Verónica de Medeiros Alegre

MEMÓRIAS DE INFÂNCIA, TOXICODEPENDÊNCIA E VÍNCULOS AFECTIVOS

Um Estudo Quantitativo com Consumidores e Não Consumidores de Substâncias

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2011

Verónica de Medeiros Alegre

MEMÓRIAS DE INFÂNCIA, TOXICODEPENDÊNCIA E VÍNCULOS AFECTIVOS

Um Estudo Quantitativo com Consumidores e Não Consumidores de Substâncias

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2011

Verónica de Medeiros Alegre

MEMÓRIAS DE INFÂNCIA, TOXICODEPENDENCIA E VINCULOS AFECTIVOS

Um Estudo Quantitativo com Consumidores e Não Consumidores de Substâncias

---

Verónica de Medeiros Alegre

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação da Professora Ana Sacau

RESUMO

O presente trabalho tem como objectivo analisar a qualidade da vinculação em adultos consumidores de substâncias. Analisamos a vinculação em dois momentos temporais diferentes que nos remetem para o passado e para o presente dos indivíduos, havendo no meio deles, uma experiência marcante a nível psicológico, familiar e social como é a toxicodependência.

Participaram 40 consumidores de substâncias e 40 indivíduos não consumidores de substâncias. Aplicou-se um questionário sócio-demografico adaptado às características de cada grupo e dois instrumentos de avaliação da vinculação (EMBU – Memórias de Infância, adaptada por Canavarro, M (1996) e EVA – Escala de vinculação adulta, adaptada por Canavarro, M. (1995)).

Os resultados deste estudo demonstram que a percepção desenvolvida relativamente às primeiras relações pode ter um papel importante no consumo de substâncias e que os vínculos afectivos actuais não resultam apenas das experiências infantis, mas também da experiencia da toxicodependência.

Palavras-Chave: Memórias de Infância, Consumo de Substâncias, Vínculos Afectivos, Vinculação.

ABSTRACT

This study's aim is to analyse the attachments in adult substances' consumers. We have analysed the attachments in two different moments, in the past and in the present. There is in-between a striking psychological and social experience - drug addiction.

Forty drug consumers and forty non-consumers have participated in this study. I applied a social-demographic questionnaire, adapted to each group, as well as two attachment assessment instruments (EMBU – Memórias de Infância, adaptada por Canavarro (*Childhood Memories, adapted by Canavarro*), M (1996) e EVA – Escala de vinculação adulta, adaptada por Canavarro (*Adult attachment scale, adapted by Canavarro*), M. (1995)).

The results of this study have shown that the perception regarding the first relationships may have an important role in the consumption of substances. Moreover, the present affective attachments result not only from the childhood experiences, but also from the drug abuse.

Keywords: Childhood Memories; Substances Consumption; Affective Attachments; Attachment.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la calidad del apego en consumidores de drogas adultos. Se analizó la unión de dos momentos de tiempo diferentes que se remontan al pasado y el presente de las personas, y hay entre ellos, una notable experiencia psicológica, social y familiar como es la adicción.

Los participantes fueron 40 los usuarios de drogas y 40 los individuos no usuarios de drogas. Se aplicó un cuestionario adaptado a las características socio-demográficas de cada grupo y dos herramientas de evaluación de la relación (EMBU - Recuerdos de la infancia, adaptada por Canavarro, M (1996) y EVA - Escala de apego adulto, adaptado por Canavarro, M. (1995)).

Los resultados de este estudio demuestran que la percepción desarrollado relaciones con los primeros pueden tener un papel importante en el consumo de sustancias y los lazos emocionales existentes no sólo el resultado de experiencias de la niñez, sino también la experiencia de la adicción a las drogas.

Palabras clave: Recuerdos de la infancia, el consumo de sustancias, vínculo emocional, la unión.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Ao meu Pai, por ter acreditado em mim e por me ter dado a oportunidade de concluir a minha formação.

À minha querida avó por nunca me ter deixado perder a orientação necessária para chegar até aqui. Por nunca ter desistido de mim, mesmo quando eu própria o fiz.

À minha tia, por me ter dado sempre o apoio necessário nos momentos mais angustiantes e por principalmente ter sido minha Mãe.

Aos meus Avós: Fernando e João. Apesar de não estarem mais entre nós, tenho a certeza estão orgulhosos de saber que eu cheguei até aqui. É sem dúvida uma vitória.

Estão sempre no meu pensamento e no meu coração.

Esta é a melhor maneira que encontro para vos homenagear e agradecer por todo o vosso esforço, por todo o vosso amor, por todo o vosso carinho e por toda a vossa dedicação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à minha orientadora, Professora Ana Sacau, por toda a dedicação, por toda a compreensão e principalmente pela paciência que demonstrou ao longo deste período que muitas vezes se revelou um pouco instável. O meu sincero OBRIGADA, pois sei a sua orientação e apoio, não teria sido capaz.

À equipa de tratamento do CRI PORTO-OCIDENTAL pela ajuda na recolha de dados para a realização deste trabalho. À drª Luisa Silvano e à enfermeira Manuela pela disponibilidade em me orientar e apoiar nos momentos de mais ansiedade e insegurança.

A todos os utentes que se disponibilizaram para responder aos questionários, sem a sua participação seria impossível realizar este estudo.

Às minhas, para sempre, parceiras de luta: Joana, Li e Célia. Foi uma honra conhecer-vos e é com muito carinho que vos guardo dentro de mim. Obrigada pela vossa amizade.

À Mariana, minha prima, sem ti a minha vida não seria a mesma. Obrigada pelas noites em que te mantiveste ao meu lado para me dar força. Obrigada por me teres ajudado a conquistar a minha estabilidade.

Ao Tiago, por simplesmente estar ao meu lado. Por me fazer acreditar que sou capaz. Por me fazer acreditar em mim e por me dar o equilíbrio necessário para ser feliz. Muito Obrigada por tudo….

Obrigada a todos aqueles que me ajudaram a chegar até aqui.

