

Avaliação da prevalência de esquemas iniciais desadaptativos em sujeitos usuários de álcool e outras drogas

*Ana Carolina Rimoldi de Lima**

*Danielle Vanin Ferreira***

Resumo

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas mostram-se como uma relevante condição de agravo à saúde, dada a variabilidade de riscos relacionados ao uso excessivo e prolongado de substâncias, assim como comorbidades associadas, tais como os transtornos de personalidade. Neste contexto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar a presença de esquemas iniciais desadaptativos em usuários de álcool e outras drogas de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no interior do estado de Goiás. Os dados foram coletados por meio de uma pesquisa de levantamento que utilizou uma entrevista sociodemográfica e o questionário de esquemas de Young na forma reduzida. Os resultados demonstraram que os esquemas iniciais desadaptativos podem constituir a base do uso, abuso e dependência dessas substâncias. Além disso, os comportamentos adictos podem ser formas que os pacientes encontraram para lidar com seus esquemas. Assim, a adicção pode ser considerada uma forma de resignação, evitação ou hipercompensação dos esquemas.

Palavras-chave: Terapia do esquema; Esquemas iniciais desadaptativos; Terapia cognitiva; álcool e outras drogas.

The assessment of the prevalence of early maladaptive schemas in alcohol and drugs user subjects

Abstract

The abuse and dependence of psychoactive substances are a significant health problem condition given the variability of risks related to excessive and prolonged use of substances and associated comorbidities, such as personality disorders. In this context, the present study evaluates the presence of Early Maladaptive Schemas in alcohol and other drugs users of a Psychosocial Care Center (“Centro de Atenção Psicossocial” – CAPS) in the interior of the Brazilian state of Goiás. Data were collected through a survey research that used a sociodemographic interview and the short form of the Young Schema Questionnaire. The results showed that the Early Maladaptive Schemas may form the basis of use, abuse, and addiction. In addition, addictive behaviors can be ways the patients found to deal with their schemas. Therefore, addiction can be considered a form of resignation, avoidance or hyper compensation of schemas.

Keywords: Schema Therapy; Early Maladaptive Schemas; Cognitive Therapy; Alcohol and Other Drugs.

* Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara (Iles/Ulbra), Mestre em Psicologia da Saúde pela Univ Univeersidade Federal de Uberlândia, Psicóloga pela Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: rlanacarolina@yahoo.com.br

** Graduada em psicologia pelo Instituto Luterano de Ensino Superior de Itumbiara (Iles/Ulbra). Psicóloga do CAPS de Caldas Novas-GO.

Introdução

O consumo de álcool e outras drogas está inserido no cotidiano de grande parte da população mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consome abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade ou sexo. Vários agravos à saúde física e psicológica são associados ao uso de substâncias psicoativas, como a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis pelo compartilhamento de materiais, por exemplo, e os transtornos mentais induzidos por substâncias. A literatura demonstra, ainda, que o abuso e a dependência de substâncias psicoativas são condições multifatoriais e que é comum haver comorbidades com outras condições, como com transtornos de personalidade (Ferreira & Laranjeira, 1998; Faller, 2010; APA, 2014).

Neste contexto, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a presença e prevalência de esquemas iniciais de adaptativos (EIDs) em usuários de álcool e outras drogas de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no interior do estado de Goiás. Partiu-se da hipótese de que os EIDs podem constituir a base do abuso e da dependência de substâncias psicoativas.

Este trabalho justifica-se com o intuito de contribuir ao desenvolvimento das abordagens cognitivo-comportamentais aplicadas aos casos de difícil manejo de abuso e dependência de substâncias, como são os casos em que há comorbidades com transtornos de personalidade. Dessa forma, pode-se ampliar o conhecimento científico na área, assim como contribuir para o aprimoramento e/ou desenvolvimento de estratégias de intervenção terapêutica.

O uso prejudicial de substâncias psicoativas e a dependência química

O uso de substâncias psicoativas está associado, muitas vezes, a atividades culturais, informais e prazerosas e pode ocorrer sem causar danos, por exemplo, em festas e confraternizações em que a pessoa usa de modo controlado e limitado. Contudo, o uso frequente ou a utilização em quantidades excessivas, em uma única situação, pode provocar problemas graves (Cruz & Felicíssimo, 2014).

Nem todo uso de álcool ou drogas é devido à dependência. A maior parte das pessoas que apresenta uso disfuncional não é dependente. Não existe nenhum fator que determine, de forma definitiva, se as pessoas se tornarão dependentes, mas há uma combinação de fatores que contribui para que algumas pessoas tenham maiores chances de desenvolver problemas em relação às

substâncias durante algum período de suas vidas (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2004).

De acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5 – APA, 2014), os transtornos relacionados a substâncias abrangem dez classes distintas de drogas: álcool, cafeína, *cannabis*, alucinógenos, inalantes, opioides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estimulantes e tabaco. Todos os tipos de drogas que são consumidos em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. Já os mecanismos farmacológicos pelos quais cada classe de droga produz recompensa são diferentes, mas, no geral, elas ativam o sistema e produzem sensações de prazer. Indivíduos com baixo nível de autocontrole, o que pode ser reflexo de deficiência nos mecanismos cerebrais de inibição, podem estar predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância.

O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, escola ou no lar. O indivíduo pode afastar-se de atividades em família ou passatempos a fim de usar a substância e pode, ainda, continuar o uso, apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente provavelmente causado pelo uso da droga (APA, 2014).

Os transtornos relacionados a substâncias dividem-se em dois grupos: transtornos por uso de substâncias e transtornos induzidos por substâncias. A principal característica de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Uma característica desse tipo de transtorno é a alteração básica nos circuitos cerebrais, que pode persistir após a desintoxicação, principalmente em indivíduos com transtornos graves. Os efeitos comportamentais dessas alterações cerebrais podem ser apresentados nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas (APA, 2014).

Por sua vez, os transtornos induzidos por substâncias incluem intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substâncias/medicamento. As alterações mais comuns decorrentes da intoxicação envolvem perturbações de percepção, vigília, atenção, pensamento, julgamento, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal. As intoxicações, breves ou agudas, podem ter sinais e sintomas diferentes dos presentes nas intoxicações prolongadas ou crônicas (APA, 2014).

