RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.
Ano III, v.1 2023. | submissão: 07/06/2023 | aceito: 09/06/2023 | publicação: 11/06/2023

A PSICOLOGIA CLÍNICA E A DEPRESSÃO ASSOCIADA AO VÍCIO: UMA ABORDAGEM CIENTÍFICA

CLINICAL PSYCHOLOGY AND DEPRESSION ASSOCIATED WITH ADDICTION: A SCIENTIFIC APPROACH

Autora: Adenise de Souza de Oliveira

Graduada em Psicologia, pela UNESC, Faculdades Integradas de Cacoal

Resumo:
Este artigo científico propõe uma abordagem aprofundada da relação entre a psicologia clínica, os transtornos depressivos e a dependência a substâncias psicoativas, sob uma perspectiva estritamente científica. Com base em teorias psicológicas clássicas e contemporâneas, bem como em estudos empíricos até o ano de 2021, analisa-se como os vínculos entre depressão e vício se estabelecem, quais as formas de tratamento validadas e o papel do psicólogo clínico nesse processo terapêutico.

Palavras-chave: Psicologia clínica; Depressão; Vício; Transtornos mentais; Terapia psicológica.

Abstract:
This scientific article presents an in-depth approach to the relationship between clinical psychology, depressive disorders, and addiction to psychoactive substances, from a strictly scientific perspective. Based on classical and contemporary psychological theories and empirical studies up to the year 2021, the article analyzes how the links between depression and addiction are established, what validated treatment forms exist, and the role of the clinical psychologist in the therapeutic process.

Keywords: Clinical psychology; Depression; Addiction; mental disorders; Psychological therapy.

1. A ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E O USO DE SUBSTÂNCIAS: UMA PERSPECTIVA DIAGNÓSTICA

A coexistência entre depressão e vício é um fenômeno amplamente reconhecido na literatura científica em psicologia clínica. Estimativas apontam que mais de 30% das pessoas diagnosticadas com transtornos por uso de substâncias também apresentam sintomas depressivos relevantes (Regier et al., 1990). Essa comorbidade configura um desafio clínico, pois ambas as condições podem se retroalimentar, dificultando o prognóstico e a adesão ao tratamento.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Do ponto de vista diagnóstico, a identificação de sintomas sobrepostos exige habilidade técnica por parte do psicólogo clínico. Muitos pacientes que procuram ajuda para vício não reconhecem ou não mencionam seus sintomas depressivos, o que pode atrasar a intervenção adequada. Além disso, os efeitos neuroquímicos das substâncias, como álcool, opioides e estimulantes, podem mascarar ou intensificar quadros depressivos, confundindo o diagnóstico inicial.

O DSM-5 (APA, 2013) inclui critérios específicos para diferenciar transtornos induzidos por substâncias daqueles transtornos do humor primários. Essa distinção é fundamental para que o tratamento tenha foco correto. Um diagnóstico apurado, com base em entrevistas clínicas estruturadas e escalas validadas, é o primeiro passo para o manejo eficaz da comorbidade.

A psicologia clínica dispõe de diversas ferramentas diagnósticas para esta finalidade, como a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM (SCID) e a escala Beck Depression Inventory (BDI), que ajudam a quantificar a gravidade dos sintomas depressivos e observar padrões comportamentais compatíveis com a dependência química. Esses instrumentos aumentam a precisão diagnóstica e permitem intervenções mais eficazes e personalizadas.

O vínculo causal entre depressão e vício ainda é objeto de estudo. Algumas pesquisas apontam que o uso de substâncias pode ser uma forma de automedicação para lidar com sintomas depressivos não tratados (Khantzian, 1997). Outras evidenciam que o próprio uso crônico altera estruturas cerebrais ligadas ao humor, como o sistema límbico, favorecendo o surgimento de quadros depressivos.