Índice geral

Introdução Geral ……...1

Parte I – Enquadramento Teórico ……..3

Capitulo 1 - Vinculação

Introdução ……3

1. Teoria da vinculação …….....3
   1.1. Vinculação na infância ……..5
      1.1.1. Fases do desenvolvimento da vinculação …….5
      1.1.2. Situação Estranha de Mary Ainsworth …….6
      1.1.3. Perturbações da vinculação na infância: carência de cuidados maternos e a formação do modelo interno operante ……...12

   1.2. Vinculação na adolescência……...13
      1.2.1. Mudança nas figuras de vinculação e sua influência no adolescente...13
      1.2.2. Desenvolvimento do vinculo afectivo e as relações amorosas…….15
      1.2.3. Perturbação da vinculação na adolescência……..16

   1.3. Vinculação no adulto…….18
      1.3.1. Desenvolvimento da autonomia e da intimidade……..18
      1.3.2. Perturbação da vinculação no adulto…….21

Conclusão ……23

Capitulo 2 – Toxicodependência

Introdução …….24

2.1. Evolução conceptual do consumo de substâncias……....25
2.2. Conceito de dependência……..26
2.3. Diagnóstico clínico……28
2.4. Perturbações associadas à dependência……30
2.5. Classificação das substâncias psico-activas……..31

2.6. Modelos teóricos e psicológicos do fenómeno da toxicodependência…….31
2.6.1. Modelo Psicanalitico ……...33
2.6.2. Modelo Sistémico ……35
2.6.3. Modelo Cognitivo ……36

2.7. Compreensão de um estar toxicodependente……...37

Conclusão……40

Capitulo 3 – A vinculação na toxicodependência……...41

Parte II – Parte Prática
Capitulo 4 – Estudo Empirico ……47

4.1. Pertinência do estudo……47
4.2. Objectivos do estudo……48
4.3. Limitações do estudo……49
4.4. Método ……50
4.4.1. Caracterização da amostra……50
4.4.2. Instrumentos utilizados ……51
4.4.2.1. Questionário Sócio – demográfico……..51
4.4.2.2. EMBU – memórias de infância……...51
4.4.2.3. EVA – Escala de Vinculação do Adulto ……53
4.5. Procedimento……55
4.6. Analise e interpretação dos resultados……..55
4.6.1. Caracterização geral das amostras……...55
4.6.2. Caracterização da amostra toxicodependente…….57
4.6.3. Caracterização da amostra não toxicodependente……..59
4.7. Analise da relação entre a vinculação e a toxicodependência ……..60
4.7.1. Memórias de Infância……..61
4.7.2. Vinculação Adulta……...67
4.7.3. Comparação das memórias de infância entre adultos consumidores e não consumidores……..72

4.7.4. Comparação dos vínculos afectivos entre adultos consumidores e não consumidores…….74

4.7.5. Analise Discriminante…….76

Conclusões Finais……80

Bibliografia……..83

Índice de figuras

Figura 1 - Situação Estranha de Mary Aisnworth …… 9

Figura 2 - Modelo de Vinculação do Adulto (Bartholomew e Horowitz, 1991) ……. 19

Índice de Quadros

Quadro 1 - Distribuição quanto à escolaridade (N=80) ……56

Quadro 2 - Distribuição quanto à questão "com quem vive" (N=80) ……56

Quadro 3 - Distribuição da escolaridade (N=40) ……57

Quadro 4 - Distribuição quanto à Situação Familiar (com quem vive) (N=40) ……....57

Quadro 5 – Distribuição quanto à Droga de Abuso (N=40) ……58

Quadro 6 - Distribuição quanto à escolaridade (N=40) ……...59

Quadro 7 - Distribuição quanto à questão "com quem vive" (N=40) ……60

Quadro 8 - Memórias de Infância em adultos Consumidores (N=40) ……61

Quadro 9 - Influência da Percepção de Suporte Emocional por parte do Pai na actual Situação Familiar (N=40) ……. 66

Quadro 10 - Vinculação adulta em adultos consumidores (N=40) ……68

Quadro 11 - *T de Student*: análise das médias da EMBU com a variável *Grupos* (N=80) ……73

Quadro 12 - *T de student*: analise das médias da EVA com a variável grupos (N=80) ……75

Quadro 13 - - Análise discriminante com a EMBU (N=40) ……77

Quadro 14 - Análise discriminante com a EVA (N=40) ……...78

Lista de siglas

EMBU – Inventory for Assessing Memories of Parental Reading Behavior (Escala de memórias de infância).

EVA – Escala de Vinculação Adulta

Introdução Geral

O consumo de substâncias é um problema que afecta a vida de muitas pessoas na sociedade que vivemos. A explicação para esta condição de vida é suportada por vários estudos que apresentam diversos factores responsáveis pelo desenvolvimento da dependência de substâncias.

Para nós é essencialmente importante salientar o desenvolvimento humano e as fases pelas quais este se desenvolve. É na infância que iniciamos as nossas relações com os outros, mas é a qualidade dessas relações que nos proporciona as condições psíquicas necessárias para estabelecer relações futuras saudáveis. Quando falamos em relações futuras, incluímos as relações interpessoais e as intrapessoais. È através da maneira como nos relacionamos com o nosso *Eu* que se determina o modo como nos relacionamos com os outros.

A adolescência e a fase adulta são um resultado, ou pelos menos um reflexo, de comportamentos que possivelmente adquirimos na infância. Contudo, existem determinadas experiências que têm a capacidade de alterar a forma como nos sentimos enquanto pessoas.

Deste modo, a toxicodependência desenvolve-se com o objectivo de diminuir a angústia que o indivíduo sente perante a sua experiência de vida. Existe pouca tolerância emocional nos momentos mais depressivos e a substância elimina qualquer desequilíbrio psíquico.

O objectivo deste trabalho desenvolveu-se a partir de um interesse pessoal relativamente à toxicodependência e por acreditar que a saúde afectiva é essencial para a existência de um equilíbrio mental.

Assim, a qualidade da vinculação de indivíduos consumidores de substâncias mereceu a nossa atenção, pois procuramos compreender a forma como a mesma se desenvolveu tendo como base as memórias de infância, havendo pelo meio a experiência da toxicodependência.

O presente trabalho é constituído por duas partes. A primeira apresenta três capítulos e a segunda parte está formada por um capítulo.

A primeira parte corresponde ao enquadramento e desenvolvimento teórico dos conceitos em estudo. Assim, o primeiro capítulo aborda o conceito da vinculação nas três fases do desenvolvimento; o segundo capítulo descreve os pontos mais importantes para a compreensão da toxicodependência e por último, o terceiro capítulo descreve a influência da vinculação na toxicodependência.

Na segunda parte é descrita a pertinência do estudo, bem como os objectivos previamente estabelecidos e as limitações do mesmo. Conta ainda com a metodologia, com os resultados obtidos e com as principais conclusões.

Parte I - Enquadramento teórico

Capitulo 1 – Vinculação

Introdução

O impacto afectivo das relações primárias é determinante para o desenvolvimento futuro do ser humano. A relação com o outro é a base para um desenvolvimento estável e ajustado.

Desde o nascimento, o indivíduo vai estabelecer relações com pessoas significativas que serão o meio necessário para regular as interacções futuras e para delinear a visão que este terá do mundo que o rodeia (Bayle, 2008).