A abstinência tem como característica o desenvolvimento de uma alteração comportamental problemática, a

qual é específica a determinada substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à interrupção ou redução do uso intenso e prolongado da substância. A maioria dos indivíduos com abstinência sente necessidade de readministrar a substância para reduzir os sintomas (APA, 2014).

Dessa forma, o estado de dependência não estabelece um estado do tipo “tudo ou nada”. Trata-se de um contínuo, de uma gradação entre um extremo e outro, entre a não dependência e a dependência. Não é fácil estabelecer regras absolutas para avaliar a severidade dessa síndrome. Se um paciente, por exemplo, apresenta sintomas de abstinência graves diariamente, pode-se esperar que exista um padrão bem estabelecido de ingestão da substância para obtenção de alívio. Então, pode-se dizer que, quanto mais vezes o indivíduo apresentar repetidos ciclos de abstinência e alívio, mais grave será sua dependência (Figlie et al., 2004).

Implicações do uso de álcool e outras drogas e comorbidades

Em todas as culturas conhecidas, as pessoas utilizam algum tipo de substância psicoativa. Frequentemente, o uso dessas substâncias escapa ao controle dos usuários, o que acarreta graves consequências. O abuso e dependência de substâncias tem sido um dos principais problemas de saúde pública, e nenhuma classe social está livre da dependência de substâncias psicoativas (Ferreira & Laranjeira, 1998). Um problema relacionado ao uso de drogas psicotrópicas é a existência de comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos. Pesquisas do *Epidemiologic Catchment Area Study Regier* (2006 apud Scheffer, Pasa & Almeida, 2010) revelaram que metade dos indivíduos diagnosticados como dependentes de álcool e outras drogas apresentaram um diagnóstico psiquiátrico adicional como: transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtornos de personalidade antissocial e esquizofrenia.

Na prática clínica, pode ocorrer dificuldade em diferenciar a presença de comorbidade dos quadros psicóticos, pois algumas drogas podem produzir sintomas psicóticos durante a intoxicação ou durante os quadros de abstinência. Existe uma grande diferença no que se refere à prevalência de abuso/dependência de substâncias psicoativas na população geral e na população de pacientes com algum transtorno psiquiátrico. Acredita-se que, em algum momento de suas vidas, 50% dos pacientes com transtornos mentais graves desenvolvem problemas relativos ao consumo de álcool/drogas (Ratto & Cordeiro, 2004).

Drogas e personalidade

Alguns estudos foram feitos para tentar tornar mais claro o que e como podem ser realmente entendidos os comportamentos e características do usuário de drogas e quais as variáveis podem influenciar no uso delas, dentre estas, aspectos de personalidade que podem facilitar algum nível de envolvimento com substâncias. De acordo com Formiga et al. (2006), a construção dos traços de personalidade não diz respeito a questões patológicas, mas há uma complexa relação entre genética e meio ambiente na formação dos traços, de modo que o resultado pode ser disfuncional. Essa perspectiva individual atribuída às dimensões da personalidade e à explicação do comportamento tem pretendido compreender a relação entre personalidade e variação de comportamento de risco e busca de novas experiências entre os jovens, especialmente naqueles que tendem a transgredir as normas sociais.

Zuckerman foi quem iniciou os estudos sobre traço personalístico, que se referia à necessidade de viver experiências complexas e de novidades, com desejo de afrontar riscos físicos e sociais, e satisfazer suas necessidades pessoais (Zuckerman, 1971 apud Formiga, 2006). Arnett (1994 apud Formiga, 2006) propôs um modelo alternativo que defende que a busca de sensações varia em intensidade e novidade, de modo que esse traço de personalidade deve ser enfatizado sobre o processo de socialização, pois ele é capaz de modificar predisposições biológicas.

No que concerne às variáveis de personalidade, o traço “busca de sensações” contribui em direção da compreensão dos comportamentos que permeiam a delinquência. Portanto, os indivíduos que têm uma maior busca de sensações terão maior probabilidade em começar a usar drogas, podendo tornar-se usuários regulares. Independente do grau de experimentação dessas sensações, este traço favorece uma predisposição à adicção de drogas lícitas ou ilícitas (Formiga, 2006).

Rocha e Rocha (2010) acrescentam ainda, que pessoas que abusam do consumo de drogas estão procurando um meio de conter as suas angústias pessoais, portanto, são pessoas que não conseguem resistir à pressão familiar, ambiental e social. Essas pessoas demonstram sentimentos de impotência diante de dificuldades e de intolerância à frustração. Ainda conforme os autores, a mesma sociedade que causa tensões incentiva o alívio dessas tensões sociais por meio de drogas lícitas, o que abre as portas para a busca de novos alívios, mais fortes e eficazes.

O desejo e o prazer com a droga substituem todos os outros desejos e prazeres e sua busca é marcada pela impulsividade e pela urgência da satisfação. Na fase do prazer que a dependência se instala, primeiro a droga ocupa o lugar da falta, e proporciona prazer, após o efeito passar, aparece o sofrimento, a angústia, e a incerteza. Acabando a droga, e sendo ela desejada intensamente, a vontade por ela aumenta cada vez mais, formando o ciclo vicioso: consumo-falta-consumo. (Rocha & Rocha, 2010, p. 14).

De acordo com Marques e Cruz (2000), as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como a depressão, culpa, ansiedade e baixa autoestima, são os principais fatores a desencadear o uso de drogas entre os adolescentes. O uso de drogas por adolescentes traz riscos adicionais aos que ocorrem com adultos, em função de sua vulnerabilidade. Os prejuízos provocados pelas drogas podem ser agudos (durante a intoxicação ou *overdose*) ou crônicos, produzindo alterações duradouras ou irreversíveis.