Importa destacar que a ordem dos sintomas influencia diretamente o plano terapêutico. Quando a depressão é primária, o tratamento deve contemplar o transtorno do humor antes de enfrentar a abstinência. Quando é secundária ao uso de substâncias, a desintoxicação pode levar a uma remissão parcial ou total dos sintomas depressivos, modificando a intervenção psicológica.

Essa complexidade diagnóstica exige um profissional altamente capacitado, com sólida formação em psicopatologia e em avaliação clínica, além de experiência em contextos de vulnerabilidade psíquica. O psicólogo clínico, ao reconhecer essas nuances, torna-se peça-chave na jornada de recuperação do paciente.

2. OS FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA PSICOLOGIA CLÍNICA NA COMPREENSÃO DA COMORBIDADE

A psicologia clínica, enquanto campo científico consolidado, oferece diferentes modelos teóricos para compreender a relação entre depressão e vício. A perspectiva psicanalítica, por exemplo, compreende o uso de substâncias como uma tentativa inconsciente de lidar com angústias e conflitos internos não resolvidos, frequentemente enraizados na infância e nas primeiras relações objetais (Freud, 1920). A depressão, nesse contexto, surge como expressão de perda simbólica, enquanto o vício funcionaria como um mecanismo de fuga.

No modelo cognitivo-comportamental, a comorbidade é interpretada como resultado de esquemas disfuncionais que levam o indivíduo a interpretar eventos cotidianos de forma negativa, gerando sentimentos de desesperança, desamparo e inutilidade (Beck et al., 1979). O

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

uso de substâncias aparece como um comportamento aprendido de evitação emocional, que alivia temporariamente o sofrimento, mas reforça o ciclo depressivo.

A abordagem humanista-existencial, por sua vez, foca no vazio existencial e na perda de sentido como elementos centrais tanto na depressão quanto no vício. Autores como Viktor Frankl (1969) destacam que a falta de propósito pode conduzir a estados depressivos profundos, nos quais o uso de substâncias surge como tentativa de preencher esse vazio. Essa visão, embora menos técnica, contribui para a compreensão da subjetividade envolvida.

O modelo biopsicossocial, amplamente adotado na prática clínica contemporânea, integra fatores biológicos, psicológicos e sociais como determinantes do adoecimento mental. Ele reconhece que predisposições genéticas, traumas, ambientes disfuncionais e vulnerabilidades individuais atuam em conjunto na gênese da depressão e da dependência química (Engel, 1977). Esse modelo favorece intervenções mais amplas e contextualizadas.

Além dessas abordagens, a psicologia clínica conta com evidências empíricas que reforçam os fundamentos teóricos. Estudos longitudinais demonstram que pacientes com histórico de abuso emocional e negligência têm maior propensão a desenvolver transtornos depressivos e a recorrer ao uso de substâncias como forma de regulação emocional (Widom et al., 1999).

A integração dessas perspectivas no processo psicoterapêutico é essencial para o sucesso do tratamento. Ao compreender a complexidade teórica que sustenta a comorbidade entre depressão e vício, o psicólogo clínico pode escolher estratégias de intervenção mais eficazes e ajustadas às necessidades individuais do paciente, respeitando sua história de vida e seus recursos internos.

Em síntese, os fundamentos teóricos da psicologia clínica não apenas explicam a origem e o desenvolvimento da comorbidade, mas também sustentam a prática terapêutica baseada em evidências, promovendo maior efetividade no tratamento e recuperação do sujeito em sofrimento

3. EFEITOS PSICOSSOCIAIS DA COMORBIDADE: IMPACTOS NA VIDA COTIDIANA E NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A presença simultânea de depressão e vício interfere profundamente nas relações interpessoais, na vida ocupacional e no autocuidado. Indivíduos acometidos por essa comorbidade tendem a apresentar comportamentos de retraimento social, dificuldades de comunicação afetiva e desconfiança nos vínculos, fatores que comprometem a estabilidade dos laços familiares e amorosos.

