, realizou-se o contrato terapêutico. Aplicaram-se as escalas Ladder, Avaliação da Codependência, Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Depressão de Beck. Foram esclarecidos os conceitos de TRS e sua etiologia, codependência, os critérios para internação e a importância da família no tratamento para TRS.

2ª Encontro: explicou-se os conceitos de fissura, de situações de risco e estágio motivacionais.

3ª Encontro: enfatizou-se o funcionamento sistêmico da família, a influência da comunicação no funcionamento familiar e a importância da imposição de limites (regras claras). .

4ª Encontro: ressaltou-se as complicações clínicas e comorbidades.

5ª Encontro: motivou-se uma reflexão sobre a experiência trazendo também os conteúdos aprendidos. Foram reaplicadas as escalas Ladder, Avaliação da Codependência, Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Depressão de Beck.

## *2.7 Randomização*

A randomização foi realizada por meio de envelopes opacos e selados com numeração sequencial. Após os familiares aceitarem a participação nos grupos, por meio de ligação telefônica, foi realizada a randomização e as orientações sobre os encontros. Somente os familiares foram cegados.

## *2.8 Métodos estatísticos*

Inicialmente foram realizadas análises descritivas nas quais as variáveis qualitativas foram ranqueadas por frequência e porcentagem, as variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão. Nas análises bivariadas foram utilizadas Teste t de amostras independentes e Teste t pareado, para avaliar as diferenças entre as escalas na primeira e na última aplicação. Análises de correlação Spearman também foram realizadas para verificar as associações entre as variáveis de codependência, ansiedade, depressão e motivação. Todas estatísticas foram realizadas no programa PASW statistics 19.0 software, o p foi considerado significativo  $< 0,05$ . O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Parecer nº 227.121).

## **3. Resultados**

Foram convidados 143 indivíduos entre homens e mulheres, no entanto nenhum homem compareceu aos encontros. Foram analisados dados de 43 familiares de usuários que aceitaram participar dos encontros para auxiliar na mudança de comportamento. Após 5 encontros nós tínhamos dados de 31 familiares. Todos os

familiares eram mulheres, mães e esposas, a maioria estudou mais de 8 anos e tinham atividades remuneradas, as características da amostra estão sumarizadas na Tabela 1.

Os escores de codependência, sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e motivação demonstraram que houve diferenças estatísticas na segunda aplicação dos questionários, entre as intervenções da TCCF da Psicoeducação para sintomas de depressão e ansiedade, respectivamente ( $P= 0,03$  e  $P= 0,01$ ) (Tabela 2). Nas análises para verificar se existia diferença entre a primeira e a segunda aplicação dos questionários observou-se que para a intervenção da Psicoeducação codependência, sintomas de depressão e ansiedade tinham diferenças estatísticas. Para a TCCF, a motivação também teve diferença na aplicação antes e após a intervenção (Tabela 2).

Verificou-se correlações entre sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, motivação e codependência. Foram encontradas correlações, levando em conta o momento da primeira aplicação da testagem (1º encontro), entre codependência e sintomas de ansiedade ( $r= 0,4$ ;  $P=0,002$ ). Foram encontradas, também, correlações significativas entre sintomas de depressão e sintomas de ansiedade ( $r=0,4$ ;  $P=0,007$ ) além de, codependência e sintomas de depressão ( $r=0,5$ ;  $P= 0,002$ ) e motivação com sintomas de ansiedade ( $r= -0,5$ ;  $P=0,009$ ).

#### **4. Discussão**

Ambos os modelos de intervenções apresentaram resultados positivos relacionados à diminuição de comportamento de codependência dos familiares de indivíduos com TRS. No entanto não foram encontradas diferenças estatísticas entre os grupos em relação à mudança de comportamentos de codependência entre familiares de indivíduos com TRS. As diferenças estatísticas que não foram

encontradas entre os grupos em relação aos comportamentos de codependência podem estar relacionadas, ao menos em parte, às características da escala utilizada. A Terapia Cognitivo-Comportamental tem como uma de suas prioridades a mudança de comportamentos (Knapp & Beck, 2008), a TCCF tem como parte de seu objetivo influir sobre as cognições dos diferentes membros da família por meio de um conjunto de estratégias, a fim de aumentar a aceitação de novos padrões comportamentais adaptativos, (Barton, Alexander, & Robbins, 2007). A TCCF também é composta pela técnica da psicoeducação, de forma que as diferenças observadas entre os resultados dos grupos poderiam ser melhor explicadas em termos dos ingredientes ativos da intervenção, que neste caso, parecem ser duas técnicas cognitivas (resolução de problemas e exame de evidências) e uma técnica comportamental (*role-play*). Assim, estas intervenções podem diminuir os comportamentos de codependência que são considerados desadaptativos. Fatores terapêuticos de grupos gerados a partir da TCCF por meio de grupos multifamiliares, como comportamento imitativo, aprendizado interpessoal e compartilhamento de informações podem ter colaborado para a mudança de comportamento, diminuindo os comportamentos de codependência (Yalom, 2006). A Psicoeducação tem apresentado evidências nas pesquisas no que se refere à melhora dos familiares quanto às estratégias utilizadas e a forma de lidar com os indivíduos que apresentam diferentes transtornos mentais, incluindo o TRS, tornando menor a carga destes familiares (Jordans et al., 2013; Lyman et al., 2014; Sil & Norman, 2013). Em relação aos sintomas depressivos e de ansiedade, ambas intervenções apresentaram diferenças significativas em relação à melhora destes sintomas. Quando comparada as intervenções a TCCF obteve resultados melhores na diminuição dos sintomas depressivos e de ansiedade. A TCCF se mostra adequada para o tratamento de quadros depressivos e de ansiedade



(Cuijpers et al., 2013; Hoffman et al., 2012). A diminuição dos sintomas depressivos e de ansiedade podem estar relacionadas à estimulação da interação entre os membros do grupo proporcionando coesão, altruísmo e universalidade (Yalom, 2006). A Psicoeducação pode obter melhora dos sintomas psiquiátricos em cuidadores de indivíduos com transtornos mentais como verificado nos estudos de Aboulafia-Brakhaab et al. (2013).

O modelo de intervenção da TCCF aumentou a motivação para mudança de comportamento. A TCCF por meio dos fatores terapêuticos de grupos multifamiliares pode produzir como efeito terapêutico a coesão do grupo e a instilação de esperança (Yalom, 2006) elementos que podem ser responsáveis pelo aumento da motivação dos participantes dos grupos.

## **5. Limitações**

Este é um estudo piloto não podendo ser realizadas inferências. Este estudo foi realizado com uma amostra pequena. Apenas 32% dos familiares convidados a participar da pesquisa compareceram ao primeiro encontro, entre os motivos poderiam estar vergonha, estigma, culpa, desesperança ou recusa de se envolver com o paciente (Kass & Lee Peitzman, 2003). Ressalta-se a não participação dos homens comprometendo a validade externa do estudo. As mulheres apresentam maior propensão à participação de tratamentos. A elas é atribuído o papel social de cuidadora existindo a expectativa que cumpram esta função desempenhando um papel aprendido, o que não acontece com a população masculina (Fuller & Warner, 2000; Prest, Benson, & Protinsky, 1998). A fim de aumentar o tamanho da amostra mantem-se a continuidade do estudo.

## 6. Perspectivas Futuras

O resultado desta pesquisa indica que as intervenções da Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar por meio de grupos multifamiliares e da Psicoeducação apresentam resultados promissores em familiares de indivíduos com o TRS. Desta forma, outras pesquisas devem ser realizadas a fim de aumentar a capacidade de detectar diferenças entre as intervenções. Ambas as intervenções podem ser pesquisadas e utilizadas em centros de tratamentos para o TRS, privados ou públicos como os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD).

## Referências

- Aboulaflia-Brakhaab, T., Suchecki, D., Gouveia-Paulino, F., Nitri, R., & Ptak, R. (2014). Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Mental Health*, 18, 801-808.
- Alexander, J., & Parsons, B. (1982). *Functional family therapy: principles and procedures*. Carmel: Brooks/Cole.
- Barton, C., Alexander, J. F., & Robbins, M. S. (2007). Tratamento cognitivo-comportamental dos problemas familiares. In V. E. Caballo (Org.). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde* (pp. 587-619). São Paulo: Santos.

- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Biener, L., & Abrams, D. (1991). The contemplation ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10, 991-1002.
- Bortolon, C. (2010). *Funcionamento familiar e aspectos de saúde associados à codependência em familiares de usuários de drogas*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Brook, D., & Galanter, M. (2009). Group and family treatment for substance abuse. In G. O. Gabbard (Ed.). *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(1), 3-45.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Andersson, G., Beekman, A., & Reynolds, C. I. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12, 137-148.
- Dattilio, F. (2011). *Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias*. Porto Alegre: Artmed.
- Day, E., Copello, A., Seddon, J., Christie, M., Bamber, D., Poewill, C., et al. (2013). Pilot study of a social network intervention for heroin users in opiate substitution treatment: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, p. 264.
- Dear, G. E., & Roberts, C. M. (2000). The Holyoake Codependency Index: investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychological Reports*, 87, 991-1002.
- Fuller, J., & Warner, R. (2000). Family stressors as predictor for codependency. *Genetic, Social and General Psychologist Monographs*, 126, p. 5-22.