Observa-se, assim, que o uso de drogas é um fenômeno multidimensional que pode ter início durante a adolescência, quando também podem surgir outros transtornos psicológicos, comportamentais e sociais. Entre as psicopatologias que incidem na puberdade (como a depressão maior e o transtorno de *deficit* de atenção/hiperatividade), detectam-se sinais e sintomas semelhantes àqueles também observados com o uso de substâncias, como a

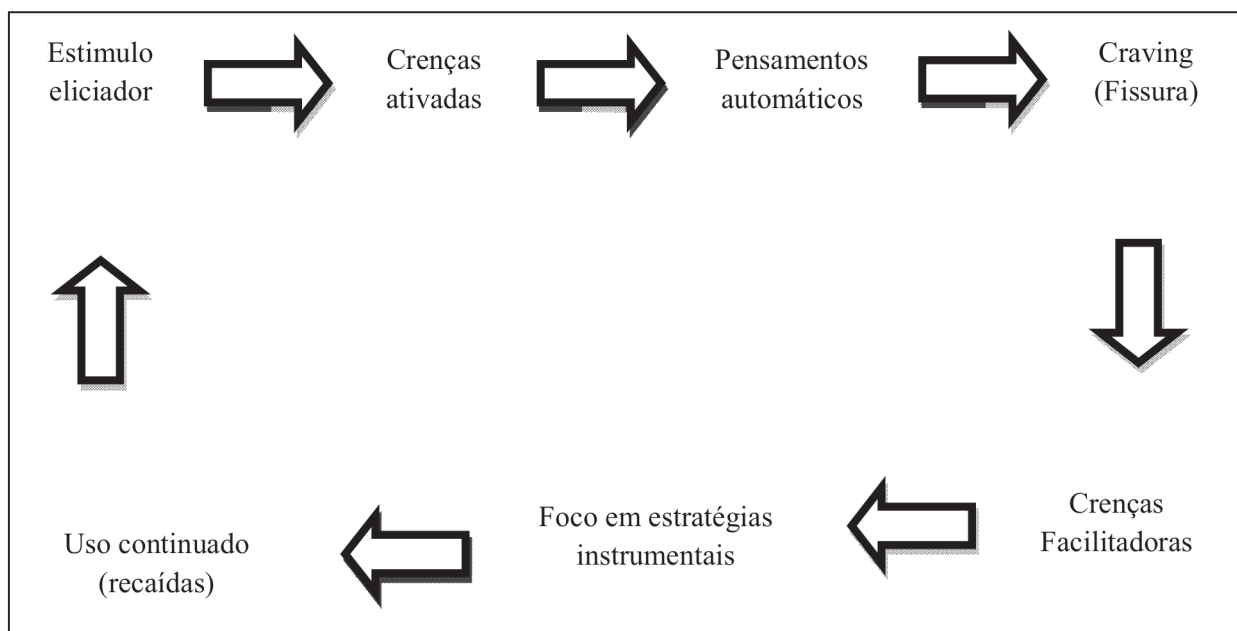
agressividade e comportamentos antissociais, dificultando o diagnóstico diferencial (Marques & Cruz, 2000).

Além disso, os transtornos da personalidade costumam tornar-se reconhecíveis durante a adolescência ou no começo da vida adulta. Porém, para que um transtorno da personalidade seja diagnosticado em um indivíduo com menos de 18 anos de idade, as características têm que ter estado presentes por, pelo menos, um ano. Por sua vez, quando o indivíduo tem um transtorno por causa do uso de substância, é importante que não se faça um diagnóstico de transtorno da personalidade unicamente com base em comportamentos que sejam consequência de intoxicação ou abstinência da substância ou que estejam associados ao uso continuado da mesma (APA, 2014).

Modelo cognitivo do abuso de substâncias

O modelo cognitivo do uso de substâncias baseia-se em uma concepção de personalidade que dá ênfase à importância de crenças e processos de pensamentos na mediação de comportamentos, emoções e repostas fisiológicas. O modelo cognitivo trabalha com a hipótese de que as cognições (percepção e interpretação dos eventos) influenciam as emoções e os comportamentos dos indivíduos. Assim, não é uma situação por si só que influencia o que as pessoas sentem e fazem, mas, sim, o modo como elas interpretam tal circunstância (Figlie et al., 2004). O modelo cognitivo para o uso de substâncias foi desenvolvido durante muitos anos e após numerosas observações e discussões com pacientes dependentes químicos. A Figura 1 demonstra este modelo.

Figura 1 – Modelo cognitivo de abuso de substância



Fonte: Criada pelas autoras, baseado em Figlie, Bordin & Laranjeira (2004).

Conforme demonstrado na Figura 1, os estímulos eliciadores são sugestões ou “gatilhos” próprios para cada indivíduo. No modelo cognitivo, um estímulo é considerado eliciador quando “dispara” crenças ou pensamentos automáticos relacionados a drogas, levando à fissura. Os estímulos podem ser internos (os estados de humor ou emoções, como ansiedade, depressão, ressaca, frustração etc.) e externos (conflitos interpessoais, disponibilidade de drogas, um convite para o uso, uma festa etc.), sendo, em ambos os casos, considerados situações de risco (Figlie et al., 2004).

Mediante um “gatilho”, ou situação-estímulo, as crenças ativadas em dependentes químicos geralmente são de dois tipos: antecipatórias e de alívio. As crenças antecipatórias envolvem previsões de gratificações e exaltação da sociabilidade. As crenças de alívio envolvem expectativas quanto a diminuir ou afastar estados emocionais ou físicos desagradáveis (Figlie et al., 2004).

Os pensamentos automáticos são relacionados às crenças disfuncionais e são “disparados” por situações específicas. Por exemplo, se um indivíduo tem a crença de que é socialmente inadequado, seu pensamento automático em uma situação de interação social pode ser “se eu der um ‘tapa’, vou ficar engraçado e as pessoas vão me aceitar”. Os pensamentos automáticos podem tomar a forma de imagens mentais, por exemplo, a visualização de acender o primeiro cigarro do dia. A ocorrência de pensamentos automáticos leva ao *craving* ou fissura. O *craving* ou fissura manifesta-se como sensações físicas, de forma similar à fome ou sede, cuja intensidade varia de indivíduo para indivíduo. Quanto mais pensamentos se têm sobre o uso, mais a fissura aumenta (Figlie et al., 2004).

As crenças facilitadoras são sinônimas de “permissão” e, geralmente, envolvem minimização de consequências e justificativas, levando o usuário a ignorar os efeitos negativos das substâncias; por exemplo: “só um cigarro não vai me matar” (minimização); “hoje tive um dia muito difícil, mereço um gole” (justificativa). Quanto mais forte for a crença facilitadora, maior será a probabilidade de o indivíduo sucumbir à fissura (Figlie et al., 2004).