As alterações emocionais provocadas pela depressão, como irritabilidade, desesperança e falta de energia, somadas aos efeitos neuroquímicos das substâncias, agravam os conflitos interpessoais. Estudos clínicos demonstram que casais em que um dos parceiros possui comorbidade apresentam maior incidência de episódios de violência, abandono e dependência emocional (Moos & Moos, 2000). A disfunção no núcleo familiar, por sua vez, acentua o isolamento do indivíduo.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

No campo ocupacional, as consequências também são significativas. A produtividade reduzida, o absenteísmo e o comportamento desadaptativo com colegas e superiores tornam o ambiente de trabalho um desafio. Muitos pacientes relatam histórico de múltiplas demissões, fracassos acadêmicos e dificuldade de concentração, o que contribui para o agravamento da autoimagem negativa e perpetua o ciclo de recaída.

A exclusão social é outro fator preponderante. A sociedade, muitas vezes, interpreta comportamentos ligados à dependência como falha de caráter, desconsiderando os aspectos clínicos envolvidos. Esse estigma dificulta o acesso ao tratamento, reduz o apoio social disponível e contribui para o agravamento do quadro depressivo (Corrigan & Watson, 2002).

Do ponto de vista psicológico, a comorbidade prejudica a formação da identidade pessoal. A autopercepção do sujeito fica comprometida, levando à crença de que não há possibilidade de mudança. Essa desesperança aprendida, descrita por Seligman (1975), reduz a motivação para buscar ajuda e compromete a adesão às propostas terapêuticas.

Outro impacto relevante está na autoestima, geralmente fragilizada por fracassos acumulados, julgamentos externos e histórico de traumas. A terapia clínica precisa trabalhar a ressignificação desses eventos, reconstruindo uma narrativa mais funcional e realista sobre si mesmo. Essa reconstrução exige tempo, vínculo terapêutico sólido e técnicas ajustadas à singularidade do paciente.

A compreensão desses efeitos psicossociais por parte do psicólogo clínico é fundamental para construir um plano terapêutico que vá além do sintoma. Ao focar na reintegração do indivíduo à vida social, afetiva e produtiva, o tratamento torna-se mais efetivo e promove maior autonomia, um dos principais objetivos da psicologia baseada em evidências.

4. INTERVENÇÕES CLÍNICAS EM PSICOLOGIA: ABORDAGENS COMPROVADAS PARA A COMORBIDADE

Diante da complexidade envolvida na associação entre depressão e vício, o tratamento psicológico exige intervenções integradas e baseadas em evidências. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das mais utilizadas nesse contexto, com comprovação científica sólida em diversos ensaios clínicos randomizados. A TCC atua na reestruturação de pensamentos disfuncionais, além de ensinar estratégias de enfrentamento saudáveis para substituir os padrões autodestrutivos relacionados ao uso de substâncias (Beck et al., 1979).

Além da TCC, a Entrevista Motivacional tem se mostrado eficaz para aumentar o engajamento do paciente, especialmente na fase inicial do tratamento. Essa abordagem, centrada no acolhimento e na valorização da autonomia do indivíduo, contribui para reduzir a resistência à mudança e fortalecer a motivação interna. Pesquisas como as de Miller e Rollnick (2002) demonstram sua relevância para populações com histórico de recaídas frequentes.

Outra técnica importante é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que, embora mais recente, apresenta resultados promissores. Baseada na teoria das molduras relacionais, ela visa promover maior flexibilidade psicológica, ajudando o paciente a conviver com pensamentos e

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

emoções difíceis sem recorrer ao uso de substâncias como forma de evitação (Hayes et al., 1999).

A psicoterapia psicodinâmica breve também pode ser utilizada, principalmente para pacientes com perfil introspectivo e histórico de traumas relacionais. Essa abordagem foca nos padrões inconscientes que mantêm o ciclo da comorbidade, oferecendo ao paciente um espaço para elaborar experiências afetivas dolorosas e reorganizar sua identidade.