- Galanter, M., & Kleber, H. D. (2008). *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.). Arlington: The American Psychiatric Publishing.
- Henggeler, S. W., & Borduin, C. C. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440
- Hogue, A., & Liddle, H. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31, 126-154.
- Jordans, J., Tol, A., Ndayisaba, A., & Komproe, H. (2013). A controlled evaluation of a brief parenting psychoeducation intervention in Burundi. *Society Psychiatry Epidemiology*, 48, 1851-1859.
- Instituto Nacional da Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. (2013). *LENAD família: levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos*. [S. l.]: Author.
- Kass, M., & Peitzman, C. (2003). Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness. *Issues Mental Health Nurse*, 24, 741-756.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, S54-64.
- Latimer, W. W., Winters, K. C., D'zurilla, T., & Nichols, M. (2003). Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 303-317.
- Liddle, H. A., Rodriguez, R. A., Dakof, G. A., Kanzki, E., & Marvel, F. A. (2002). Multidimensional family therapy: a science-based treatment for adolescent drug abuse. In J. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 128-163). New York: John Wiley and Sons.
- National Institute on Drug Abuse. (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: a research-based guide*. Bethesda: Author.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77.
- Prest, L. A., Mark, J., Benson, F., & Protinsky, O. (1998). Family of origin and current relationship influences on codependency. *Family Process*, 37, 513-528.

- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 59-81.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Manual conciso de psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Sin, J., & Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 1145-1162.
- Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2005). Dual and multiple diagnoses among substance using runaway youth. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 179-201.
- Sprenkle, D. H. (2012). Intervention research in couple and family therapy: a methodological and substantive review and an introduction to the special issue. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38, 3-29.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2004). Center for Substance Abuse Treatment. *Substance abuse treatment and family therapy*. Rockville: Author.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). National Registry of Evidence-Based Programs and Practices. *Psychoeducational multifamily groups*. Rockville: Author.
- Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52, 576-618.
- Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse*. Bethesda: National Institute on Drug Abuse.
- Szapocznik, J., & Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Morgan, T., & Crane, R. (2010). Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment. *Journal Marital of Family Therapy*, 36, 486-498.
- Vaughn, m. g., & Howard, M. O. (2004). Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. *Research on Social Work Practice*, 14, 325-335.
- World Health Organization. (2010). *ATLAS on substance use: resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneve: Author.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artmed.



## ARTIGO CIENTÍFICO (Versão Inglês)

### **Cognitive-Behavioral Family Intervention to Substance-Related Disorders: pilot study**

Leandro Alencastro Santos, Cassandra Bortolon, Taís de Campos Moreira, Maristela Ferigolo, Helena M. T. Barros

#### **1. Introduction**

Substance-Related Disorders (SDR) in the family is the main contributor to mental illness in adults, accounting for 5.4% of global diseases (Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013; World Health Organization [WHO], 2010). There are probably 100 million families affected by this disease throughout the world is estimated (Orford et al., 2013). In Brazil, this estimate is 28 million family (Instituto Nacional da Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas [INPAD], 2013).

In the context of SDR, is the common appearance of codependent. This term represents the individual whose behavioral patterns were significantly affected by substance use or dependence of one of his relatives (Sadock & Sadock, 2008). Individuals who live with family members who have the SDR can develop codependency behaviors (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2004).

It is important to identify these signs of codependency that somehow reinforce the behavior of substance use so that they are part of the planning of treatment (Bortolon, 2010; SAMHSA, 2004). The effectiveness of treatments for SDR models for adolescents and adults that include family is recognized, noting that the benefits do

not involve only the substance user, but all family members (Carr, 2009; Hogue & Liddle, 2009; Rowe, 2012; Sprenkle, 2012; Sydow, Retzlaff, Beher, Haun, & Schweitzer, 2013). Therefore, approaches to families are consistently cited as the most effective forms of intervention for families and users (Carroll & Onken, 2005; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2006; SAMHSA, 2004; Waldron & Turner, 2008). Family therapy and group therapy for individuals with became SDR treatments of choice (Brook&Galanter, 2009; Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003).

It has recently treatment and helps for relatives of individuals with SDR. For a long time this group of people was neglected (Orford et al., 2013). It is recognized that there is strong evidence for the efficacy of treatments for SDR models for adolescents and adults including family, benefiting not only the substance user, but all family members (Carr, 2009; Hogue & Liddle, 2009; Rowe, 2012; Sprenkle, 2012; Sydow et al., 2013). Different studies have pointed to the need for more research on the SDR. Researchers have concentrated efforts to develop methodologies for interventions that may eventually or else minimize the suffering of individuals, families and society as a whole that is hit by the problem (Galanter & Kleber, 2008; Orford et al., 2013; Morgan& Crane, 2010).

The Multidimensional Family Therapy (MFT) (LIDDLE, 2002) integrates the family care and individual therapy. The Multisystemic Therapy (MT) (Henggeler & Borduin, 1990) is a social ecological approach that modifies the multiple risk factors that create and maintain drug abuse and delinquency in adolescence, including the family. The Based Ecological Family Intervention (EBFI) (Slesnick & Prestopnik, 2005) was developed based on models that emphasize the change in family functioning. The Functional Family Therapy (FFT) (Alexander & Parsons, 1982) have behavioral base, facing family systems that aims to change maladaptive family patterns that maintain



the problems of adolescence. The Brief Strategic Family Therapy (BSFT) (Szapocznik & Williams, 2000) is based on three principles of structural family therapy (Minuchin, 1974), they are strategies to unite families, to make a diagnosis of familial pattern, and restructuring family interactions. And yet, Models of Integrative Family Therapy (MIFT) Latimer et al. (2003) tested a family intervention approach integrating cognitive-behavioral therapy to SDR.

Three studies of drug treatment in adolescence concluded that approaches based on family are consistently distinguished by its methodological rigor (ROWE, 2012). Studies of VAUGHN AND HOWARD (2004) on familiar approaches to the treatment SDR conclude that MFT and the approach of cognitive-behavioral therapy in groups appear to be the most effective. The review by BECKER AND CURRY'S (2008), based on high-quality studies on drug treatment for adolescents indicated MFT and MT and obtained effects superior to other approaches in this treatment modality. BSFT, MT approaches have also been referred to as "probably effective" to treat SDR (Waldron Turner 2008).

The hypothesis tested in this study was that participants who received the intervention of cognitive-behavioral therapy by family groups would get better clinical results on the scales applied when compared with participants who received the intervention of psychoeducation. The reason for the improvement of these results could be related to the techniques of cognitive-behavioral therapy and group cohesion that are recognized aspects such as clinical improvement facilitators.

The aim was to verify the effectiveness of a therapeutic approach based on evidence, which contributes to reduction of behaviors of codependency and symptoms of depression and anxiety, as well as to increased motivation to change individual behavior of familiar with the TRS. The results of treatment models by multifamily

groups, in relation to cost-effectiveness are promising, being nominated for inclusion in health systems (SYDOW, 2013).

We emphasize that despite its significant importance, Brazil has no tradition of cost-effectiveness research mainly in mental health and the TRS context, being scarce the production of this material.

## **2. Methodology**

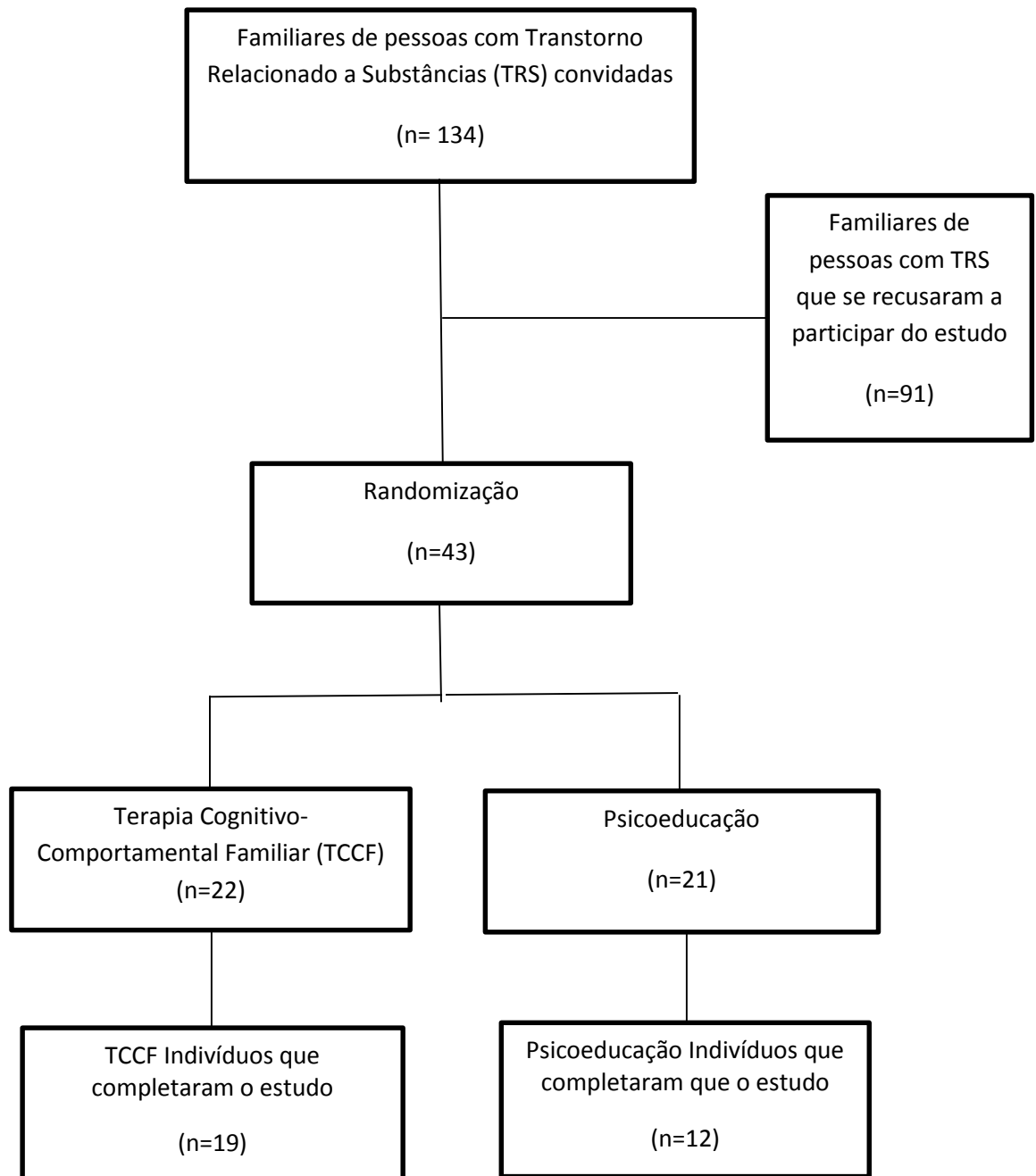
### *2.1. Study Design*

Randomized clinical trial.