Uma vez ativadas essas crenças e pensamentos automáticos, o indivíduo passa a focar em estratégias instrumentais, as quais são os planos de ação específicos para adquirir a droga. Ou seja, após o indivíduo ter se permitido usá-las, sua atenção se concentrará em como conseguiu-las. As estratégias podem ser muito variadas e dependem da substância utilizada (Figlie et al., 2004).

Qualquer uso de substância pode se tornar um estímulo eliciador para a continuação do uso, conduzindo o

sujeito ao ciclo de lapsos e recaídas. Os lapsos são retomados do uso, porém menos intensas e frequentes que o padrão de uso anterior. Eles podem ocorrer em estados emocionais negativos, conflitos interpessoais ou pressão social para o uso (encontrar-se com antigos companheiros de uso) e podem colocar o indivíduo em risco de recaída total, a qual consiste na retomada do padrão de uso anterior. Esses episódios podem confirmar determinadas crenças (“eu sou um fraco mesmo”) e contribuir para o desenvolvimento de novas crenças facilitadoras (“já que eu usei um pouco, posso muito bem continuar usando”), de modo que o indivíduo vê-se preso em um círculo vicioso de uso e autorrecriminação (Figlie et al., 2004).

Uma vez que o humor disfuncional tende a anteceder o uso de substâncias como forma de obtenção de alívio, uma característica que torna a terapia cognitiva bastante apropriada para o tratamento é o fato de que ela oferece estratégias eficazes para a regulação do humor e resolução de problemas e estressores psicossociais. De acordo com Figlie et al. (2004), trabalhar com clientes que abusam de substância é uma tarefa difícil, pois existe o risco de o cliente abandonar a terapia prematuramente. A aliança terapêutica pode ser prejudicada por baixo comprometimento, desonestidade e pelas crenças disfuncionais desse cliente a respeito da terapia. Nesse sentido, o aspecto colaborativo da terapia cognitiva aumenta a probabilidade de o paciente permanecer engajado no tratamento.

O modelo dos esquemas iniciais desadaptativos de Young

No contexto da compreensão cognitiva do uso de substâncias, o modelo dos esquemas iniciais desadaptativos de Jeffrey Young traz importantes contribuições para a compreensão das estruturas cognitivas disfuncionais que podem estar na base de diversos transtornos psicológicos, inclusive transtornos de personalidade e transtornos relacionados ao uso de substâncias. Uma vez que é comum uma relação entre vulnerabilidades de personalidade e uso/abuso de substâncias psicoativas, a abordagem de Young mostra-se relevante para compreender esquemas de personalidade que possam estar subjacentes ao desenvolvimento e manutenção da dependência química. Desenvolvida inicialmente como uma modalidade de tratamento para transtornos da personalidade, a terapia do esquema expandiu suas fronteiras para tratar diferentes problemáticas (Melo, Sardinha & Levitan, 2014).

Segundo Dobson et al. (2006), esquemas são definidos como estruturas cognitivas que organizam e

processam as informações que chegam ao indivíduo, são representações dos padrões de pensamento adquiridos no início do desenvolvimento do indivíduo. Duarte, Nunes e Kristensen (2008) acrescentam que os esquemas relacionam-se a estruturas mentais que integram os eventos e atribuem significados a eles. Assim, os esquemas funcionam como um filtro que seleciona informações, assimilando, priorizando e organizando aquele estímulo que é consistente com a estrutura dos esquemas e evitando aquele estímulo que não é consistente com sua estruturação.

Em concordância com essa definição, Young, Klosko e Weishaar (2008) elaboraram uma teoria a respeito dos esquemas denominada esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), referindo-se a temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância, são elaborados ao longo da vida e são disfuncionais em grau significativo. Conforme o autor, a maioria dos EIDs são crenças e sentimentos sobre si mesmo em relação ao ambiente, servindo como um modelo para processar a experiência posterior. Em sua teoria, Young propôs 18 EIDs, agrupando-os em cinco domínios de esquemas, os quais são demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) e seus respectivos domínios

Domínios de esquemas	EIDs
Desconexão e rejeição (<i>Necessidade de ter proteção, segurança, estabilidade, cuidado e aceitação</i>)	1 - Abandono/instabilidade 2 - Desconfiança 3 - Privação emocional 4 - Defectividade/vergonha 5 - Isolamento social/alienação
Autonomia e desempenho prejudicados (<i>Necessidade de autonomia, competência e sentido de identidade</i>)	6 - Dependência/incompetência 7 - Vulnerabilidade ao dano ou a doença 8 - Emaranhamento/ <i>self</i> subdesenvolvido 9 - Fracasso
Limites prejudicados (<i>Necessidade de limites realistas e autocontrole</i>)	10 - Arrogo/grandiosidade 11 - Autocontrole/autodisciplina insuficientes
Direcionamento para o outro (<i>Necessidade de liberdade de expressão de desejos, sentimentos e emoções, de maneira válida</i>)	12 - Subjugação 13 - Autossacrifício 14 - Busca de aprovação e reconhecimento
Supervigilância e inibição (<i>Necessidade de espontaneidade e lazer</i>)	15 - Negativismo/Pessimismo 16 - Inibição emocional 17 - Padrões inflexíveis/postura crítica exagerada 18-Postura punitiva

Fonte: Criada pelas autoras, baseado em Young, Klosko & Weishaar, 2008.

Segundo Young et al. (2008), os EIDs provocam intenso sofrimento, diversos sentimentos de inadequação e comportamentos disfuncionais, de modo que o indivíduo engaja-se em alguma estratégia de enfrentamento dos esquemas. Contudo, dado os aspectos disfuncionais dos esquemas presentes, essas estratégias de enfrentamento resultam ineficazes. Todos os organismos possuem três respostas básicas à ameaça: lutar, fugir ou paralisar-se. Essas estratégias correspondem aos três estilos de enfrentamento dos esquemas: hipercompensação, evitação e resignação. Na infância, um EID representa a presença de uma ameaça. Deparando-se com essa ameaça, a criança

pode reagir por meio de alguma combinação dessas três respostas de enfrentamento.