No plano institucional, a psicologia clínica pode ser integrada a programas multidisciplinares que incluam psiquiatria, serviço social e educação terapêutica. Essa integração favorece uma visão holística do paciente e amplia o alcance das intervenções, possibilitando suporte em diferentes esferas da vida do indivíduo.

É fundamental que o psicólogo clínico tenha formação contínua, supervisão profissional e embasamento científico atualizado para aplicar essas abordagens de forma ética e efetiva. O uso combinado de técnicas, adaptadas ao estágio de motivação e ao perfil de cada paciente, aumenta significativamente as chances de sucesso terapêutico.

Ao construir um espaço de escuta empática, o profissional contribui para o fortalecimento do vínculo terapêutico, que por si só já representa um fator de proteção contra recaídas. O reconhecimento da dor psíquica e a validação da experiência subjetiva são elementos que sustentam o processo de cura, conferindo à psicologia clínica um papel central no enfrentamento da comorbidade.

5. O PAPEL DO PSICÓLOGO CLÍNICO NA PREVENÇÃO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A atuação do psicólogo clínico vai além da intervenção em momentos críticos. Ele desempenha função estratégica na prevenção do sofrimento psíquico e na promoção de saúde mental, especialmente em populações vulneráveis ao desenvolvimento de comorbidades como depressão e vício. A identificação precoce de sinais de risco, aliada a estratégias de intervenção preventiva, pode evitar o agravamento do quadro clínico.

Nos ambientes escolares, comunitários e institucionais, o psicólogo atua promovendo educação emocional, fortalecimento da autoestima e desenvolvimento de habilidades sociais. Programas de prevenção baseados em evidências, como o Life Skills Training (Botvin & Griffin, 2004), mostram que a promoção de competências interpessoais reduz significativamente a experimentação precoce de substâncias.

A escuta qualificada é uma das ferramentas mais potentes da prática preventiva. Ao oferecer espaço seguro para expressão de emoções e conflitos, o psicólogo ajuda o sujeito a elaborar experiências traumáticas, minimizando o risco de busca compensatória em substâncias psicoativas. Essa escuta ativa fortalece o vínculo terapêutico e amplia a rede de apoio emocional.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Outro aspecto essencial é a desestigmatização dos transtornos mentais. O psicólogo tem papel ativo na conscientização social sobre a natureza clínica da comorbidade, combatendo preconceitos e promovendo a inclusão. A redução do estigma facilita o acesso aos serviços de saúde mental e contribui para a adesão ao tratamento.

Além disso, o psicólogo pode atuar junto a equipes de saúde pública e em políticas públicas, promovendo intervenções comunitárias que alcancem grupos em situação de vulnerabilidade social. A integração da psicologia clínica ao Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, e aos serviços comunitários nos Estados Unidos, exemplifica como essa atuação pode impactar positivamente a saúde coletiva.

A formação ética e técnica do psicólogo é pilar fundamental dessa atuação. A supervisão clínica, o compromisso com a atualização científica e o respeito aos princípios do Código de Ética Profissional do Psicólogo garantem a qualidade do cuidado prestado e a proteção dos direitos dos pacientes.

Em suma, a prevenção em saúde mental é uma responsabilidade compartilhada, e o psicólogo clínico ocupa posição privilegiada nesse processo. Seu trabalho é essencial para construir uma sociedade mais saudável, empática e resiliente, capaz de oferecer alternativas ao sofrimento antes que ele se transforme em patologia.

6. A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO CONTÍNUO NA MANUTENÇÃO DOS RESULTADOS

A eficácia das intervenções terapêuticas em pacientes com comorbidade entre depressão e vício está diretamente associada à continuidade do tratamento psicológico ao longo do tempo. A manutenção do vínculo terapêutico, mesmo após a remissão parcial ou total dos sintomas, é fundamental para prevenir recaídas e fortalecer as aquisições emocionais e comportamentais obtidas durante o processo.