### *2.2. Participants*

The participants were relatives of individuals ( $n = 43$ ), diagnosed with the SDR team of professionals from where the data collection was carried out from the DSM V, aged 18-70 years old, literate. At the end of the intervention had 31 participants. Relatives of individuals were included with SDR and agreed to participate after reading the Statement of Informed Consent. We excluded those who had psychotic symptoms (assessed by the team of the Caps), attended some multifamily group were relatives of individuals with SDR due to tobacco consumption. Also excluded if they were familiar with signs of substance use during interventions. This evaluation was performed by the professional leading the group with training and experience that gave him conditions for signs of substance abuse such as behavioral changes such as aggression, lability of mood, decreased concentration, mental confusion, loss of muscle control, flushing facial among others. The recruitment of participants was by disseminating advertisements in local newspapers and phone calls to family members of individuals who were attending institutions for treatment of SDR.

Figure 1 - CONSORT Diagram



### *2.3. Data collection*

The collection of demographic data was made from data recorded from patient charts.

### *2.4 Places where the study was conducted*

Data collection was performed in a CAPS AD and also in a Outpatient Chemical Dependency in the metropolitan region of Porto Alegre, between March 2012 and March 2014.

### *2.5 Instruments*

a) an instrument for obtaining the general data of family members, including gender, age, marital status, whether exercising gainful work activity, schooling and drugs used by the family shows that the SDR was used.

b) to assess the levels of codependency scale of family Holyoake Codependency Index (HCI), composed of 13 items that assesses, on a Likert scale, the extent to which a person agrees or rejects codependent feelings was used, (Dear & Roberts, 2000).

c) for the assessment of the stage of behavior change, the Contemplation Ladder (Biener & Abrams, 1991) was used.

d) to check symptoms of depression in family study participants "Beck Depression Inventory" (BDI) was used. The Inventory was developed by Aaron Beck, is a self-assessment of depressive symptoms widely used both in research and in the clinic. The measuring instrument consists of 21 items, including symptoms and attitudes, whose intensity varies from 0 to 3. Your items are related to depressive symptoms such as hopelessness, irritability and cognitions such as guilt or feelings of

being punished, as well as physical symptoms such as fatigue, weight loss and decreased libido (Beck et al., 1961).

e) the Beck Anxiety Inventory ("An Inventory for Measuring Clinical Anxiety; Beck et al., 1988) consists of 21 items, was developed by Aaron Beck is a self-assessment of anxiety symptoms that reflect somatic issues , related to affective and cognitive symptoms characteristic of anxiety(Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988).

## *2.6. Interventions*

### *2.6.1. Cognitive-Behavioral Family Therapy (CBFT) by multifamily groups*

The CBFT presents a cognitive-behavioral perspective that focuses on the interaction of family members with particular emphasis on the interrelated nature of the expectations, beliefs and responsibilities of family members. This intervention takes into account the systemic family functioning (Datilio, 2011).

The multifamily group therapy is recognized by SAMHSA as an evidence-based (SAMHSA, 2006) practice. Studies show that multifamily groups have therapeutic benefits as reducing wear and caregivers living with a person with some psychological distress (Day et al., 2013). The integration of cognitive-behavioral approach to Family Therapy can constitute a relevant therapeutic intervention for the treatment process of the SDR (Rowe, 2012).

The experimental group received interventions from the CBFT approach, which favors the change of thoughts, emotions and behaviors and has also stimulated the interaction between participants providing opportunities for group cohesion. The meetings were as follows:

1st Meeting: this meeting were explained the purpose and the work plan was held the therapeutic contract and highlighted the importance of attending all meetings as well as the interaction and exchange of experiences among participants, so that there were therapeutic benefits. Passed through the scales Ladder, Codependency Assessment Scale, Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory. The concepts of SDR and its etiology, the concept of codependency, the admission criteria and the importance of family in treatment for SDR were clarified.

2nd Meeting: explained the Cognitive-Behavioral, recording dysfunctional thoughts (RDT), examination techniques of evidence, concept of craving and risky situations model and motivational stages and presented technical problem solving.

3rd Meeting: expounded up about systemic family functioning, the influence of family functioning and communicating the importance of imposing limits (clear rules). The technique of role play was held to train communication. RPD was found those who did their homework.

4th Meeting (Cognitive Restructuring): technique of relaxation and diaphragmatic breathing, from cases brought by the family cognitive behavioral techniques to change behavior, such as were used.

5th Meeting: after synthesis of the previous meeting was held to update the family situations and then reflecting on the experience. It was stressed the importance of maintaining behaviors and strategies learned to deal with the familiar with the TRS. The Ladder, Codependency Assessment Scale, Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory scales were reapplied.

### 2.6.2. Group Psychoeducation

The group received psychoeducation guidelines and information about general content related to SDR and also on the role of the family in the context of SDR. This group received information about SDR in the lecture format.

1st Meeting: this meeting were explained the purpose and the plan of work, realized the therapeutic contract. We applied the Ladder, Evaluation of Codependency, Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory scales. The concepts of SDR and its etiology, codependency, criteria for admission and the importance of family in treatment for SDR were clarified.

2nd Meeting: explained the concepts of craving, risk situations and motivational stage.

3rd Meeting: emphasized the systemic functioning of the family, the influence of family functioning and communicating the importance of imposing limits (clear rules).

4th Meeting: emphasis was placed on the clinical complications and comorbidities.

5th Meeting: motivated is a reflection on the experience and bringing the learned content. The Ladder, Evaluation of Codependency, Beck Anxiety Inventory and the Beck Depression Inventory scales were reapplied.

### 2.7 Randomization

Randomization was performed using opaque, sealed envelopes sequentially numbered. After accepting the family's participation in groups, via phone call, the randomização and guidelines about the meetings was held.

## 2.8 Statistical methods

Initially, descriptive analyzes in which the qualitative variables were ranked by frequency and percentage were performed quantitative variables were described by mean and standard deviation. In bivariate analyzes were used independent t test and paired samples t test to assess differences between the scales for the first and last application. Spearman correlation analyzes were also performed to assess associations between variables of codependency, anxiety, depression and motivation. All statistics were performed in SPSS 19.0 statistics software program, op significance was  $<0.05$ . The study was approved by the research ethics committee of the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (Opinion No. 227 121).

## 3. Results

143 individuals between men and women were invited, however no man attended the meetings. Data of 43 family members who agreed to participate in the meetings to assist in changing behavior were analyzed. After 5 meeting data 31 family exist. All family members were women, mothers and wives, most studied over eight years and had paid activities, the characteristics of the sample are summarized in Table 1.

Codependency scores, depressive symptoms, anxiety symptoms and motivation demonstrated that there were statistical differences in the second administration of the questionnaires, between CBFT of Psychoeducational interventions for symptoms of depression and anxiety, respectively ( $P = 0.03$  and  $P = 0, 01$ ) (Table 2) In tests to check whether there was difference between the first and second apply the questionnaires revealed that for the intervention of Psychoeducation



Addiction, symptoms of depression and anxiety were statistical differences. For CBFT, the motivation was also applied difference in before and after the intervention (Table 2).

There was correlation between anxiety symptoms, symptoms of depression, and motivation Addiction. Correlations were found, taking into account the moment of introduction of testing (1st meeting) between codependency and anxiety symptoms ( $r = 0.4$ ;  $P = 0.002$ ). We also found a significant correlation between the symptoms of depression and anxiety symptoms ( $r = 0.4$ ;  $P = 0.007$ ) addition of co-dependence and symptoms of depression ( $r = 0.5$ ;  $P = 0.002$ ) and with symptoms of motivation anxiety ( $r = -0.5$ ,  $P = 0.009$ ).

#### **4. Discussion**

Both types of interventions showed positive results related to the decrease of codependency behavior of family members of individuals with SDR. However no statistical differences between groups were found in terms of changing behaviors of codependency among relatives of individuals with SDR. Statistical differences were found between the groups for codependency behaviors may be related, at least in part, the characteristics of the scale used. A Cognitive-Behavioral Therapy has as one of its priorities to behavior change (Knapp & Beck, 2008), the CBFT has as part of its aim to influence the cognitions of different family members through a range of strategies in order to increase acceptance of new adaptive behavioral patterns (Barton, Alexander, & Robbins, 2007). The CBT is also made by the technique of psychoeducation, deforms the differences observed between the results of groups could be best explained in terms of the active ingredients of the intervention, in this case, appear to

be two cognitive techniques (problem solving and examination of evidence) and a behavioral technique (role-play). Thus, these interventions can decrease the behaviors of codependence that are considered maladaptive. Therapeutic factors of groups generated from the CBFT by multifamily groups, as imitative behavior, interpersonal learning and information sharing may have contributed to behavior change, reducing the behaviors of codependence (Yalom, 2006). The Psychoeducation has presented evidence in the research regarding the improvement of family as the strategies used and how to deal with people who have different mental disorders, including SDR, becoming smaller load of these families (Jordans et al., 2013; Lyman et al., 2014; Sil & Norman, 2013). In relation to depressive symptoms and anxiety, both interventions showed significant differences in relation to the improvement of these symptoms. Interventions compared to CBFT better results in decreased depressive symptoms ( $p < 0.03$ ) and anxiety ( $p < 0.01$ ) (Table 2). The CBFT is adequate for the treatment of depression and anxiety (Cuijpers et al., 2013; Hoffman et al., 2012). The decrease in depressive and anxiety symptoms may be related to the stimulation of interaction between group members providing cohesion, altruism, and universality (Yalom, 2006). The Psychoeducation can get improvement in psychiatric symptoms in caregivers of individuals with mental disorders as seen in studies (Aboulafia-Brakhaab et al., 2013).