Os três estilos de enfrentamento costumam operar inconscientemente. Esses estilos são adaptativos na infância e considerados mecanismos de sobrevivência saudáveis, porém tornam-se desadaptativos à medida que a criança cresce. Os estilos de enfrentamento continuam a perpetuar o esquema, mesmo quando mudam as condições e a pessoa dispõe de opções mais adequadas. Assim, os estilos de enfrentamento desadaptativos mantêm as pessoas aprisionadas a seus esquemas (Young et al., 2008). Os três estilos de enfrentamento operam da seguinte forma:

1. resignação aos esquemas: ao se resignar a um esquema, as pessoas não tentam evitá-lo nem lutam contra ele, mas aceitam que ele é verdadeiro. Sem perceberem, repetem os padrões evocados pelo esquema, de forma que, quando adultos, continuam a reviver as experiências de infância que produziram;
2. evitação de esquemas: as pessoas que utilizam a evitação como estilo de enfrentamento tentam organizar suas vidas de maneira que o esquema nunca seja ativado. Bloqueiam pensamentos e imagens que provavelmente o ativem, e, quando esses pensamentos e imagens surgem, esses indivíduos distraem-se ou repelem-nos;
3. hipercompensação de esquema: quando hipercompensam, as pessoas lutam contra o esquema pensando, sentindo, comportando-se e relacionando-se como se o oposto do esquema fosse verdadeiro. Se sentiam-se sem valor quando crianças, como adultos tentam ser perfeitos; se foram subjugados quando crianças, como adultos, desafiam a todos. A hipercompensação desenvolve-se porque oferece uma alternativa ao sofrimento causado pelo esquema, pois é uma forma de escapar da sensação de impotência e vulnerabilidade que o indivíduo sentiu quando cresceu. Essas pessoas são incapazes de assumir responsabilidades por seus fracassos ou de reconhecer suas limitações e tem dificuldades de aprender com seus próprios erros (Young et al., 2008).

Na terapia do esquema, diferentemente da terapia cognitivo-comportamental tradicional, inicia-se com os comportamentos mais problemáticos que o cliente acredita ter condições de enfrentar. O objetivo é promover a modificação dos EIDs por meio de novas vivências mais saudáveis. Assim, a terapia do esquema trabalha com várias estratégias. Dentre elas, o terapeuta ajuda o cliente a relacionar o comportamento-alvo às suas origens de infância. Juntos, terapeuta e cliente analisam as vantagens e desvantagens da manutenção desse comportamento e, nas sessões, ambos ensaiam o comportamento saudável, com imagens mentais e dramatização em relação a eventos gatilhos, explorando a relação terapêutica e combinam tarefa de casa comportamental (Young et al., 2008).

Metodologia

O presente estudo caracterizou-se como pesquisa de levantamento de caráter quantitativo e qualitativo, uma vez que consistiu no levantamento de esquemas iniciais

desadaptativos presentes em uma amostra de usuários de álcool e/ou outras drogas.

Local

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) de uma cidade do interior de Goiás. Este município possui apenas um Caps, o qual presta atendimento tanto a pessoas adultas com transtornos mentais graves e persistentes quanto a pessoas que sofrem de transtornos relacionados ao uso substâncias psicoativas (álcool e drogas ilícitas). Todos os usuários têm um projeto terapêutico individual que respeita a particularidade de cada sujeito e personaliza seu atendimento na unidade, propondo atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades.

Participantes

Participaram dessa pesquisa quatro pessoas, de ambos os sexos, usuárias de álcool e/ou outras drogas, maiores de 18 anos, que faziam acompanhamento regular no Caps. Embora a quantidade de pessoas usuárias de álcool ou outras drogas que frequentam o Caps seja superior a quatro, o número de sujeitos foi assim estabelecido, pois nem todos podiam participar da pesquisa, uma vez que, para responder ao questionário de esquemas de Young, eles precisavam estar conscientes e esclarecidos, o que nem sempre ocorre com pessoas sob efeito medicamentoso ou vivenciando crises psicóticas, por exemplo. Assim, foi feita uma consulta aos prontuários dos usuários e observação comportamental dos mesmos antes da seleção dos sujeitos que responderam ao questionário. Esta observação comportamental ocorreu de forma participativa e breve, com envolvimento da pesquisadora em atividades de rotina do Caps, como grupos terapêuticos. A consulta aos prontuários teve por objetivo verificar tipo e dosagem de medicações administradas, assim como a resposta do sujeito ao tratamento. O número de prontuários analisados ficou a critério da instituição, uma vez que estes constituem documentos institucionais de direito privativo.

A população pesquisada foi informada sobre todos os procedimentos da pesquisa, sendo que sua participação foi condicionada à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo comitê de ética de referência à instituição à qual as autoras são filiadas.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram uma entrevista sociodemográfica e o questionário de esquemas de Young na versão reduzida.

A entrevista sociodemográfica abordou temas como o tempo que cada participante é usuário de substâncias psicoativas (SPAs), quanto tempo ele participa de grupo de reabilitação, quais os tipos de SPAs ele já usou e se o uso do álcool levou-o a usar outros tipos de drogas.

O questionário de esquemas de Young na versão reduzida permite avaliar a presença e intensidade de 15 esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), dos dezoito propostos por Young. É constituído por 75 afirmativas, que devem ser avaliadas de acordo com a veracidade da afirmação para o indivíduo. Para tanto, o participante utiliza uma escala tipo Likert de seis pontos, em que 1 significa “Não me descreve de modo algum” e 6 significa “Descreve-me perfeitamente”. O resultado de tal questionário possibilita identificar a presença e intensidade dos 15 EIDs, que podem ser agrupados em cinco grandes domínios (Cazassa, 2007).

Em sua versão reduzida, o questionário foi submetido à validação em amostra brasileira composta por 372 sujeitos da população geral, apresentando consistência interna satisfatória, cujo coeficiente *Alpha de Cronbach* foi 0,955, o que, conforme Cazassa (2007, p. 47) “sugere excelente grau de consistência interna”. Além disso, de todos os esquemas, apenas dependência/incompetência apresentou consistência interna mais baixa (0,566), sendo que todos os demais apresentaram consistência interna satisfatória, acima de 0,71 (Cazassa, 2007).