Este capítulo vai seguir uma explicação breve de todos os aspectos importantes para uma compreensão clara deste conceito que se têm demonstrado tão importantes para a interpretação do desenvolvimento afectivo de cada indivíduo. Durante o seu desenvolvimento passará por diversas fases que se descrevem por enumeras situações emocionais características do comportamento humano em evolução cronológica.

1. Teoria da Vinculação

A teoria da vinculação surge ao longo de várias contribuições de inúmeros autores que ficaram na história da psicologia e da psicopatologia. Autores como John Bowlby que em conjunto com Melanie Klein e Donalds Woods Winnicott estudaram a vinculação infantil a partir do fenómeno das separações e carências precoces. A partir da contribuição de Ainsworth, a teoria de Bowlby foi prolongada com a teoria da Situação Estranha que diz respeito também ao desenvolvimento da vinculação na primeira infância (Guedeney, & Guedeney, 2004).

Resultante do elevado número de pesquisas feitas nos anos 70 e 80, foi possível gerar a possibilidade de estudar os diferentes padrões de vinculação. Com estes padrões pretendia-se observar e compreender aspectos que se estendiam segundo a sua

estabilidade e mudança ao longo das diferentes trajectórias do desenvolvimento. Portanto, trata-se do estudo da vinculação precoce, na vinculação ao longo da infância e da adolescência que foca os domínios do self e das relações interpessoais, onde se observou a adaptação a diferentes domínios de vida (Soares, 2007).

Com o desenvolvimento da investigação, o objecto de estudo também foi sendo alargado, ou seja, a vinculação nos adultos também se começou a mostrar como um ponto interessante, onde o comportamento se estendeu para as representações tendo como base os modelos internos dinâmicos (Main Kaplan & Cassidy citado por Soares 2007).

A ascensão teórica do estudo da vinculação nas diversas fases do desenvolvimento humano levantou uma questão que Bowlby (1979) já tinha abordado, que é precisamente o facto da qualidade da vinculação ser transmitida ao longo das gerações através da relação familiar. Assim, Bolwby destaca-se como grande referência no estudo da vinculação uma vez que foi o pioneiro a realçar questões clínicas sobre a compreensão de como as experiências precoces vêm a influenciar posteriormente o desenvolvimento das perturbações psicológicas (Atkinson, Dozier, Stovall & Albus, 1999) e das relações íntimas e amorosas (Lima, Vieira e Soares, 2006).

É importante referir que existe uma forte relação entre o comportamento e relação de vinculação, no entanto diferenciam-se em termos de definição. Assim, comportamento de vinculação diz respeito à proximidade que a criança mantém da figura significativa. Aqui, o que interessa não é o comportamento em si, mas sim a finalidade desse mesmo comportamento. Deste modo, *"se um comportamento é organizado com o objectivo de promover a proximidade, então funciona como comportamento de vinculação"* (Guedeney, 2004, p. 34). A relação de vinculação refere-se aos sentimentos que a criança procura quando estabelece a proximidade com a figura preferencial e segundo Ainsworth (1989), uma vez que tal relação se define através do meio social, distingue esta relação de todas as outras relações sociais, apresentando quatro características, que se traduzem na procura de proximidade, na noção de base de segurança, a noção do comportamento de refúgio e as reacções marcadas perante a separação (Guedeney, 2004).

De um modo sucinto, a relação de vinculação é a base para um desenvolvimento de modelos mentais que irão influenciar o modo como o indivíduo se relacionará nas relações interpessoais futuras (Paiva & Figueiredo, 2003).

1.1 Vinculação na infância

1.1.1. Fases do desenvolvimento da Vinculação

A vinculação é um fenómeno que se inicia na relação com a figura parental, isto é, a vinculação na infância corresponde à prestação de cuidados por parte da figura significativa que irá promover a autonomia da criança à medida do seu crescimento (Soufre citado por Soares, 2007). No entanto, apesar do bebé se tornar mais activo, não condiciona o papel importante que a figura parental representa, pois é através desta relação que o bebé vai organizar o seu comportamento com o fim de atingir os seus objectivos (Soares, 2007).

A ligação emocional que se estabelece reciprocamente depende da contribuição de cada um dos elementos, isto é, tanto da mãe como do bebé, atribuindo a esta relação um valor adaptativo para o bebé, assegurando que as suas necessidades psicossociais e físicas são satisfeitas (Papalia, Olds & Feldman, 2001)

Para reforçar a importância deste processo, Bowlby descreve as várias fases a partir das quais se operacionaliza o desenvolvimento da vinculação nessa fase da vida humana. Assim, na primeira fase, nas primeiras oito/doze semanas, retrata a *"orientação e sinais com uma discriminação limitada das figuras",* onde o bebé inicia, mantém e finaliza as interacções sociais embora não seja uma intenção voluntária, pois ainda não existe a capacidade de diferenciar as características individuais das pessoas que o rodeiam. Contudo orientam-se através do olhar, seguindo as figuras com o mesmo, começam a ter a curiosidade em agarrar as mesmas, em sorrir e param de chorar quando ouvem uma voz (Gomes – Pedro & Montagner citado por Soares, 2007). Deste modo, apesar das capacidades do bebé, estas são escassas para se auto-regularem, sendo assim imprescindível a responsabilidade da figura em responder adequadamente às necessidades do bebé que começam a ser interpretadas precisamente com sinais como o choro, riso, regulação fisiológica etc. A fase seguinte é de *"orientação e sinais dirigidos*

para uma (ou mais) figura (s) discriminada (s) " e traduz a tendência do bebé em se orientar para um certo tipo de estímulos e em se aproximar do que é familiar, expressando comportamentos diferentes para com as pessoas. Começa-se a observar uma capacidade de distinguir as pessoas que o rodeiam em função da resposta adequada às suas necessidades (choro consoante quem o pega ao colo), orientando o seu olhar e postura para a mãe. Nesta fase os comportamentos de procura de proximidade tornam-se totalmente orientados para uma determinada figura (Brazelton, Koslowski & Main, Sander e Stern citado por Soares, 2007). A terceira fase *"Manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais"* apresenta-se aos seis/sete meses e prolonga-se até aos dois anos. Nesta altura observa-se um desenvolvimento da capacidade psicomotora o que facilita e aumenta a capacidade do bebé de manter a relação de proximidade uma vez que começa a adquirir a linguagem, ou seja, os comportamentos de vinculação ficam mais organizados em função dos objectivos (Soares, 2007). A última fase inicia-se com a *"A formação recíproca corrigida por objectivos*" em que o bebé já tem a capacidade de suportar momentos de separação mais prolongados ainda que, no entanto, demonstre que o seu sentimento de segurança ainda se encontra intimamente ligado às figuras parentais, mais propriamente à sua acessibilidade às mesmas (Soares, 2007).