The intervention model of CBFT increased motivation to change behavior. The CBFT through multifamily groups may produce a therapeutic effect of group cohesion and instillation of hope (Yalom, 2006) elements that may be responsible for increasing the motivation of participants in the groups.

## **5. Limitations**

This is a pilot study inferences cannot be made. This study was conducted with a small sample. Only 32% of families invited to participate in the survey accepted the

invitation, among the reasons could be shame, stigma, guilt, hopelessness or refusal to engage with the patient, which is a possible explanation for the sample loss (Kass & Lee Peitzman, 2003). It emphasizes the non-participation of men committing the external validity of the study. Women have a higher propensity to participate in treatment. They are often assigned the role of caregiver social expectations exist that fulfill this function plays a learned paper, which does not happen with the male population (Fuller & Warner, 2000; Prest, Benson, & Protinsky, 1998). In order to increase the sample size to maintain continuity of the study.

## **6. Future Prospects**

The research result indicates that the interventions of Cognitive-Behavioral Family Therapy through Psychoeducational multifamily groups and show promising results in relatives of individuals with SDR. Thus, further research is required to increase the ability to detect differences between interventions. Both interventions can be searched and used in treatment centers for SDR private or public.

## References

- Aboulafia-Brakhaab, T., Suchecki, D., Gouveia-Paulino, F., Nitriti, R., & Ptak, R. (2014). Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging Mental Health, 18*, 801-808.
- Alexander, J., & Parsons, B. (1982). *Functional family therapy: principles and procedures*. Carmel: Brooks/Cole.
- Barton, C., Alexander, J. F., & Robbins, M. S. (2007). Tratamento cognitivo-comportamental dos problemas familiares. In V. E. Caballo (Org.). *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade: intervenção em crise, transtornos da personalidade e do relacionamento e psicologia da saúde* (pp. 587-619). São Paulo: Santos.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 53-63.
- Biener, L., & Abrams, D. (1991). The contemplation ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology, 10*, 991-1002.
- Bortolon, C. (2010). *Funcionamento familiar e aspectos de saúde associados à codependência em familiares de usuários de drogas*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Brook, D., & Galanter, M. (2009). Group and family treatment for substance abuse. In G. O. Gabbard (Ed.). *Gabbard's treatments of psychiatric disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy, 31*(1), 3-45.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 1452-1460.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Andersson, G., Beekman, A., & Reynolds, C. I. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry, 12*, 137-148.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dattilio, F. (2011). *Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias*. Porto Alegre: Artmed.

- Day, E., Copello, A., Seddon, J., Christie, M., Bamber, D., Poewll, C., et al. (2013). Pilot study of a social network intervention for heroin users in opiate substitution treatment: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, p. 264.
- Dear, G. E., & Roberts, C. M. (2000). The Holyoake Codependency Index: investigation of the factor structure and psychometric properties. *Psychological Reports*, 87, 991-1002.
- Fuller, J., & Warner, R. (2000). Family stressors as predictor for codependency. *Genetic, Social and General Psychologist Monographs*, 126, p. 5-22.
- Galanter, M., & Kleber, H. D. (2008). *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (4th ed.). Arlington: The American Psychiatric Publishing.
- Henggeler, S. W., & Borduin, C. C. (1990). *Family therapy and beyond: A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427-440.
- Hogue, A., & Liddle, H. (2009). Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *Journal of Family Therapy*, 31, 126-154.
- Jordans, J., Tol, A., Ndayisaba, A., & Komproe, H. (2013). A controlled evaluation of a brief parenting psychoeducation intervention in Burundi. *Society Psychiatry Epidemiology*, 48, 1851-1859.
- Instituto Nacional da Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. (2013). *LENAD família: levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos*. [S. l.]: Author.
- Kass, M., & Peitzman, C. (2003). Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness. *Issues Mental Health Nurse*, 24, 741-756.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, S54-64.
- Latimer, W. W., Winters, K. C., D'zurilla, T., & Nichols, M. (2003). Integrated family and cognitive-behavioral therapy for adolescent substance abusers: a stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 303-317.
- Liddle, H. A., Rodriguez, R. A., Dakof, G. A., Kanzki, E., & Marvel, F. A. (2002). Multidimensional family therapy: a science-based treatment for adolescent drug

abuse. In J. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 128-163). New York: John Wiley and Sons.

National Institute on Drug Abuse. (2006). *Principles of drug abuse treatment for criminal justice populations: a research-based guide*. Bethesda: Author.

Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*, 78, 70-77.

Prest, L. A., Mark, J., Benson, F., & Protinsky, O. (1998). Family of origin and current relationship influences on codependency. *Family Process*, 37, 513-528.

Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 59-81.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2008). *Manual conciso de psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Sin, J., & Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 1145-1162.

Slesnick, N., & Prestopnik, J. L. (2005). Dual and multiple diagnoses among substance using runaway youth. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 179-201.

Sprenkle, D. H. (2012). Intervention research in couple and family therapy: a methodological and substantive review and an introduction to the special issue. *Journal of Marital & Family Therapy*, 38, 3-29.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2004). Center for Substance Abuse Treatment. *Substance abuse treatment and family therapy*. Rockville: Author.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). National Registry of Evidence-Based Programs and Practices. *Psychoeducational multifamily groups*. Rockville: Author.

Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W., & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders: a systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52, 576-618.

Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse*. Bethesda: National Institute on Drug Abuse.

Szapocznik, J., & Williams, R. A. (2000). Brief strategic family therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.

Morgan, T.;&Crane, R. (2010). Cost-effectiveness of family-based substance abuse treatment. *Journal Marital of Family Therapy*, 36,486-498.

Vaughn, m. g., & Howard, M. O. (2004). Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. **Research on Social Work Practice**, 14, 325–335.

World Health Organization. (2010). *ATLAS on substance use: resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneve: Author.

Yalom, I., &Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo*. Porto Alegre: Artmed.

Tabela 1 - Características Sócio Demográficas (n=43) da amostra de familiares que participaram das intervenções da TCCF e da Psicoeducação.

| Características           | TCCF (***) n (%) | Psicoeducação n (%) |
|---------------------------|------------------|---------------------|
| Sexo                      |                  |                     |
| Fem                       | 22 (100)         | 21 (100)            |
| Masc                      | 0                | 0                   |
| Escolaridade              |                  |                     |
| Até 8                     | 7 (36,8)         | 7 (33,3)            |
| Mais 8 anos               | 12 (63,2)        | 14 (66,7)           |
| Atividade Remunerada      |                  |                     |
| Sim                       | 11 (57,9)        | 10 (47,6)           |
| Não                       | 8 (42,1)         | 11 (52,4)           |
| Codependência (**)        | 9,80 ± 1,82      | 8,69± 1,79          |
| Beck Ansiedade (Sintomas) |                  |                     |
| Não                       | 0                | 0                   |
| Leve                      | 1 (4,5)          | 0                   |
| Moderada                  | 2 (9,1)          | 3 (14,3)            |
| Severa                    | 19 (86,4)        | 18 (85,7)           |
| Beck Depressão (Sintomas) |                  |                     |
| Não                       | 0                | 0                   |
| Leve                      | 1 (4,5)          | 0                   |



|                  |           |           |
|------------------|-----------|-----------|
| Moderada         | 4 (18,2)  | 5 (23,8)  |
| Severa           | 17 (77,3) | 16 (76,2) |
| Ladder           |           |           |
| Pré-Contemplação | 6 (27,2)  | 2 (10)    |
| Contemplação     | 9 (40,9)  | 9 (45)    |
| Preparação       | 5 (22,7)  | 7 (35)    |
| Ação/Manutenção  | 2 (9,1)   | 2 (10)    |

Não houve diferenças estatísticas entre os grupos.