Estudos longitudinais evidenciam que pacientes que permanecem em acompanhamento psicológico por períodos superiores a seis meses apresentam menores índices de recaída no uso de substâncias e maior estabilidade emocional (Hser et al., 2001). Isso ocorre porque o processo terapêutico contínuo permite a reavaliação constante de padrões disfuncionais, bem como a adaptação de estratégias frente às demandas do cotidiano.

O acompanhamento também favorece a construção de um espaço de acolhimento e reflexão, onde o paciente pode desenvolver autoconhecimento e autonomia. A possibilidade de verbalizar angústias, frustrações e conquistas fortalece a resiliência e contribui para a internalização de habilidades emocionais que antes dependiam exclusivamente da figura do terapeuta.

Além disso, a continuidade do tratamento permite ao psicólogo observar os efeitos de longo prazo das intervenções aplicadas, ajustando condutas terapêuticas de acordo com a evolução do quadro clínico. Essa flexibilidade metodológica é especialmente relevante diante da natureza cíclica e multifatorial dos transtornos mentais e aditivos.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Outro ponto crucial é o monitoramento de fatores de risco. Muitas vezes, eventos de vida estressantes ou mudanças no ambiente familiar e profissional podem reativar sintomas depressivos ou impulsos relacionados ao vício. A presença do terapeuta como suporte constante atua como contenção emocional e previne o agravamento do quadro.

A manutenção terapêutica também se relaciona com a noção de alta responsável. Não se trata apenas de encerrar o tratamento quando os sintomas desaparecem, mas de garantir que o paciente esteja preparado para lidar com os desafios futuros de maneira saudável e autônoma. Esse processo exige planejamento, acompanhamento gradual e, por vezes, encontros espaçados como forma de transição.

Em resumo, o acompanhamento terapêutico contínuo deve ser visto não como um prolongamento desnecessário, mas como parte integrante de uma proposta clínica comprometida com a recuperação sustentável do paciente. Ele representa a consolidação do cuidado psicológico, contribuindo para a manutenção da saúde mental a longo prazo.

7. DESAFIOS ÉTICOS E LIMITES DA PRÁTICA CLÍNICA DIANTE DA COMORBIDADE

A atuação do psicólogo clínico diante da comorbidade entre depressão e vício envolve desafios éticos complexos, que exigem discernimento técnico e compromisso com os princípios de autonomia, beneficência e não maleficência. A primeira tensão ética surge quando o paciente apresenta baixa adesão ao tratamento ou expressa desejo de interrompê-lo, apesar da gravidade do quadro clínico.

Nesses casos, o profissional precisa equilibrar o respeito à autonomia com o dever de proteger a saúde do paciente, especialmente quando há risco iminente à vida ou à integridade física. A comunicação clara e a construção de uma aliança terapêutica sólida são estratégias fundamentais para lidar com essas situações sem recorrer a posturas coercitivas ou punitivas.

Outro desafio é a confidencialidade em contextos em que o paciente está inserido em instituições, como clínicas de reabilitação ou serviços de saúde pública. O psicólogo deve manejar cuidadosamente as informações compartilhadas com a equipe multiprofissional, garantindo o sigilo das informações sensíveis, salvo nos casos em que a quebra de sigilo é autorizada pelo código de ética e se justifica para preservar a segurança do próprio paciente ou de terceiros.

O julgamento moral acerca do comportamento do paciente é um risco constante. A formação do psicólogo deve prepará-lo para acolher o sofrimento sem reforçar estigmas sociais relacionados ao vício, como a ideia de fraqueza de caráter ou irresponsabilidade. A escuta clínica exige neutralidade e empatia, condições indispensáveis para uma atuação ética e transformadora.