Tal como já foi referido anteriormente, o comportamento de vinculação relaciona-se com a vinculação, mas diferencia-se relativamente ao seu conceito, deste modo, e como se observa nas fases da vinculação, o bebé adopta um comportamento de vinculação dado que todas as suas operações têm como objectivo a proximidade com as figuras significativas, iniciando-se de um modo geral pelas pessoas que os rodeiam sem diferencia-las passando, depois para um foco de atenção que será mãe.

1.1.2. Situação estranha de Mary Ainsworth

Nos dois primeiros anos de vida do bebé, a autora Ainsworth interessou-se pelos estudos das diferenças individuais na organização comportamental da vinculação. Iniciou assim um projecto de investigação que teve como nome "Situação Estranha". Este estudo veio como complemento do estudo que a mesma autora realizou numa

aldeia de Uganda (1954-1955). Durante nove meses num espaço de 15 em 15 dias, visitou 28 bebés em que a idade variava entre 1 mês e 24 meses e ainda se encontravam a ser amamentados. Tinha como objectivo observar o comportamento e o desenvolvimento dos bebés, incluíndo também a observação dos cuidados maternos e as interacções entre mãe - filho. Tal como Bowlby, segundo as fases descritas anteriormente, Ainsworth conclui que o bebé é um ser activo nos seus comportamentos para obter o que deseja e demonstra que é capaz de diferenciar a figura de vinculação de outra pessoa, mesmo que esta seja familiar (Miocque, 1996). De um modo geral, Ainsworth verificou que "a mãe é utilizada como base segura para explorar com confiança, perturbação em separações breves do quotidiano e medo no encontro com estranhos" (Soares, 1996, p. 65).

A partir destas conclusões a situação estranha teve como base a noção de base segura, que leva o bebé a explorar o meio com segurança, ou seja, a partir de uma aprendizagem resultante da relação com os seus pais, o bebé arrisca a sua insegurança com a certeza de que os seus pais estão disponíveis para os proteger e o tranquilizar em situações de ansiedade excessiva ao longo da sua experiencia de exploração do meio, sendo possível regressar à sua "base" com total confiança de que os seus pais o receberão com a tranquilidade que necessita. Se esta relação é insegura, o bebé não explora o meio, pois não sente a confiança necessária para sentir a ansiedade que acompanha o afastamento da "base" (Ainsworth citado por Soares, Martins & Tereno, 1996). Do mesmo modo, a reacção de protesto encontra-se associada à separação, isto é, o bebé protesta sempre que sente a separação como indesejada, ou quando é colocado em ambientes não familiares durante um tempo considerável (Bowlby, Schaffer, Yarrow citado por Soares, 1996).

Deste modo, esta investigação demonstrou ser a ocasião adequada para observar a resposta do bebé aquando colocado face a um estranho num meio não familiar. No que concerne a esta questão, segundo Spitz (1965) este medo de estar em situações não familiares surge por volta dos 8 meses, e, constitui um factor crucial no desenvolvimento moral e do estabelecimento de "verdadeiras relações objectais" (Soares, 1996).

Segundo Spitz, o bebé, por volta dos 8 meses sente medo em relação a um estranho se este lhe causar dor ou desprazer em alguma situação. Bowlby (2002) critica esta teoria

ao dizer que, como já foi dito, o bebé é capaz de diferenciar as pessoas muito antes dos oitos meses. Assim, o autor chama à atenção sobre a confusão existente entre os conceitos: angústia de separação e medo de estranhos. O primeiro refere-se à ansiedade que o bebé sente quando a figura de vinculação não está presente, sentido insegurança relativamente ao meio; o segundo refere-se ao medo que bebé sente em relação a um objecto ou pessoa que tenha um carácter ameaçador e assustador, sem conter a ansiedade de estar com alguém que se ama (Bowlby, 2002).

A experiência de Ainsworth apresenta uma boa fidelidade estrutural dado que permite obter dados congruentes com a teoria e os protocolos de avaliação foram considerados adequados em relação ao conceito de sistema comportamental de vinculação (Waters e Deane citado por Soares, 2007).

Deste modo os episódios de separação – reunião, que serão descritos posteriormente, pretendem descrever situações do quotidiano que são acompanhadas por um nível de stress, que será um dado bastante importante para a observação e avaliação do funcionamento do mesmo sistema (Waters e Deane citado por Soares, 2007).

Assim, a *"Situação Estranha"* desenvolveu-se em situação laboratorial, com crianças com idade a partir de 12 meses com as suas mães. Com esta experiencia, foi possível criar padrões de vinculação a partir do comportamento da criança exposta a diferentes situações. Em oito episódios, existiriam situações de separação e de reencontro com uma duração de três minutos cada um. Para além da interacção mãe - criança, introduziu-se uma terceira pessoa, precisamente para ser observada a reacção do bebé face a um elemento que não fosse a mãe.

O quadro seguinte permite uma compreensão mais clara de como toda a experiência decorre ao longo dos oito episódios e do que acontece em cada um (Figura 1).

Figura 1 - Situação Estranha

Episódio	Pessoas Presentes	Duração	Descrição da acção
1	FV, B, O *	30 Segundos	O mostra sala a FV e B sai;
2	FV, B	3 Minutos	FV não participa enquanto B explora.
3	E, FV, B	3 Minutos	E entra: **1º min:** E sentada e calada; **2º min:** E conversa com FV; **3º min:** E aproxima-se de B; **Depois de 3 min**. FV sai discretamente.
4	E, B	3 min	E responde a B, e se necessário conforta.
5	FV, B	3 min	FV entra e E sai; FV saúda e/ou conforta B; FV procura que B volte a brincar; FV sai dizendo adeus.
6	B	3 min ou menos	B está só;
7	E, B	3 min ou menos	E entra e interage com B.
8	FV, B	3 min	FV entra, saúda B, pega-o ao colo e entretanto E sai discretamente.

(*) FV= Figura de Vinculação, B= Bebé, O= Observador, E= Estranha

(Ainsworth in Soares, 2007).

A experiência reúne duas separações e duas reuniões breves entre mãe-bebé e o comportamento é observado segundo três factores comportamentais; (1) qual a frequência de comportamentos específicos em cada um dos episódios, (2) qual o tipo de comportamento do bebé face à mãe e ao estranho de acordo com as suas acções a partir de seis escalas comportamentais: proximidade e procura de contacto; manutenção do contacto; resistência; evitamentos; procura da mãe e distância da interacção, (3) classificação dos bebés de acordo com padrões de comportamento (Ainsworth citado por Soares 1996). Deste modo, os padrões são descritos ao longo de três grupos distintos, o que facilita a avaliação das diferenças individuais em relação ao comportamento observado do bebé face à figura de vinculação. O momento que se torna mais importante na formação destes padrões é a altura em que existem as reuniões entre

a mãe - bebé, momento que fornece um quadro mais vivo da dinâmica de vinculação (Ainsworth citado por Soares, Martins & Tereno, 2007). A autora apresenta o grupo inseguro – evitante (A), o grupo seguro (B), e o grupo inseguro – resistente ou ambivalente (C).