\*\* Foi avaliada pela Escala de Avaliação de Codependência

\*\*\* Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar

TABELA 2 - Principais diferenças entre as aplicações das escalas de codependência, sintomas de depressão, sintomas de ansiedade e motivação entre as intervenções da TCCF e psicoeducação.

|                       | TCCF (*) n=19 | Psicoeducação n=12 | P      |
|-----------------------|---------------|--------------------|--------|
| Codependência         |               |                    |        |
| 1ª Aplicação          | 10,24±1,53    | 9,51±1,25          | 0,8    |
| 2ª Aplicação          | 7,96±1,25     | 8,05±1,09          |        |
|                       | P<0,001**     | P=0,005**          |        |
| Sintomas de depressão |               |                    |        |
| 1ª Aplicação          | 37,47±9,18    | 34,92±5,50         | 0,03** |
| 2ª Aplicação          | 26,68±6,01    | 31,42±5,24         |        |
|                       | P<0,001**     | P=0,04**           |        |
| Sintomas de Ansiedade |               |                    |        |
| 1ª Aplicação          | 34,42±8,34    | 34,50±3,98         | 0,01** |
| 2ª Aplicação          | 26,21±6,43    | 32,00±5,27         |        |
|                       | P<0,001**     | P=0,005**          |        |
| Motivação             |               |                    |        |
| 1ª Aplicação          | 4,95±2,85     | 6,92±1,78          | 0,6    |
| 2ª Aplicação          | 8,00±3,10     | 7,58±1,73          |        |
|                       | P<0,001**     | P=0,02             |        |

\*TCCF – Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar

\*\* P<0,05

## **APÊNDICE A – Detalhamento da Intervenção**

A terapia cognitivo-comportamental tem como um dos pilares terapêuticos o conhecimento por parte do paciente do funcionamento dos processos cognitivos. Será trabalhada com o grupo a tríade cognitiva pensamento-emoção-comportamento. Serão dados exemplos a partir de situações trazidas pelo grupo, tais como, o que acontece cognitivamente quando, um filho usuário de substâncias psicoativas insiste em pedir dinheiro para sua mãe. Esta situação é muito comum neste contexto, e é um ponto difícil de ser trabalhado, ainda mais quando o dependente químico está intoxicado e fissurado. O entendimento dos processos cognitivos traz a possibilidade dos familiares, do terapeuta e dos membros do grupo, de gerarem respostas de enfrentamento adaptativas para estas situações.

O conceito de fissura e situação de risco é fundamental para o usuário de substâncias psicoativas, pois possibilita a diminuição do consumo evitando recaídas. A fissura é o desejo de consumir a droga, causando sensações desagradáveis físicas e psicológicas ao usuário. Ter a informação que este é um processo que tem início e fim, e que a fissura dura geralmente alguns minutos, ajuda ao usuário a lidar com estas difíceis situações. Conhecer as situações que são aumentadas as possibilidades de uso torna-se uma importante ferramenta para evitar o uso de substâncias psicoativas. É realizado o mapeamento por terapeuta e pacientes das situações, pessoas, lugares e hábitos que estão condicionados ao uso de SPA.

Identificação dos pensamentos automáticos – O terapeuta ajuda a identificação do pensamento automático realizando a seguinte pergunta: “o que estava passando pela sua cabeça?” (BECK, 2005).

Solução de problemas – Esta técnica auxilia a busca de soluções para os problemas do dia-dia. Podemos dividi-la em etapas: identificar o problema, criar soluções (“tempestade de idéias”), escolher a melhor solução disponível, colocá-la em prática e avaliar sua efetividade (RANGÉ, 2001).

Treinamento de habilidades na comunicação – Uma das grandes dificuldades das famílias que sofrem com o TRS está na comunicação. Muitos conflitos são gerados e potencializados em função desta dificuldade. Uma técnica para lidar com este problema seria o treinamento da assertividade onde a comunicação é expressa

de forma empática e objetiva. Destaca-se que as pessoas têm direito a defender seus direitos aceitando o mesmo comportamento das outras pessoas (ZANELATTO, 2007). A mesma autora traz a importância de falar e ouvir sobre sentimentos, e o entendimento e aceitação de críticas, evitando conflitos interpessoais. Os terapeutas podem ensinar os pacientes a expressar suas percepções e sentimentos de forma que não agressiva, fazendo com que a comunicação flua.

Miniaula – Há momentos que rápidas explicações sobre os processos cognitivos ajudam os pacientes a entenderem melhor comportamentos do cotidiano. Breves explicações sobre terapia cognitivo-comportamental podem ser realizadas, de forma amigável, envolvente e interativa (WRIGHT et al., 2008).

Feedback durante a sessão de grupo – Esta técnica tem como objetivo garantir que a comunicação funcione durante o grupo, deve ficar claro para o grupo aquilo que o terapeuta tentou expressar. Perguntas do terapeuta como, “O que você entendeu sobre o que eu disse agora?”, podem facilitar o entendimento sobre terapeuta e paciente. No final da sessão o terapeuta deverá perguntar ao paciente sobre: o que ele aprendeu na sessão (BECK et al., 1993).

Reforço Positivo: Elogios e demonstrações por parte do terapeuta a respeito da compreensão dos comportamentos do paciente que fortalece a sua auto estima e auto eficácia.

Role-play – A técnica consiste em dramatizar eventos já ocorridos, ou possíveis eventos futuros, possibilitando a avaliação, e intervenção do terapeuta a fim de realizar a reestruturação cognitiva e corrigir comportamentos disfuncionais nas famílias. Esta técnica possibilita ao terapeuta avaliar e intervir nas reações cognitivas, afetivas, e comportamentais oferecendo oportunidade para alterar padrões familiares (DATTILIO, 2004).

Reestruturação Cognitiva – O paciente é encorajado a encontrar associações entre situação, emoção, pensamento e ação, a partir do reconhecimento dos pensamentos disfuncionais e teste da realidade. Tem o objetivo de enfraquecer as crenças disfuncionais.

Uma importante forma de intervenção é a psicoeducação que explica ao usuário de substâncias e seus familiares, características sobre o funcionamento do TRS, em seus diferentes aspectos. Entre eles podemos citar: sua etiologia, a influência familiar, a questão genética e fatores sociais. Podemos ressaltar a importância do ensinamento primordial da condição da dependência química como

um complexo problema de saúde, para evitar julgamentos depreciativos do senso comum. É desejável que o paciente tenha algumas informações iniciais sobre seu transtorno a fim de poder associar seus alguns de seus problemas ao seu transtorno e reduzir à autocrítica (BECK, 2005).

A psicoeducação é um formato de grupo que informa e ensina o adicto sobre seu comportamento e as consequências comportamentais, médicas e psicológicas relacionadas à adição (KHANTZIAN; GOLDEN-SCHULMAN; MCAULIFFE, 2008).

Sobre a psicoeducação, Wright, Basco e Thase (2008) ressaltam três aspectos importantes. O primeiro seria a importância da habilidade de ensinar do terapeuta, uma vez que os pacientes podem aprender a controlar seus estados de humor e controlar seus comportamentos. O segundo aspecto, a psicoeducação eficaz pode reduzir riscos de recaídas. E o terceiro, a terapia cognitivo-comportamental pode ensinar os pacientes e serem seus próprios terapeutas, iniciando com a explicação do funcionamento da tríade pensamento, emoção e comportamento.

As diferentes abordagens psicoterapêuticas enfatizam a importância da relação terapêutica para a obtenção de resultados satisfatórios para as intervenções. Desta forma, destacamos este tópico em função da objetividade de sua importância. Para que a terapia cognitiva seja eficaz se faz necessário um bom vínculo terapêutico (BECK, 2008). O estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica, inquestionavelmente, estão sob a influência das características pessoais do terapeuta (MEYER;VERMES, 2001).Para a terapia, a primeira sessão pode ser crucial, determinando o tom e as expectativas do trabalho que será realizado (MILLER; ROLLNICK, 1999).

Nos processos grupais, o terapeuta tem papel fundamental para que se estabeleça um clima grupal que respeite e tolere as diferenças individuais, e, também para promover o encorajamento para que os membros do grupo possam falar sobre seus problemas (OLIVEIRA et al., 2011). BECK (1997) ressalta a influência, positiva ou negativa, das mensagens implícitas, ou até explícitas, do terapeuta, sobre os pacientes, através do tom de voz, expressões faciais e linguagem corporal.

Ainda em relação ao papel do terapeuta no contexto de tratamento, destacamos que em uma consulta psicológica, aquilo que permite expressão máxima de sentimentos, atitudes e problemas da pessoa que busca ajuda é a inexistência de qualquer coerção ou pressão pessoal por parte do terapeuta.

Colaborar ativamente com o paciente, demonstrar empatia, adaptar o estilo terapêutico ao paciente, aliviar a angústia e solicitar feedback são estratégias para construção da aliança terapêutica (BECK, 2008). Uma das formas mais importantes de expressar empatia é através da autenticidade. Um terapeuta com esta característica consegue comunicar-se verbal ou não verbalmente com o cliente de maneira honesta, natural e emocionalmente conectada com a situação que está sendo trabalhada (WRIGHT et al., 2008).

É reconhecido o quanto à empatia está relacionada ao sucesso da terapia, sendo percebido, também, que sua ausência prejudica o vínculo terapeuta-paciente (ANDRADE, 2011). A autora traz outros elementos importantes para a relação terapeuta-paciente tais como: contato visual, gestos associados, como, balançar a cabeça, tom de voz, fluência, pausas e entonação. A empatia é um elemento crucial para que seja estabelecida uma relação terapêutica que propicie resultados satisfatórios para o tratamento. Para a Terapia Cognitivo-Comportamental, empatia está relacionada com a possibilidade de o terapeuta colocar-se no lugar do paciente inferindo o que ele possa estar sentindo e pensando (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Uma relação colaborativa e entre terapeuta e cliente é percebida como um componente vital para o sucesso da terapia. Os mesmos autores referem à necessidade de estabelecer um clima de confiança na relação. Destacam, também, que pode haver menor tolerância aos pacientes usuários de drogas, por parte de alguns terapeutas, quando comparamos a pacientes com outros diagnósticos, pois pessoas que abusam de substâncias rompem com as leis e causam tormento aos seus familiares (BECK et al., 1993).

É importante que o terapeuta reconheça e consiga expressar seus próprios sentimentos a fim de orientar de forma efetiva seus pacientes na descoberta de seus pensamentos e expressão de sentimentos (BECK et al., 2005). Na intervenção cognitivo-comportamental grupal, é necessário que o terapeuta tenha uma postura ativa, fazendo com que os membros do grupo possam se sentir a vontade em um ambiente que inspire confiança (OLIVEIRA et al., 2011). Outro aspecto do líder de um grupo terapêutico seria o de propiciar um processo na qual os membros aprendam a interagir de maneira honesta, aberta e empática, que possibilite a mudança positiva de comportamento (WASHTON, ZWEBEN, 2009).