Procedimentos de coleta de dados

Após o contato com a devida instituição e dos procedimentos de análise de prontuário e observações, os sujeitos foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa e receberam uma explicação sobre a mesma. Os dados foram colhidos individualmente para que a pesquisadora pudesse fazer os esclarecimentos necessários a cada sujeito.

Resultados e discussão

Com vistas a responder ao objetivo da pesquisa de avaliar a presença e prevalência de EIDs na amostra estudada, assim como verificar a hipótese de que os EIDs podem constituir a base do abuso e da dependência de

substâncias psicoativas, os dados foram coletados com quatro sujeitos – dois do sexo masculino e dois do sexo feminino –, com idades de 41, 42, 44 e 51 anos. Todos os participantes são solteiros e possuem baixa escolaridade, variando do quarto ao oitavo ano do ensino fundamental.

Quanto ao tipo de substância consumida, grau de envolvimento com o uso e histórico de tratamento, uma participante do sexo feminino faz uso de álcool e maconha há 37 anos, já está em tratamento pela sexta vez e considera que o álcool levou-a a usar outros tipos de drogas; a outra participante faz uso de *crack* há cinco anos e está em tratamento pela primeira vez; um participante do sexo masculino faz uso de álcool há 18 anos e está em tratamento pela primeira vez; o outro participante faz uso de álcool há 34 anos e está em tratamento pela primeira vez. Esses dados demonstram o grau de comprometimento que esses sujeitos têm devido ao uso de substâncias psicoativas, uma vez que, dos quatro sujeitos, três fazem uso de substâncias durante a maior parte da vida. O período prolongado de uso mostra-se como uma variável relevante, pois é um indicio de dependência grave devido à constante repetição de ciclos de abstinência-alívio (Figlie et al., 2004). Além disso, nenhum deles mantém um relacionamento estável no presente momento, sendo este mais um indicativo do comprometimento afetivo e social dos sujeitos.

Com respeito à avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos, observou-se a prevalência de vários destes nos sujeitos, sendo que apenas os esquemas de isolamento social, dependência/incompetência e arrogância/grandiosidade não foram verificados em nível significativo nos sujeitos. Todos os demais foram verificados com escore igual ou superior a 20 (em uma escala de 30 pontos). Sendo o questionário de esquemas de Young uma medida de avaliação quantitativa com interpretação qualitativa, considerou-se, nesta pesquisa, o valor acima de 20 em cada esquema como representativo da operação dos mesmos em cada sujeito. Ressalta-se que a terapia do esquema não foi aplicada aos sujeitos, mas apenas a avaliação da prevalência dos EIDs. A Tabela 2 apresenta os escores obtidos pelos sujeitos em cada esquema do questionário.

Tabela 2 – Escores dos sujeitos em cada esquema do questionário de esquemas de Young versão reduzida

Esquemas	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Privação emocional	19	12	18	30
Abandono	17	25	26	26
Desconfiança e abuso	20	15	19	17
Isolamento social	14	09	17	17
Defectividade/vergonha	10	20	18	30
Fracasso	21	05	10	28
Dependência/incompetência	08	08	15	15
Vulnerabilidade	21	12	26	30
Emaranhamento	11	20	30	05
Subjugação	06	13	22	08
Autossacrifício	19	18	18	21
Inibição emocional	15	19	14	20
Padrões inflexíveis	14	13	24	11
Arrogo/grandiosidade	16	17	15	13
Autocontrole/autodisciplina insuficientes	23	10	24	30

Fonte: Criada pelas autoras com base na coleta de dados.

No que se refere à prevalência dos esquemas do domínio de desconexão e rejeição, conforme se pode observar na Tabela 2, verificou-se que os sujeitos apresentam esquemas de abandono, defectividade/vergonha, privação emocional e desconfiança/abuso. Pessoas com esquemas nestes domínios são incapazes de formar vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas, uma vez que elas acreditam que suas necessidades de estabilidade, segurança, cuidado, amor e pertencimento não serão atendidas (Young et al., 2008).

As pessoas com esquema de abandono têm a sensação de que pessoas queridas que participem de suas vidas não continuarão presentes por serem emocionalmente imprevisíveis, estariam presentes apenas de forma errática ou poderiam abandoná-las. As pessoas com esquema de

defectividade/vergonha sentem-se falhas, más, indesejadas, inferiores ou inválidas em aspectos importantes da vida, além disso, acreditam não merecer o amor de pessoas importantes e tendem a ter uma sensação de vergonha com relação aos próprios defeitos percebidos. Já no esquema de privação emocional ocorre uma expectativa de que o desejo de conexão emocional da pessoa não será satisfeito adequadamente. As três formas de privação mais importantes são: privação de cuidados (ausência de afeto ou carinho), privação de empatia (ausência de escuta ou compreensão) e privação de proteção (ausência de força ou orientação por parte de outros). Por fim, pessoas com esquema de desconfiança/abuso acreditam que, tendo oportunidade, outras pessoas irão usá-las para fins egoístas, o que geralmente envolve a percepção de

que o prejuízo é intencional ou resultado de negligência injustificada ou extrema.

As pessoas que apresentam esquemas nesse domínio demonstram uma forte necessidade de ter proteção, segurança, estabilidade, cuidado e aceitação. Dessa forma, possuem crenças, sentimentos e pensamentos que podem contribuir para que os mesmos venham a fazer uso de álcool e outros tipos de drogas, uma vez que sua vinculação social e afetiva está comprometida, o que reduz os recursos de enfrentamento de estressores, tornando as drogas uma forma atraente de enfrentamento. Isso porque os indivíduos acreditam que suas necessidades afetivas não serão atendidas e as substâncias podem ser utilizadas como forma de obter satisfação afetiva e promover socialização. Assim como foi discutido por Rocha e Rocha (2010), o prazer proporcionado pela droga ocupa o lugar da falta, tendo efeito de reforçamento negativo, isto é, a satisfação proporcionada pela substância reduz o mal-estar causado pelo prejuízo dos vínculos. Isto posto, o uso de substâncias pode atuar como uma estratégia de evitação dos esquemas, uma vez que seu uso representa um padrão de esquiva de situações com as quais o indivíduo não sabe lidar, impedindo-o, assim, de desenvolver habilidades mais funcionais (Figlie et al., 2004).