O grupo inseguro – evitante (A) caracteriza-se a partir de um comportamento de evitamento do bebé em relação à mãe quando esta volta a entrar na sala, age ignorando-a e/ou afastando-se dela. Segundo as escalas comportamentais, os comportamentos que estão presentes são a tendência para evitar a proximidade e o contacto com a mãe nos reencontros, focando a sua atenção nos brinquedos (Rabouam, 2004). Relativamente à estranha, é igualmente ignorada pelo bebé, no entanto pode haver um menor evitamento. Devido a algumas diferenças individuais de cada bebé, a autora formou dois sub-grupos, sendo que num deles verifica-se um comportamento de evitação vincado em relação à mãe, enquanto no outro grupo existe um comportamento de aproximação desejada combinada com a tão presente evitação (Soares, Martins & Tereno, 2007).

O grupo seguro (B) engloba as crianças vinculadas de maneira segura, que manifestam expressões de protesto relativamente aos episódios de separação, principalmente na segunda separação. Contudo, na altura do reencontro, procuram a proximidade e o contacto com a mãe, expressando prazer por voltar a vê-la, lançando sorrisos, vocalização ou mesmo gestos. Após ser confortada, retoma a brincadeira (Rabouam, 2004). Aqui destacaram-se quatro sub-grupos, por exemplo o B1 e B2 expressam a sua felicidade através de uma interacção mais distante expressando assim os sinais vocais, não estando à vista sinais motores de aproximação. Os sub - grupos B3 e B4 caracteriza-se por uma procura de proximidade e de contacto com a mãe depois da separação. Deste modo, o grupo B3 é considerado "muito seguro", enquanto os restantes grupos são considerados apenas como "seguros" (Soares, Martins & Tereno, 2007).

O grupo (C) inseguro – resistente ou ambivalente abarca as crianças que vivenciam uma aflição excessiva no momento da separação (Rabouam, 2004). No momento do reencontro apresentam-se resistentes em relação ao contacto com a figura de vinculação, sobretudo no decorrer do último episódio da experiência (quadro 1). Contudo, e uma vez que este grupo também é ambivalente, observa-se um comportamento de procura de contacto com a mãe, que terá um resultado deficiente na exploração do meio. Neste

grupo, também foram incluídos dois sub – grupos (C1 e C2). No C1 a procura de contacto é acompanhada por uma possível aflição/irritação que resultou do momento da separação, enquanto, que no C2 existe uma passividade, expressando mais sinais do que uma procura de contacto face à mãe (Soares, Martins & Tereno, 2007).

Estes padrões de comportamentos são hoje em dia os mais predominantes na avaliação da vinculação infantil. No entanto, posteriormente a esta experiencia de Ainsworth, foi adicionada mais um grupo de avaliação da vinculação – Grupo inseguro desorganizado - desorientado (D), que apresenta um grupo de bebés que aquando da separação e na altura do reencontro, tendem a adoptar comportamentos que não são compreensíveis e chegam a ser desorganizadores perante o olhar do observador (Cassidy, 2001).

Foram realizados vários estudos em vários países que englobaram quatro amostras independentes de bebés com um ano de idade (Ainsworth e al. citado por Soares, 1996). Numa análise geral dos estudos, os resultados obtidos demonstraram que a maioria dos bebés apresentavam uma vinculação segura, um quinto a um terço apresentavam-se como inseguros - evitantes e um pequena minoria como inseguros - ambivalentes/resistentes (Soares, 1996, p. 69). Em termos de percentagens distribuem-se 65% no grupo de vinculação segura, 21% no grupo da vinculação insegura – evitante e 14% no grupo da vinculação insegura – ambivalente (Rabouam, 2004). Torna-se pertinente salientar que estes estudos tiveram como amostras famílias de classe média alta, consideradas "normais" e funcionais (Soares 1996). Posteriormente, foram realizados outros estudos em famílias consideradas de risco que apresentavam um baixo nível sócio-económico com um baixo nível de suporte social, psicopatologia parental, práticas educativas negligentes que incluem maus-tratos físicos e psicológicos, e mostraram resultados diferentes, isto é, a amostra destas famílias apresentavam no geral uma vinculação insegura (Van IJzendoorn, Goldberg, Kroonenberg & Frenkel citado por Soares, Martins & Tereno, 2007).

Anteriormente foi mencionado um novo grupo de classificação da vinculação, (D) o grupo inseguro desorganizado – desorientado. Surgiu em sequência dos estudos realizados por Main e Solomon (1986) com famílias de risco, dado que foram observados comportamentos contraditórios com movimentos despropositados e assimétricos, posturas anómalas e sinais de apreensão face à figura parental (Main & Solomon citado por Water & Valenzuela, 1999). Deste modo, a percentagem de bebés

com vinculação desorganizada cresce abruptamente, tornando-se assim um foco de atenção do campo da psicopatologia (Cassidy, 2001).

1.1.3. Perturbações da vinculação na infância: carência de cuidados maternos e a formação do modelo interno operante

As primeiras relações afectivas que têm lugar na primeira infância são fundamentais para um bom desenvolvimento psicológico da criança. Quando nasce, observa-se uma dependência relativa aos pais, uma vez que são estes que podem satisfazer as suas necessidades orgânicas essenciais e as suas necessidades afectivas (Mauco, 1975).

Qualquer privação neste campo (falta de cuidados e alimentos) será sentida pela criança como uma falta de amor, que se traduz num sentimento de insegurança corporal. Nesta fase está presente uma actividade biológica – a alimentação – que por sua vez se torna numa actividade psicológica. Caso haja uma falha na satisfação das necessidades correspondentes, surgirão lesões não só a nível físico, mas também a nível psicológico, dado que a criança reforça a necessidade de ser amado, o que se confunde com a necessidade de ser alimentado para viver (Mauco, 1975).

As sensações infantis rapidamente se ligam a sentimentos de amor ou de privação, de injustiça ou de agressividade. A qualidade dos sentimentos dependem de como a criança sente as atitudes das pessoas que a rodeiam (Mauco, 1975).