As técnicas de intervenção utilizadas na Terapia Cognitivo-Comportamental, assim como a postura empática do terapeuta em relação ao paciente e, por último, a colaboração deste com o tratamento são elementos que aumentam a probabilidade de desfechos positivos do tratamento.

### 6.1 APÊNCIDE B - Justificativa para a diferença do n amostral descrito no projeto e amostra efetiva do artigo.

O projeto seria desenvolvido no Caps ad de Novo Hamburgo, durante o período da coleta a equipe da coordenação deste Caps ad foi alterada e a nova equipe não teve interesse na continuidade da pesquisa. Junto a minha orientadora buscamos outro local para coleta, após aceite do local iniciamos a coleta de dados mas devido ao prazo de entrega da dissertação e das características da amostra (familiares apresentam grande resistência para comparecer ao tratamento) a amostra foi fechada com 43 indivíduos, sendo que 31 familiares foram até ao final do estudo.

Desta forma nós entendemos que este pode representar os motivos pelos quais não foram encontradas diferenças estatísticas na mudança de comportamentos de codependência entre os grupos da TCCF e psicoeducação.

Atenciosamente, Leandro Alencastro Santos



## **ANEXO A –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar no tratamento do Transtorno Relacionado a Substâncias por meio de grupos multifamiliares**

Você, neste momento, está sendo convidado a receber ajuda para lidar com questões referentes à dependência química. Este tipo de tratamento requer sua participação em grupos junto a outras famílias que passam por situações parecidas com as suas.

Objetivo deste trabalho é proporcionar a possibilidade de mudança de comportamento dos usuários de drogas e seus familiares, que favoreçam o desenvolvimento e manutenção da dependência química por comportamentos que promovam saúde para o usuário de drogas e sua família. Serão realizados uma pré-sessão e cinco encontros, serão aplicados questionários no primeiro e no último encontro. As informações obtidas serão avaliadas para fins deste trabalho. Nos encontros dos grupos serão abordadas questões, dúvidas referentes à dependência química e seu funcionamento.

Baseados em experiências anteriores, assim como esta, é possível afirmar que não são esperados desconfortos ou riscos para os participantes dos grupos, que poderão se retirar da sala a qualquer momento.

Quanto aos benefícios, é esperado que usuários de drogas e familiares aprendam a lidar com as complexas questões referentes à dependência química diminuindo ou extinguindo os problemas e sofrimentos causados por esta doença. Qualquer dúvida em relação a este trabalho será esclarecida quanto perguntada. Você terá a liberdade de abandonar a participação neste trabalho a qualquer momento sem nenhuma espécie de prejuízo. Ressaltamos, também, que a não concordância em participar deste estudo não implica necessariamente em qualquer modificação no tratamento proporcionado por este serviço. Os nomes dos participantes e características específicas de cada um desta pesquisa não serão, em nenhum momento, divulgados, garantindo a privacidade de todos participantes.

Fui informado(a) dos objetivos da pesquisa a cima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito do tratamento que será proporcionado. Sei

que as informações sobre esta pesquisa são confidenciais e que posso não mais participar no momento em que desejar.

Sei que em caso de qualquer dúvida posso contatar com a pesquisadora responsável Dra. Helena Tannhauser Barros através do fone: (51) 33038821, também, contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (51) 33038804.

---

Assinatura do paciente

---

Nome do paciente

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Pesquisador

---

Nome do pesquisador

Este formulário foi lido para \_\_\_\_\_ em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ enquanto eu estava  
presente.

---

Assinatura da testemunha

---

Nome da testemunha

---

## Anexo B – Aprovação CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar no tratamento da dependência química por meio de grupos multifamiliares

**Pesquisador:** Helena Maria Tannhauser Barros

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 12662013.9.0000.5345

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** ASSOCIACAO MARIO TANNHAUSER DE ENSINO, PESQUISA E ASSISTENCIA - AMTEPA

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 278.507

**Data da Relatoria:** 16/05/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um ensaio clínico randomizado de dependentes químicos e seus familiares (N=150, incluindo controles e intervenção) que buscarem atendimento no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras

drogas da cidade de Novo Hamburgo. Este estudo originará uma dissertação de Mestrado.

Serão incluídos: dependentes químicos entre 18 e 50 anos, familiares, amigos, colegas, que apresente real preocupação com a relação estabelecida entre aquela pessoa e a substância psicoativa e que assinem o TCLE. Serão excluídos: dependentes de tabaco e participantes de grupos do tabaco, familiares com sintomas psicóticos, que frequentem grupo multifamiliar e sujeitos que estejam sob efeito de drogas durante as intervenções.

#### Objetivo da Pesquisa:

Verificar se a participação de familiares e dependentes químicos em grupos multifamiliares com metodologia baseada na Terapia Familiar Cognitiva Comportamental tem influência na diminuição dos comportamentos destes familiares e dependentes químicos, que colaboram para o desenvolvimento e manutenção da doença.

Objetivos Específicos:

- Mensurar comportamentos de co-dependência através da escala Holyoake Codependency Index

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245

Bairro:

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (513)303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 278.507

(HCI) em ambos os grupos.

- Avaliar mudanças comportamentais dos usuários de ambos os grupos.
- Avaliar estágio motivacional p/ abstinências das drogas utilizando a escala Ladder.
- Avaliar a sintomatologia depressiva de usuário de substâncias e familiares utilizando o inventário para mensurar a depressão de Beck, antes e após as intervenções nos grupos experimentais e controle.
- Avaliar a sintomas de ansiedade de usuário de substâncias e familiares utilizando o inventário para mensurar a ansiedade de Beck, antes e após as intervenções nos grupos experimentais e controle.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Consta no TCLE que não são esperados desconfortos ou risco quanto a participação na pesquisa, baseado em experiências anteriores. Também, que os participantes podem se retirar da sala ou desistir da participação no estudo a qualquer momento sem que haja prejuízo ou modificação no tratamento proporcionado pelo serviço.

Quanto aos benefícios, é esperado que os dependentes e seus familiares aprendam a lidar com as complexas questões referentes a dependência química, reduzindo os problemas causados por esta doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é de extrema relevância social. A apresentação do projeto contém todos os elementos necessários a sua fundamentação e compreensão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta todos os Termos obrigatórios necessários e adequados ao tipo de estudo.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considero o projeto aprovado na forma apresentada.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245  
Bairro: CEP: 90.050-170  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)303-8804 E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE  
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 278.507

De acordo com o Parecer do Relator.

PORTO ALEGRE, 21 de Maio de 2013

---

Assinador por:  
José Geraldo Vernet Taborda  
(Coordenador)

---

**ANEXO C –Escala de Avaliação da Codependência (HCI - *Holyoake*  
*Codependency Index*)**

Pensando no seu comportamento em relação ao uso de drogas do seu familiar,  
você...

(1) Discorda Totalmente      (2) Discorda      (3) Indeciso      (4) Concorda      (5)

Concorda Totalmente

1- Frequentemente eu não tento me tornar amigo das pessoas, pois penso que elas  
podem não gostar de mim. (    )

2- Não importa o que aconteça, a família vem em primeiro lugar. (    )

3- Minha vida é controlada pelo comportamento e problemas do meu familiar. (    )

4- Eu sempre coloco as necessidades da minha família na frente das minhas.(    )

5- Eu vivo muito segundo os padrões das outras pessoas. (    )

6- Eu costumo me exhibir ou fingir para impressionar as pessoas. Eu não sou a pessoa  
que finjo ser. (    )

7- Os efeitos do comportamento do meu familiar são uma constante ameaça para mim.(  
)

8- É minha responsabilidade gastar as minhas energias ajudando e resolvendo os  
problemas das pessoas que gosto. (    )

9- No intuito de me relacionar bem com as pessoas e de ser gostado, eu preciso ser  
o que as pessoas querem que eu seja. (    )

10. Eu poderia administrar bem as coisas se o comportamento do meu familiar  
melhorasse. (    )

11- O que eu sinto não é importante desde que as pessoas que gosto estejam bem.  
(    )

12- Eu não posso colocar minhas próprias necessidades acima das dos outros, pois pode ser egoísmo. (    )

13- Eu preciso dar desculpas e pedir perdão à maior parte do tempo. (    )

**ANEXO D –Escala Ladder – Familiares**

Marque o número que indica onde você está agora.

(    ) (0) Não penso em mudar meu comportamento em relação ao meu familiar que utiliza drogas.

(    ) (2) Penso que um dia será necessário mudar meu comportamento em relação ao meu familiar usuário de drogas.

(    ) (5) Penso em mudar meu comportamento em relação ao meu familiar usuário de drogas, mas ainda não estou pronto.

(    ) (8) Estou começando a pensar sobre como mudar meu comportamento em relação ao meu familiar usuário de drogas.

(    ) (10) Estou fazendo alguma coisa para mudar meu comportamento em relação ao meu familiar usuário de drogas.



## **ANEXO E –Escala para avaliar sintomas de ansiedade de Beck**

### **Instruções para o BDI:**

“Lerei 4 frases sobre sentimentos que você possa estar sentindo. Escolha entre elas uma que melhor defina como você se sente nesta semana, incluindo hoje”.