A relação terapêutica também pode ser afetada por transferências e contratransferências intensas, especialmente em pacientes com histórico de rejeição, abandono ou violência. O

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

reconhecimento desses fenômenos e a supervisão clínica constante são medidas de proteção tanto para o paciente quanto para o terapeuta, evitando reações inadequadas ou distorções no vínculo.

O psicólogo deve ainda respeitar os limites de sua atuação, encaminhando o paciente para outros profissionais quando necessário, como psiquiatras, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais. A interdisciplinaridade fortalece o cuidado integral e amplia as possibilidades de tratamento, desde que cada profissional atue dentro de sua competência técnica.

Diante disso, a prática clínica com pacientes com comorbidade requer sensibilidade ética, conhecimento técnico e uma postura de permanente reflexão. O compromisso com os direitos humanos, a valorização da singularidade e o respeito à dignidade do paciente são valores que sustentam uma psicologia verdadeiramente transformadora e responsável.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicologia clínica desempenha papel essencial na compreensão e no enfrentamento da complexa comorbidade entre depressão e vício. Por meio de abordagens teóricas diversas, sustentadas por evidências empíricas e práticas clínicas estruturadas, é possível intervir de forma eficaz nos processos psíquicos que mantêm esse ciclo patológico. A atuação do psicólogo clínico ultrapassa o simples manejo sintomático, oferecendo suporte contínuo, acolhimento empático e estratégias de ressignificação de experiências.

As evidências apresentadas ao longo deste artigo indicam que a associação entre transtornos depressivos e dependência de substâncias psicoativas é multifatorial e demanda um olhar integrativo. O tratamento efetivo requer uma escuta ativa, diagnóstico preciso, aplicação de técnicas validadas e acompanhamento longitudinal. Não se trata apenas de extinguir comportamentos prejudiciais, mas de promover um processo de reconstrução psíquica, relacional e social.

O impacto psicossocial dessa comorbidade afeta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos, suas relações familiares, seu desempenho ocupacional e sua saúde física. A psicologia clínica, ao atuar na interface desses domínios, pode produzir transformações significativas e duradouras, promovendo maior autonomia e resiliência.

Também é imprescindível reconhecer os desafios éticos e os limites dessa prática. O compromisso com os princípios do Código de Ética Profissional, a supervisão contínua e a formação permanente são condições essenciais para garantir a integridade da prática clínica. Diante de contextos adversos, o psicólogo deve sustentar uma postura humanizada, técnica e politicamente comprometida.

A continuidade do acompanhamento terapêutico, mesmo após a remissão dos sintomas, surge como estratégia indispensável para a consolidação dos resultados. Além disso, o investimento em ações preventivas, principalmente junto a populações vulneráveis, pode reduzir a incidência de casos graves e ampliar o acesso à saúde mental.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ao manter-se alinhada com os princípios da ciência, a psicologia clínica reafirma seu papel como agente de transformação subjetiva e social. É por meio desse compromisso que ela se consolida como uma aliada fundamental na luta contra o sofrimento psíquico e na promoção do bem-estar humano.

Assim, conclui-se que a abordagem clínica da comorbidade entre depressão e vício não pode ser superficial nem descontextualizada. Exige sensibilidade, rigor científico e escuta ética. E, acima de tudo, requer o reconhecimento da dor psíquica como legítima e digna de cuidado.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training: Empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211–232.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16–20.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

Frankl, V. E. (1969). *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*. New York: World Publishing Company.

Freud, S. (1920). *Além do Princípio do Prazer*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.

Hser, Y. I., Evans, E., Huang, Y. C., & Anglin, M. D. (2001). Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Evaluation Review*, 25(6), 662–689.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Moos, R. H., & Moos, B. S. (2000). Family environment, support, and adaptation: A path analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56(1), 53–64.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264(19), 2511–2518.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: Freeman.

Widom, C. S., Weiler, B. L., & Cottler, L. B. (1999). Childhood victimization and drug abuse: A comparison of prospective and retrospective findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 867–880.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.