Claramente se percebe a importância do papel da mãe devido ao modo como as necessidades são prazerosas sempre que satisfeitas. As experiências realizadas em infantários, em que as educadoras usavam luvas e máscaras na realização da actividade orgânica, demonstraram que essa atitude desenvolve uma carência afectiva devido à falta de sensibilidade na satisfação da necessidade. Deste modo, observaram-se consequências desastrosas ao nível psicológico e físico. As crianças ficavam totalmente abatidas, chegando-se a verificar um nível superior da mortalidade em relação às crianças que eram criadas em condições higiénicas não tão boas, mas que as mães ou as amas dispensavam às crianças o contacto afectivo necessário resultando num ajustamento psicológico e físico positivo (Mauco, 1975).

Será em consequência da qualidade das experiencias anteriormente referidas que se vão desenvolver os modelos internos dinâmicos da vinculação na infância (Seehafer, Jacobvitz & Steiker, 2008).

> *"Estes modelos funcionam como filtros interpretativos através dos quais os self, as relações e outras experiencias sociais vão ser mentalmente construídos e experienciados. Ao mesmo tempo, vão influenciar a acção no sentido de estimular respostas complementares às do modelo interno e consistentes com as suas expectativas, reforçando-as. São estruturas de significados, carregadas emocionalmente, que vão sofrer alterações devido ao próprio processo de desenvolvimento, às modificações das condições de vida e à influência de novas relações de vinculação"* (Soufre, Thompson citado por Soares, Martins & Tereno, 2007).

O modelo interno dinâmico da vinculação depende, segundo Erickson (1950), da confiança base de que as suas necessidades serão satisfeitas, e segundo o autor a insegurança da vinculação reflecte desconfiança. Ainda segundo Erickson, o desenvolvimento da confiança está relacionado com a prestação de cuidados (Papalia, Olds & Feldman, 2001) e quando esta prestação de cuidados é carente, a vinculação torna-se-á insegura, uma vez que não se estabeleceu uma segurança em relação a sentimentos de satisfação e conforto e levará a criança a sentir o mundo como um lugar hostil e assim haverá uma carência posterior ao nível do estabelecimento de relações (Erikson citado por Papalia, Olds & Feldman, 2001). A par deste processo, a criança vai desenvolver um modelo de si e um modelo do outro. Relativamente ao modelo de si próprio, a criança vai elaborar uma imagem de si como sendo digno de ser amado, enquanto, que o elemento do outro corresponde à percepção de que os outros estão atentos e receptíveis à satisfação das suas necessidades. Os seus modelos operantes internos são a fonte de uma atribuição errónea que são factores ligados, por exemplo, à depressão ou a perturbações do comportamento (Miljkovitch 2004).

1.2. Vinculação na adolescência

1.2.1. Mudança das figuras de vinculação e sua influência no adolescente

A adolescência apresenta-se como um período de transição que se descreve na mudança das relações de vinculação que se estabeleceram na infância por outras relações que se vão estabelecer neste período, isto é, as ligações afectivas estabelecidas serão deslocadas no que diz respeito às figuras de vinculação e ultrapassarão as relações familiares (Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007). É essencialmente um período marcado por inúmeras mudanças quer a nível pessoal quer a nível social, é um período de descoberta, de compromissos perante os valores sociais e o inicio de uma certa intimidade nas relações que se vão estabelecendo (Soufre, Egeland, Carlson & Collins, 2005).

O adolescente começa a tentar autonomizar-se mais em relação às suas figuras de vinculação. No entanto, segundo a literatura, a adolescência é uma fase em que o adolescente vai aprender como tornar-se uma "figura de vinculação". Este aspecto representa a necessidade de depender menos dos cuidados das figuras significativas, para que mais tarde possa vir a tornar-se uma figura significativa para o seu filho (Ward & Carlson, 1995). Contudo, ainda se observa uma necessidade de haver uma proximidade significativa em relação às suas figuras vinculativas. É precisamente nesta transição de se tornar uma figura de vinculação e o ainda ser uma figura vinculada que se circunscreve a vinculação nesta fase do ciclo vital do desenvolvimento do ser humano (Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007).

Apesar de existir uma forte tendência para haver um "afastamento físico" em relação às figuras de vinculação primitivas e uma grande aproximação ao grupo de pares, a influência destas figuras será diferente na vida adolescente. Por um lado, segundo estudos realizados na área, a relação com os pais terá mais influência na vida escolar do adolescente, enquanto a relação com os pares terá influência na qualidade dos compromissos relacionais (Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007).

A qualidade da vinculação infantil vai influenciar o carácter do desenvolvimento destas novas relações, dado que a partir das relações referidas na vinculação infantil se determinará por exemplo, até que ponto é que o adolescente se sente merecedor de afecto e de atenção, assim como, de que forma avalia a disponibilidade e sensibilidade

do outro para dar resposta às suas necessidades de segurança e protecção (Hazan & Shaver, 1994). Assim, se o adolescente vive a relação com os pares num ambiente de conforto, onde impere um sentimento de pertença, será o ponto de partida para uma aprendizagem futuro em relação à forma de ser, de estar e de pensar, levando-o à formação da sua identidade pessoal (Soares, Havighurst, Fulligni & Eccles, Meeus et al citado por Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007). O impulso sentido pelo adolescente em se vincular aos pares, é precisamente uma resposta saudável ao facto de este sentir que as suas necessidades são satisfeitas, transformando este grupo nas suas novas figuras de vinculação, desenvolvendo assim, uma autonomia em relação às primeiras figuras de vinculação, que serão os pais, ou figuras significativas (Steinberg, 2001).

É importante referir que este "afastamento" das figuras de vinculação primárias não quer dizer que tal acção seja sentida como desnecessária e menos importante para certificar a segurança interna, isto é, a sua autonomia desenvolve-se a partir de uma relação próxima e persistente com os pais. Assim, a autonomia é considerada, segundo Bowlby, a fase de exploração. Deste modo é salientada a importância do desenvolvimento deste comportamento (Atger, 2004).

1.2.2. Desenvolvimento do Vinculo Afectivo e as Relações Amorosas

Ao longo das relações com os pares, o adolescente tende a iniciar relações amorosas que por sua vez se podem tornar em relações de vinculação duradouras (Ainsworth, 1989) e deste modo, podem contribuir para a mudança dos modelos internos dinâmicos elaborados na infância através destas novas relações (Jongenelen, Carvalho, Mendes & Soares, 2007).

No fim da adolescência, verifica-se normalmente a existência de relações de longo prazo que se traduzem na importância de que os pares assumem claramente o papel de figura de vinculação (Buhrmester citado por Atger, 2004).