1.     **0** Não me sinto triste.  
      **1** Eu me sinto triste.  
      **2** Estou sempre triste e não consigo sair disso.  
      **3** Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
  
2.     **0** Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.  
      **1** Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.  
      **2** Acho que nada tenho a esperar.  
      **3** Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
  
3.     **0** Não me sinto um fracasso.  
      **1** Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.  
      **2** Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.  
      **3** Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
  
4.     **0** Tenho tanto prazer em tudo como antes.  
      **1** Não sinto mais prazer nas coisas como antes.  
      **2** Não encontro um prazer real em mais nada.  
      **3** Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
  
5.     **0** Não me sinto especialmente culpado.  
      **1** Eu me sinto culpado às vezes.  
      **2** Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.  
      **3** Eu me sinto sempre culpado.
  
6.     **0** Não acho que esteja sendo punido.  
      **1** Acho que posso ser punido.  
      **2** Creio que vou ser punido.  
      **3** Acho que estou sendo punido.
  
7.     **0** Não me sinto decepcionado comigo mesmo.  
      **1** Estou decepcionado comigo mesmo.  
      **2** Estou enojado de mim.  
      **3** Eu me odeio.

8.     **0** Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.  
      **1** Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.  
      **2** Eu me culpo sempre por minhas falhas.  
      **3** Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9.     **0** Não tenho quaisquer idéias de me matar.  
      **1** Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.  
      Gostaria de me matar.  
      **3** Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10.    **0** Não choro mais que o habitual.  
      **1** Choro mais agora do que costumava.  
      **2** Agora, choro o tempo todo.  
      **3** Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11.    **0** Não sou mais irritado agora do que já fui.  
      **1** Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.  
      **2** Atualmente me sinto irritado o tempo todo.  
      **3** Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12.    **0** Não perdi o interesse nas outras pessoas.  
      **1** Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  
      **2** Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.  
      **3** Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13.    **0** Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.  
      **1** Adio minhas decisões mais do que costumava.  
      **2** Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  
      **3** Não consigo mais tomar decisões.
14.    **0** Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.  
      **1** Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.  
      **2** Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.  
      **3** Considero-me feio.
15.    **0** Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.  
      **1** Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.  
      **2** Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.  
      **3** Não consigo fazer nenhum trabalho.
16.    **0** Durmo tão bem quanto de hábito.  
      **1** Não durmo tão bem quanto costumava.  
      **2** Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.

- 3** Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. **0** Não fico mais cansado que de hábito.  
**1** Fico cansado com mais facilidade do que costumava.  
**2** Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.  
**3** Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. **0** Meu apetite não está pior do que de hábito.  
**1** Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.  
**2** Meu apetite está muito pior agora.  
**3** Não tenho mais nenhum apetite.
19. **0** Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
**1** Perdi mais de 2,5 Kg.  
**2** Perdi mais de 5,0 Kg.  
**3** Perdi mais de 7,5 Kg.  
 Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM ou NÃO
20. **0** Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.  
**1** Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.  
**2** Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.  
**3** Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. **0** Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.  
**1** Estou menos interessado por sexo que costumava.  
**2** Estou bem menos interessado em sexo atualmente.  
**3** Perdi completamente o interesse por sexo.

Resultados: menor que 10 = sem sintomas depressivos;  
 de 10 a 18 = sintomas depressivos leves a moderados;  
 de 19 a 29 = sintomas depressivos moderados a grave;  
 de 30 a 63 = sintomas depressivos graves.

## ANEXO F – Escala para avaliar sintomas depressivos de Beck

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

|                                           | <b>Absolutamente<br/>não</b> | <b>Levemente</b><br>Não me<br>incomodou<br>muito | <b>Moderadamente</b><br>Foi muito<br>desagradável mas<br>pude suportar | <b>Gravemente</b><br>Difícilmente<br>pude suportar |
|-------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. Dormência ou formigamento              |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 2. Sensação de calor                      |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 3. Tremores nas pernas                    |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 4. Incapaz de relaxar                     |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 5. Medo que aconteça o pior               |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 6. Atordoado ou tonto                     |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 7. Palpitação ou aceleração do coração    |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 8. Sem equilíbrio                         |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 9. Aterrorizado                           |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 10. Nervoso                               |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 11. Sensação de sufocação                 |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 12. Tremores nas mãos                     |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 13. Trêmulo                               |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 14. Medo de perder o controle             |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 15. Dificuldade de respirar               |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 16. Medo de morrer                        |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 17. Assustado                             |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 18. Indigestão ou desconforto no estômago |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 19. Sensação de desmaio                   |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 20. Rosto afogueado                       |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |
| 21. Suor (não devido ao calor)            |                              |                                                  |                                                                        |                                                    |

A escala pode ter um resultado máximo de 63 e as categorias são:

- 0-7: grau mínimo de ansiedade
- 8-15: ansiedade leve
- 16-25 ansiedade moderada
- 26-63: ansiedade severa

## ANEXO G – Normas para publicação: *Journal of Substance Abuse Treatment*



### Introduction

The Journal of Substance Abuse Treatment (JSAT) features original research, systematic reviews and reports on meta-analyses and, with editorial approval, special articles on the assessment and treatment of substance use and addictive disorders, including alcohol, illicit and prescription drugs, and nicotine. JSAT values high quality empirical research that is relevant for translation by treatment practitioners from all disciplines and across any setting where persons with substance use problems are encountered. The editors emphasize that JSAT articles should address assessment techniques and treatment approaches that have clear relevance for routine practice. Accordingly, the scope of JSAT includes health services research, including the design, organization, delivery mechanisms and workforce characteristics of treatments in routine settings.

It is the policy of JSAT that treatment research for individuals with substance use disorders meet the same scientific evaluative standards as treatments for those with any other health-related condition or illness. Thus, research articles submitted for publication in JSAT are expected to achieve the same empirical standards of reliability, validity, and empiricism. Theoretical models, clinical experience, and case vignettes are recognized as important supplements to, but not as substitutes for, research-based evidence.

It is recognized that research-based evidence may take many forms, such as randomized controlled trials; case-controlled field evaluations; or time series evaluations. In early stages of research development, qualitative study or small trials may be appropriate and necessary first steps. Regardless of the specific type of study, authors of research articles should aim to: (1) use one or more reasonable comparison or control conditions in the design and analysis of collected data, (2) use data collection methods and measures that have been previously validated in the subject population, and (3) analyze data (qualitative or quantitative) with the use of appropriate statistical methods.

Authors must insure that the research as reported was conducted ethically, and that all protections to human subject participants were afforded. This insurance must be verified by the appropriate institutional review board or committee for the protection of human subjects. In addition, the editors of JSAT will not consider articles that use pejorative and stereotypical expressions when discussing individuals who suffer from substance use disorders.

In drawing conclusions, authors are expected to use a parsimonious, cautious and conservative approach in the interpretation of findings. Hyperbole and overgeneralization beyond the data are considered irresponsible.

### TYPES OF ARTICLES

Three types of articles will be accepted for publication in JSAT:

1. Regular Article: Typically a research study of approximately 16-25 double-spaced pages, exclusive of abstract, references, tables, or figures.
2. Brief Article: Typically a research study of less than 16 double-spaced pages, exclusive of abstract, references, tables, or figures.
3. Special Article: Any one of several types of articles, such as:
  - Systematic review of research in a clinical or treatment area;
  - Meta-analysis of research findings on an assessment or treatment approach;
  - Invited commentary on a topic of special import to the addiction treatment field; and
  - Report on dissemination, implementation or sustainability of substance use disorder assessment or treatment practices.

Authors who are considering submission of a manuscript to be published as a Special Article should contact the Editor-in-Chief, Dr. Mark P. McGovern, via the Managing Editor (Chantal.A.Lambert@Dartmouth.edu), before preparation to determine the appropriateness of the topic and the feasibility for potential publication.



### Before You Begin

#### Ethics in publishing

For information on Ethics in publishing and Ethical guidelines for journal publication

see ➡ <http://www.elsevier.com/publishingethics> and ➡ <http://www.elsevier.com/journal-authors/ethics>.

### Conflict of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential conflicts of interest include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. If there are no conflicts of interest then please state this: 'Conflicts of interest: none'. See

also ➡ <http://www.elsevier.com/conflictsofinterest>. Further information and an example of a Conflict of Interest form can be found at: ➡ [http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a\\_id/286/p/7923](http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/p/7923).

### Submission declaration

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as an electronic preprint,

see ➡ <http://www.elsevier.com/postingpolicy>), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere including electronically in the same form, in English or in any other language, without the written consent of the copyright-holder.

### Changes to authorship

This policy concerns the addition, deletion, or rearrangement of author names in the authorship of accepted manuscripts:

*Before the accepted manuscript is published in an online issue:* Requests to add or remove an author, or to rearrange the author names, must be sent to the Journal Manager from the corresponding author of the accepted manuscript and must include: (a) the reason the name should be added or removed, or the author names rearranged and (b) written confirmation (e-mail, fax, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed. Requests that are not sent by the corresponding author will be forwarded by the Journal Manager to the corresponding author, who must follow the procedure as described above. Note that: (1) Journal Managers will inform the Journal Editors of any such requests and (2) publication of the accepted manuscript in an online issue is suspended until authorship has been agreed.

*After the accepted manuscript is published in an online issue:* Any requests to add, delete, or rearrange author names in an article published in an online issue will follow the same policies as noted above and result in a corrigendum.

### Copyright

This journal offers authors a choice in publishing their research: Open access and Subscription.

#### *For subscription articles*

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (for more information on this and copyright, see ➡ <http://www.elsevier.com/copyright>). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. Permission of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations (please

consult ➡ <http://www.elsevier.com/permissions>). If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has preprinted forms for use by authors in these cases: please consult ➡ <http://www.elsevier.com/permissions>.

#### *For open access articles*

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete an 'Exclusive License Agreement' (for more information see ➡ <http://www.elsevier.com/OAauthoragreement>). Permitted reuse of open access articles is determined by the author's choice of user license (see ➡ <http://www.elsevier.com/openaccesslicenses>).