Young et al. (2008) acrescentam ainda que as pessoas com esquemas no domínio de desconexão e rejeição tendem a sofrer de forma mais intensa e com maiores danos. O fato de que muitos desses pacientes tiveram sofrimento na infância e, na vida adulta, costumam sair de um relacionamento destrutivo para o outro, faz com que a dependência ao álcool e outras drogas funcione como uma saída às suas inseguranças, aos sentimentos de abandono e de inferioridade.

No domínio de autonomia e desempenho prejudicados, observou-se, conforme a Tabela 2, que os sujeitos apresentam esquemas de vulnerabilidade, de emaranhamento e de fracasso. As pessoas com esquemas nesse domínio têm expectativas sobre si próprias e sobre o mundo que interferem em sua capacidade de diferenciarem-se das figuras paternas ou maternas e funcionarem independentemente. Apresentam forte necessidade de autonomia, competência e sentido de identidade (Young et al., 2008).

Pessoas com esquema de vulnerabilidade sentem medo exagerado de que algo ruim aconteça a qualquer momento e que não sejam capazes de enfrentar. Já as pessoas com esquema de emaranhamento têm o envolvimento emocional e intimidade em excesso com uma ou mais pessoas importantes, na maioria das vezes, os pais. Podem incluir sentimentos de ser sufocado ou fundido

com outras pessoas e de não ter uma identidade suficientemente estabelecida. No esquema de fracasso predomina a crença no fracasso inevitável em áreas de atividade do indivíduo, por exemplo, estudos, esportes, trabalho. O esquema envolve também crenças de ser pouco inteligente, sem talento e malsucedido, ou seja, há um baixo senso de autoeficácia (Young et al., 2008).

Indivíduos que apresentam estes esquemas demonstram um prejuízo em sua concepção de identidade e, conseqüentemente, em sua autoestima, de modo que o uso do álcool e de outras drogas pode ser uma tentativa de diferenciarem-se no meio do grupo, fornecendo a sensação de autenticidade e liberdade. Neste contexto, o uso de substâncias pode ter a função de hipercompensação dos esquemas. Por outro lado, pessoas com esses esquemas podem ter comportamentos adictos pelo fato de suas figuras paternas ou maternas também possuírem algum tipo de dependência e pela dificuldade de desvincularem-se de seus modelos parentais. Dessa forma, a operação em curso seria a resignação aos esquemas, tendo no comportamento adicto a função de manter padrões disfuncionais precocemente estabelecidos.

No que diz respeito ao domínio de limites prejudicados, como pode ser observado na Tabela 2, três dos quatro participantes da pesquisa demonstraram valor significativo em relação ao esquema autocontrole/autodisciplina insuficientes. Isso demonstra que esses participantes não conseguem ou não desejam exercer autocontrole no que diz respeito às frustrações quando não atingem os objetivos pessoais almejados. Pessoas com esse esquema não controlam seus impulsos e, principalmente, os mesmos evitam todo tipo de desconforto (Young et al., 2008). Ou seja, comportamentos de esquiva de conflitos e responsabilidades são características de indivíduos que têm esses esquemas, o que os torna mais vulneráveis ao desenvolvimento de um padrão disfuncional de uso de substâncias.

O álcool e as demais drogas constituem, então, uma armadilha para esses sujeitos, pois essas substâncias são vistas pelos usuários como uma saída prazerosa para se esquivar de desconforto e pressões de responsabilidades. Contudo, o prazer proporcionado pelo uso de álcool e outras drogas é momentâneo, o que cria um ciclo repetitivo no qual, passado o efeito das substâncias, tem-se novamente a necessidade de outra estratégia de fuga/esquiva (Figlie et al., 2004). Este aspecto pode ser explicado pela intolerância à frustração e a inabilidade de resolução de problemas, características típicas do esquema de autocontrole/autodisciplina insuficientes. Dessa forma,

novamente, a operação em curso seria a resignação aos esquemas. Além disso, dado a dificuldade em controlar o próprio comportamento que este esquema proporciona, o mesmo contribui para o desenvolvimento de padrões de dependência de substâncias, uma vez que a pessoa tende a não resistir ao impulso pelo uso ou aos sinais de fissura.

No domínio de direcionamento para o outro, como mostra a Tabela 2, houve prevalência dos esquemas de subjugação e autossacrifício. Pessoas com esquemas nesse domínio enfatizam em excesso o atendimento às necessidades dos outros em lugar de suas próprias. Ao interagir com outras pessoas, tendem a deixar suas próprias necessidades em segundo plano (Young et al., 2008).

Pessoas com esquema de subjugação tendem a atribuir o controle de suas vidas a outros indivíduos. As duas principais formas de subjugação são: a subjugação das necessidades, que ocorre quando o sujeito abre mão de suas próprias preferências, decisões e desejos, e a subjugação das emoções, quando o sujeito evita suas emoções, principalmente a raiva. Esse esquema envolve a percepção de que as próprias necessidades ou sentimentos não são válidos ou importantes. Já pessoas com esquema de autossacrifício cumprem voluntariamente necessidades alheias, procuram não causar sofrimento a outros, evitam culpa por sentirem-se egoístas, ou mantêm a conexão com outros percebidos como carentes (Young et al., 2008).

Conforme Young et al. (2008), as pessoas que na infância não eram livres para seguir suas próprias vontades tendem a se tornar adultos que se sujeitam à vontade dos outros. Assim, pessoas com esquemas como autossacrifício e subjugação podem iniciar precocemente, na infância ou adolescência, o uso de substâncias psicoativas devido a um ambiente facilitador, no qual há, por um lado, sugestão ou pressão de pessoas alheias e, por outro lado, dificuldade do indivíduo resistir à pressão social, de modo que se pode afirmar que a influência de outras pessoas pode ter sido ao menos um dos fatores que levou os sujeitos a adquirir comportamentos adictos (Brajević-Gizdić et al., 2009 apud Scheffer et al., 2010).