Dada a forte presença de uma nova relação de vinculação aos pares, denota-se que estas novas relações contem características derivadas da vinculação da infância, sendo categorizadas igualmente como os padrões de vinculação sugeridos por Ainsworth et al (1978), realçando-os como padrões de vinculação: segura, evitante e insegura –

ambivalente (Matos, Barbosa e Costa, 2001). Sendo assim, as relações amorosas estão também intimamente ligadas ao modelo interno dinâmico, uma vez que a qualidade da relação amorosa que o adolescente desenvolver parte com a base do sentimento de merecimento de afecto. A partir de um estudo realizado pelos investigadores Hazan e Shaver (1987) os resultados provaram que as relações amorosas podiam ser lidas a partir da teoria da vinculação.

Influenciados pelas questões que envolvem a vinculação infantil, Hazan e Shaver (1987) concluíram que as relações amorosas se relacionam significativamente com a vinculação infantil e que apesar do processo se realizar de um modo diferente o objectivo será o mesmo – proximidade com a figura de vinculação.

As relações amorosas têm como base as experiências precoces. Estas têm um impacto muito grande na forma como se desenvolvem as relações futuras (Soares e Dias, 2007). Deste modo, salientando a teoria de vinculação desenvolvida por Bowlby, faz sentido afirmar que se considera a relação de vinculação primária o pilar que determina a qualidade das relações futuras que decorreram ao longo do ciclo vital (Bragança e Campos, 2010).

É ainda importante referir que existe uma ligação entre o sistema de vinculação e o sistema de reprodução, pois são eles que vão pressionar em direcção ao desenvolvimento das presentes relações amorosas. Torna-se, deste modo, importante referir a influência da componente sexual, pois é ela que vai influenciar e determinar a componente ligada ao laço afectivo, dado que introduz uma motivação significativa para a acção de estabelecimento de relações que comportem afectos intensos, que envolvam uma grande intimidade, tanto física como psicológica e, também oferece uma história de experiência única partilhada. Deste modo, a qualidade das relações de vinculação anteriores e o modo como o modelo interno operante foi organizado, podem vir a modelar a natureza das relações sexuais (Atger, 2004).

1.2.3. Perturbação da Vinculação na Adolescência

O desenvolvimento da vinculação na adolescência exige uma organização da relação com as figuras de vinculação durante a infância, para que se estabeleça um

desenvolvimento das relações posteriores enquadradas no desenvolvimento vital do ser humano (Soares e Dias, 2007).

No entanto, nem todas a relações de vinculação são do tipo seguro. Assim nos adolescentes que apresentem uma vinculação insegura esta pode levar a uma distorção das trocas e das experiencias negativas com os outros. Denota-se um mal-estar significativo em relação aos afectos o que leva o adolescente a afastar-se dos pares, e particularmente, daqueles que se poderiam tornar amigos mais chegados. Tal resultado surgiu de um estudo realizado com estudantes do ensino secundário que a partir de dimensões avaliadas por amigos considerados mais chegados, como a hostilidade e a falta de competência social, estariam ligadas a uma organização insegura da vinculação (Kobak & Sceery, 1988).

Com a contribuição de outros estudos, também se verificaram relações significativas entre a segurança da vinculação e as relações com os pares nesta fase. Assim, a partir de uma amostra de adolescentes com dezasseis anos, a segurança estava correlacionada à qualidade das relações de amizade e a aceitação social pelos pares estava igualmente correlacionada com a segurança da vinculação do adolescente (Allen & Land, 1999).

Quando se fala em perturbação na vinculação na adolescência, a literatura pesquisada aborda a vinculação afectiva. Durante esta fase de desenvolvimento torna-se pertinente analisar a perturbação da vinculação com base na qualidade das relações que cada um estabelece com os outros. Apesar de essa qualidade depender das relações de vinculação infantis, a adolescência é marcada pela característica de procurar uma proximidade com o grupo de pares que mais tarde se afunilará para a procura de um (a) parceiro (a) (Bowlby, 1997).

Deste modo, o adolescente poderá passar por quatro etapas ao longo destas relações, que se descrevem na formação (apaixonar-se), manutenção (amar alguém), rompimento (sofrer por alguém) e na renovação de vínculos emocionais (Bowlby, 1997).

Em sequência deste processo, o foco de análise da perturbação da vinculação na adolescência incide no rompimento do vínculo afectivo, pois uma possível repetição de rupturas de vínculos afectivos que em tempos foram estabelecidos irão comprometer o ajustamento psíquico podendo assim ser uma das causas possíveis para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (Bowlby, 2006). Contudo os adolescentes podem apresentar alguns destes distúrbios que se manifestam *"na dificuldade em*

estabelecer ou manter vínculos afectivos, que em muitos dos casos, é possivelmente uma consequência de falhas de desenvolvimento que terão ocorrido numa infância vivida num ambiente familiar atípico" (Bowlby, 2006, p. 100).

Segundo a investigação neste âmbito, os adolescentes com um padrão de vinculação ambivalente relataram mais dificuldades interpessoais e mais sintomas psicopatológicos em comparação com adolescentes que apresentam um padrão de vinculação seguro e evitante (Brown & Wright, 2003). No contexto relacional afectivo um estudo realizado por Matos (2002), quando comparou dois grupos de adolescentes, um de padrão de vinculação segura e o outro de padrão de vinculação inseguro – ambivalente, observou relatos que os adolescentes com um padrão de vinculação inseguro – ambivalente apresentam relatos de mais experiências emocionais negativas acompanhados por comportamentos elevados de conflito e ciúme (Soares, Carvalho, Dias, Rios e Silva, 2007).

1.3. Vinculação no adulto

1.3.1. Desenvolvimento da Autonomia e da Intimidade

Relativamente à vinculação na idade adulta observa-se a importância da questão da autonomia e da intimidade (Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2007). Aqui o adulto assegura uma autonomia referente ao que é esperado à idade adulta, isto é, existe uma consolidação da identidade o que leva a uma diferenciação face aos pais, pois como factores inerentes a este período estão o fim da escolaridade e o inicio da actividade adulta. Consequentemente surge o objectivo de adquirir uma independência financeira em relação às figuras de vinculação primárias, tentando adquirir um espaço próprio onde prevalece a ideia de construir a sua própria família (Schaie & Willis citado por Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2007).

Os conceitos de autonomia e intimidade encontram-se relacionados, pois o desejo de partilha e independência inserem-se no contexto das relações íntimas. Assumem um papel fundamental para o desenvolvimento de novas tarefas desenvolvimentais, como o compromisso no contexto relacional e profissional e o desejo de atingir a parentalidade (Faria, Fonseca, Lima, Soares & Klein, 2007).

A qualidade destas relações está dependente das primeiras relações vividas. Como já foi referido, na infância as experiências carregadas de emoções negativas e de insegurança ao nível da segurança de que as necessidades seriam satisfeitas levarão à formação de um modelo interno dinâmico desadequado, comprometendo o estabelecimento destas novas relações afectivas (amizade e amorosas) *(*Miljkovitch, 2004).