### Retained author rights

As an author you (or your employer or institution) retain certain rights. For more information on author rights for:

Subscription articles please see ➡ <http://www.elsevier.com/journal-authors/author-rights-and-responsibilities>.

Open access articles please see ➡ <http://www.elsevier.com/OAauthoragreement>.

## Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

## Funding body agreements and policies

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors whose articles appear in journals published by Elsevier, to comply with potential manuscript archiving requirements as specified as conditions of their grant awards. To learn more about existing agreements and policies please

visit <http://www.elsevier.com/fundingbodies>.

## Open access

This journal offers authors a choice in publishing their research:

### Open access

- Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse
- An open access publication fee is payable by authors or their research funder

### Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and patient groups through our access programs (<http://www.elsevier.com/access>)
- No open access publication fee

All articles published open access will be immediately and permanently free for everyone to read and download. Permitted reuse is defined by your choice of one of the following Creative Commons user licenses:

**Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike (CC BY-NC-SA):** for non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, to create extracts, abstracts and other revised versions, adaptations or derivative works of or from an article (such as a translation), to include in a collective work (such as an anthology), to text and data mine the article, as long as they credit the author(s), do not represent the author as endorsing their adaptation of the article, do not modify the article in such a way as to damage the author's honor or reputation, and license their new adaptations or creations under identical terms (CC BY-NC-SA).

**Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND):** for non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

Elsevier has established agreements with funding bodies, <http://www.elsevier.com/fundingbodies>. This ensures authors can comply with funding body open access requirements, including specific user licenses, such as CC BY. Some authors may also be reimbursed for associated publication fees. If you need to comply with your funding body policy, you can apply for the CC BY license after your manuscript is accepted for publication.

To provide open access, this journal has a publication fee which needs to be met by the authors or their research funders for each article published open access.

Your publication choice will have no effect on the peer review process or acceptance of submitted articles.

The open access publication fee for this journal is **\$3,000**, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: <http://www.elsevier.com/openaccesspricing>.

## Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service available from Elsevier's WebShop (<http://webshop.elsevier.com/languageediting/>) or visit our customer support site (<http://support.elsevier.com>) for more information.

## Submission

Submission to this journal proceeds totally online and you will be guided stepwise through the creation and uploading of your files. The system automatically converts source files to a single PDF file of the article, which is used in the peer-review process. Please note that even though manuscript source files are converted to PDF files at submission for the review process, these source files are needed for further processing after acceptance. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, takes place by e-mail



removing the need for a paper trail.

*Submit your article*

Please submit your article via  <http://ees.elsevier.com/jsat>.

## Referees

Please submit the names and institutional e-mail addresses of several potential referees. For more details, visit our [Support site](#). Note that the editor retains the sole right to decide whether or not the suggested reviewers are used.



## Preparation

### Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the Guide to Publishing with

Elsevier:  <http://www.elsevier.com/guidepublication>). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork. To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

## Article structure

### *Subdivision - numbered sections*

Divide your article into clearly defined and numbered sections. Subsections should be numbered 1.1 (then 1.1.1, 1.1.2, ...), 1.2, etc. (the abstract is not included in section numbering). Use this numbering also for internal cross-referencing: do not just refer to 'the text'. Any subsection may be given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line.

### *Introduction*

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

### *Material and methods*

Provide sufficient detail to allow the work to be reproduced. Methods already published should be indicated by a reference: only relevant modifications should be described.

### *Results*

Results should be clear and concise.

### *Discussion*

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

### *Conclusions*

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

### Appendices

If there is more than one appendix, they should be identified as A, B, etc. Formulae and equations in appendices should be given separate numbering: Eq. (A.1), Eq. (A.2), etc.; in a subsequent appendix, Eq. (B.1) and so on. Similarly for tables and figures: Table A.1; Fig. A.1, etc.

### Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Where the family name may be ambiguous (e.g., a double name), please indicate this clearly. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. **Ensure that phone numbers (with country and area code) are provided in addition to the e-mail address and the complete postal address. Contact details must be kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

### Abstract

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

### Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. See <http://www.elsevier.com/graphicalabstracts> for examples.

Authors can make use of Elsevier's Illustration and Enhancement service to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements: [Illustration Service](#).

### Highlights

Highlights are mandatory for this journal. They consist of a short collection of bullet points that convey the core findings of the article and should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point). See <http://www.elsevier.com/highlights> for examples.

### Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

### Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article.

Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

### Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

### Units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other units are mentioned, please give their equivalent in SI.

### Math formulae

Present simple formulae in the line of normal text where possible and use the solidus (/) instead of a horizontal line for small fractional terms, e.g.,  $X/Y$ . In principle, variables are to be presented in italics. Powers of  $e$  are often more conveniently denoted by exp. Number consecutively any equations that have to be displayed separately from the text (if referred to explicitly in the text).

### Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article, using superscript Arabic numbers. Many wordprocessors build footnotes into the text, and this feature may be used. Should this not be the case, indicate the position of footnotes in the text and present the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

### Artwork

#### *Electronic artwork*

##### *General points*

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the printed version.
- Submit each illustration as a separate file.

A detailed guide on electronic artwork is available on our website:

➡ <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>

**You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.**

##### *Formats*

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

##### **Please do not:**

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

#### *Color artwork*

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office

files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color on the Web (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or on the Web only. For further information on the preparation of electronic artwork, please

see <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Please note: Because of technical complications that can arise by converting color figures to 'gray scale' (for the printed version should you not opt for color in print) please submit in addition usable black and white versions of all the color illustrations.

### Illustration services

Elsevier's WebShop (<http://webshop.elsevier.com/illustrationservices>) offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

### Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

### Tables

Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text. Place footnotes to tables below the table body and indicate them with superscript lowercase letters. Avoid vertical rules. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in tables do not duplicate results described elsewhere in the article.

### References

#### *Citation in text*

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

#### *Reference links*

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is encouraged.

#### *Web references*

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

#### *References in a special issue*

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

#### *Reference style*

*Text:* Citations in the text should follow the referencing style used by the American Psychological Association.

You are referred to the Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition, ISBN 978-1-4338-0561-5, copies of which may be ordered from ➡ <http://books.apa.org/books.cfm?id=4200067> or APA Order Dept., P.O.B. 2710, Hyattsville, MD 20784, USA or APA, 3 Henrietta Street, London, WC3E 8LU, UK.

*List:* references should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters 'a', 'b', 'c', etc., placed after the year of publication.

*Examples:*

Reference to a journal publication:

Van der Geer, J., Hanraads, J. A. J., & Lupton, R. A. (2010). The art of writing a scientific article. *Journal of Scientific Communications*, 163, 51–59.

Reference to a book:

Strunk, W., Jr., & White, E. B. (2000). *The elements of style*. (4th ed.). New York: Longman, (Chapter 4).

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G. R., & Adams, L. B. (2009). How to prepare an electronic version of your article. In B. S. Jones, & R. Z. Smith (Eds.), *Introduction to the electronic age* (pp. 281–304). New York: E-Publishing Inc.

*Journal abbreviations source*

Journal names should be abbreviated according to the List of Title Word

Abbreviations: ➡ <http://www.issn.org/services/online-services/access-to-the-ltwa/>.

## Video data

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the files in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 50 MB. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: ➡ <http://www.sciencedirect.com>. Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our video instruction pages at ➡ <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>. Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

## Supplementary data

Elsevier accepts electronic supplementary material to support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Supplementary files supplied will be published online alongside the electronic version of your article in Elsevier Web products, including ScienceDirect: ➡ <http://www.sciencedirect.com>. In order to ensure that your submitted material is directly usable, please provide the data in one of our recommended file formats. Authors should submit the material in electronic format together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. For more detailed instructions please visit our artwork instruction pages at ➡ <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

## Submission checklist

The following list will be useful during the final checking of an article prior to sending it to the journal for review. Please consult this Guide for Authors for further details of any item.

**Ensure that the following items are present:**

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address
- Phone numbers

All necessary files have been uploaded, and contain:

- Keywords
- All figure captions
- All tables (including title, description, footnotes)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell-checked' and 'grammar-checked'
- References are in the correct format for this journal
- All references mentioned in the Reference list are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Web)
- Color figures are clearly marked as being intended for color reproduction on the Web (free of charge) and in print, or to be reproduced in color on the Web (free of charge) and in black-and-white in print
- If only color on the Web is required, black-and-white versions of the figures are also supplied for printing purposes

For any further information please visit our customer support site at ➡ <http://support.elsevier.com>.

### Use of the Digital Object Identifier

The Digital Object Identifier (DOI) may be used to cite and link to electronic documents. The DOI consists of a unique alpha-numeric character string which is assigned to a document by the publisher upon the initial electronic publication. The assigned DOI never changes. Therefore, it is an ideal medium for citing a document, particularly 'Articles in press' because they have not yet received their full bibliographic information. Example of a correctly given DOI (in URL format; here an article in the journal *Physics Letters B*):

➡ <http://dx.doi.org/10.1016/j.physletb.2010.09.059>

When you use a DOI to create links to documents on the web, the DOIs are guaranteed never to change.

### Online proof correction

Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

### Offprints

The corresponding author, at no cost, will be provided with a personalized link providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). This link can also be used for sharing via email and social networks. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's WebShop (➡ <http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/offprints>). Authors requiring printed copies of multiple articles may use Elsevier WebShop's 'Create Your Own Book' service to collate multiple articles within a single cover (➡ <http://webshop.elsevier.com/myarticleservices/booklets>).

You can track your submitted article at ➡ [http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a\\_id/89/p/8045/](http://help.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/89/p/8045/). You can track your accepted article at ➡ <http://www.elsevier.com/trackarticle>. You are also welcome to contact Customer Support via ➡ <http://support.elsevier.com>.