Quanto ao domínio de supervigilância e inibição, foram encontrados escores significativos nos esquemas de inibição emocional e padrões inflexíveis, como demonstrado pela Tabela 2. Este domínio representa um forte prejuízo na satisfação das necessidades pessoais de espontaneidade e lazer. As pessoas com esquema de inibição emocional restringem suas ações, sentimentos e comunicações como uma forma de evitar que sejam criticadas ou que percam o controle de seus impulsos. Pessoas com esquema de padrões inflexíveis, por sua vez,

fazem grandes esforços para atingir padrões elevados de comportamento e desempenho. Eles se submetem a grande pressão, possuindo enorme dificuldade de relaxar, exigindo muito de si mesmos e dos outros. As principais características desse esquema são: perfeccionismo, regras rígidas e preocupação com a eficiência e com o tempo (Young et al., 2008).

Considerando-se a constante dificuldade que pessoas com esses padrões têm de relaxar, assim como a pressão, a exigência e a vigilância, além de sua tendência a não manifestar suas dificuldades, o envolvimento com drogas pode ser entendido como uma válvula de escape para controlar essas pressões e, principalmente, seria uma forma de reduzir a tensão e obterem alívio (Rocha & Rocha, 2010), novamente demonstrando uma estratégia de evitação do esquema.

Os resultados desta pesquisa apontaram esquemas iniciais desadaptativos em todos os participantes. Este dado pode explicar a recorrência e duração prolongada do padrão de comportamento adicto observado na amostra, uma vez que esses esquemas são padrões rígidos que se desenvolveram em uma história de vida com aspectos estressores repetitivos e intensos ao sujeito, o que resultou em uma aprendizagem disfuncional quanto à interação do sujeito com outras pessoas e com o ambiente. Assim, os comportamentos adictos podem ser formas que os sujeitos encontraram para lidar com seus esquemas desadaptativos. Na impossibilidade de enfrentar tais esquemas, posto que na maioria das vezes os próprios sujeitos ignoram sua operação, o uso de álcool e/ou outras drogas torna-se uma alternativa ilusória de enfrentamento; em outras palavras, poderiam ser considerados uma forma de resignação, evitação ou hipercompensação dos esquemas.

Rocha e Rocha (2010) argumentam que o abuso de substâncias tem essa função de promover alívio de angústias pessoais, uma vez que as pessoas que recorrem a este padrão de consumo costumam apresentar intolerância à frustração e sentimento de impotência diante de estressores. Por conseguinte, o comportamento adicto pode ter a função de inibir emoções desagradáveis e, uma vez que a evitação da experiência dessas emoções promove alívio, isto fortalece o comportamento adicto.

Marques e Cruz (2000) também argumentam que as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade e baixa autoestima, são os principais fatores a desencadear o início do uso de substâncias, que pode evoluir para uma dependência grave caso as questões de base não sejam tratadas. À vista disso, os sentimentos e crenças disfun-

cionais presentes precocemente em sujeitos com EIDs podem ser fortes aliados ao comportamento adicto e de dependência, pois pessoas com pensamentos disfuncionais tendem a desempenhar comportamentos desadaptativos como forma de lidar com suas crenças e sentimentos, como explicado por Figlie et al. (2004). Dessa forma, no curso de um padrão de abuso ou dependência de substâncias, o indivíduo espera obter gratificações pessoais e exaltação de sua sociabilidade, além de diminuir ou afastar estados emocionais ou físicos desagradáveis, os quais podem ser eliciados pela operação dos esquemas.

É nítido que o presente estudo não permite generalizações, dadas as limitações da sua amostra. Contudo, pode-se afirmar que as discussões aqui apresentadas são válidas para os sujeitos analisados, o que abre uma possibilidade de estudo em uma amostra mais representativa da população geral para verificar se os mesmos dados serão confirmados. Ademais, este estudo mostra-se válido por permitir uma compreensão mais ampla deste complexo e multifatorial problema, que é o uso de substâncias psicoativas e os demais problemas decorrentes do mesmo. Salienta-se, ainda, que a abordagem dos esquemas iniciais desadaptativos de Young mostra-se eficaz na compreensão de transtornos relacionados ao uso de substâncias, apresentando-se como um campo fértil, tanto para pesquisas quanto para intervenções.

Referências bibliográficas

- APA – American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5* (5a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beker, A. T. et al. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cazassa, M. J. (2007). *Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire – Short Form*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Cruz, M. S., & Felicíssimo, M. (2014). Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2* (5a ed., pp.125-140). Brasília: Senad.
- Dobson, K. S. et al. (2006). *Manual de terapias cognitivo-comportamentais* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Duarte, A. L. C., Nunes, M. L. T., & Kristensen, C. H. (2008, junho). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1). Recuperado em 28 de março de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872008000100004&script=sci_arttext.
- Faller, S. et al. (2010). *Psicopatologia e comportamento de risco em motoristas privados e profissionais no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Ferreira, M. P., & Laranjeira, R. R. (1998). Dependência de substâncias psicoativas. In L. M. Ito, *Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca.
- Formiga, N. S. et al. (2006). *Traços de personalidade e dimensões disposicionais a drogadição: a influência da busca de sensação, a intensidade e novidade no uso potencial de drogas em jovens*. Recuperado em 01 de setembro de 2014, de <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/13122-13123-1-PB.pdf>.
- Marques, A. C. P. R., & Cruz, M. S. (2000). O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 32-36. Recuperado em 17 de outubro de 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S15164446200000600009&script=sci_arttext&tlng=es.
- Melo, W. V., Sardinha, A., & Levitan, M. N. (2014). O desenvolvimento das terapias cognitivo-comportamentais e a terceira onda. In C. B. Neufeld, E. M. Falcone, & B. Rangé, *Procognitiva: programa de atualização em terapia cognitivo-comportamental* (Ciclo 1, v. 2). Porto Alegre: Artmed Panamericana.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. OMS: Genebra. Recuperado em 02 de março de 2014, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.
- Ratto, L., & Cordeiro, D. C. (2004). Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira, *Aconselhamento em dependência química* (pp. 167-186). São Paulo: Roca.
- Rocha, J. C. G., & Rocha, A. J. (2010). Aspectos de personalidade observados em uma amostra de indivíduos usuários de drogas por meio do teste Wartegg. *Revista Saúde*, 4(2), 10-22. Recuperado em 09 de setembro de 2014, de <http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/viewFile/479/659>.
- Scheffer, M., Pasa, G., G., & Almeida, R. M. M. (2010, julho/setembro). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 533-541. Recuperado em 22 de março de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

Submetido em: 24-6-2015

Aceito em: 21-6-2016