Segundo o modelo interno dinâmico estabelecido em sequencia das experiências infantis, cada individuo constrói as expectativas relativamente do que pode esperar de si e dos outros aquando do inicio de uma nova relação, o que inclui a disponibilidade e responsabilidade transmitidas pelos cuidados das figuras de vinculação que são a base do desenvolvimento da percepção individual que posteriormente serão aplicadas de igual modo, influenciando relações interpessoais (Paiva & Figueiredo, 2003).

De acordo com a literatura, verifica-se que os adultos sentem-se mais seguros e confortáveis quando os parceiros se mostram disponíveis e interessados. Será sobre estas condições que o adulto se sentirá capaz de explorar o meio, isto é, será capaz em se comprometer em projectos de origem profissional, pessoal e de lazer. Em situações de desconforto, ameaça ou de outra situação de conflito, o parceiro é sentido como o "porto seguro" (Fraley e Shaver, 2000).

De acordo com as ideias anteriores, surgiu o modelo de vinculação do adulto que enquadra o indivíduo em quatro padrões de vinculação: Seguro, Preocupado, Desligado e Medroso (Bartholomew e Horowitz, 1991) (Figura 2)

Figura 2 – Modelo de Vinculação do Adulto (Bartholomew e Horowitz, 1991)

		Modelo de si	
		Positivo	Negativo
Modelo do Outro	Positivo	**Seguro** Confortável na intimidade e autonomia	**Preocupado** Preocupado com o relacionamento
	Negativo	**Desligado** Desligado da intimidade independente	**Medroso** Medo da intimidade Evitante Social

Continuando a linha de investigação e com o objectivo de tornar cada vez mais congruente a literatura da vinculação infantil e do adulto, outros autores mostraram que seria possível avaliar os padrões de vinculação íntima do adulto, de forma semelhante à avaliação infantil obtida por Ainsworth. Assim, Shaver, Hazan e Bradshaw (1988) estudaram a possibilidade de o amor romântico ser observado a partir das teorias de vinculação, tendo como objectivo encontrar relação entre ambos os conceitos e o modo como os indivíduos desenvolvem as suas relações amorosas e assim avaliaram três estilos: Evitante, Ansioso/ambivalente e o Seguro (Apostolo, 2002).

Segundo a investigação no âmbito da vinculação na fase adulta, surgiram resultados que comprovam que indivíduos com um padrão de vinculação inseguro tendem a ter dificuldades no relacionamento íntimo (Hazan & Shaver citado por Paiva e Fiqueiredo, 2003). Relativamente a indivíduos com padrão de vinculação segura é verificado que estabelecem relações afectivas com indivíduos com o mesmo tipo de vinculação, contudo, os indivíduos com um padrão de vinculação evitante procuram estabelecer relações afectivas com indivíduos com padrões de vinculação ambivalente, para que confirmem as suas experiências negativas e deste modo conseguem confirmar as expectativas construídas a partir do seu modelo interno dinâmico (Collins & Read, Kirkpatrick & Davis citado por Paiva & Figueiredo, 2003).

Assim, é necessário tornar a abordar a questão da sexualidade. Uma relação romântica nesta fase envolve sistemas comportamentais diferentes em relação à vinculação propriamente referida. Apesar de existir uma relação de vinculação com o parceiro, influenciada pelo comportamento de vinculação e pela prestação de cuidados, é importante ter em conta alguns aspectos.

Conforme referido anteriormente, o parceiro pode ser sentido de duas maneiras, ou como um "porto seguro" ou como um elemento gerador de desconforto. Neste caso a sexualidade contribui para a compreensão do amor romântico no adulto (Fraley e Shaver, 2000).

Segundo os autores anteriores, a vinculação e o comportamento sexual são regulados por sistemas diferentes, no entanto é inevitável considerar que se influenciam um ao outro. O adulto pode inibir o seu comportamento sexual perante o desconforto de ser ignorado pelo seu parceiro, mas também pode acontecer o contrário, quando o adulto evita relações íntimas e duradouras. Este aspecto está relacionado em evitar a

intimidade e dependência em relação a outra pessoa através do evitamento de sentimentos profundos (Fraley e Shaver, 2000).

1.3.2. Perturbação na Vinculação no Adulto

É claro que a existência de uma segurança sentida pelo indivíduo desde seu nascimento até à fase adulta é fundamental para um bom ajustamento psíquico, sendo essencial para a regulação emocional, como já foi referido. Estando em carência todo o processo de vinculação, o sujeito torna-se mais vulnerável para desenvolver eventuais perturbações mentais (Duquesnoy & Guedeney citado por Guedeney & Guedeney, 2002). Segundo os autores, "*o modelo interno dinâmico é um elemento-chave na compreensão das relações interpessoais enquanto a teoria da vinculação é mais evidente para uma melhor compreensão das perturbações mentais no adulto*" (Duquesnoy & Guedeney, 2004, p. 157).

A partir de estudos realizados com os instrumentos validados para avaliar a vinculação no adulto, conclui-se que existe uma relação significativa entre o padrão de vinculação insegura e estados de depressão (Cole-Detke & Kobak, Fonagy, Rosenstein & Horowitz citado por Soares, Carvalho, Dias, Rios & Silva, 2007).

Apesar de não existir muita investigação sobre relações significativas entre o tipo de padrão de vinculação e os estados de ansiedade, nos estudos realizados em pacientes com diagnóstico estabelecido, foi encontrada uma elevada prevalência de organizações preocupadas com perturbações de ansiedade (Rosenstein & Horowitz citado por Soares, Carvalho, Dias, Rios & Silva, 2007).

Congruente com o ponto anterior – desenvolvimento da autonomia e da intimidade – verificou-se que indivíduos classificam-se como seguros (na Adult Attachment interview, Main e Goldwyn, 1998), perante comportamentos negativos por parte do parceiro. Este dado deve-se ao facto de afirmarem que se comportam de uma forma mais construtiva perante tais comportamentos, e assim, não se consideram inseguros (Zimmermann, Maier, Winter e Grossmann, 2001 citado por Simpson, Collins, Tran e Haydon, 2007).

Num outro estudo (ver Brennan, Clark e Shaver, 1998), verificou-se que as mulheres que se consideram evitantes em relação à vinculação ao seu parceiro apresentam uma agressividade disfuncional face ao mesmo perante uma situação angustiante o que leva a não receberem o apoio necessário. As mulheres consideradas mais ansiosas apresentam também uma agressividade disfuncional em relação aos seus parceiros, mas só quando ultrapassam o estado de angústia ou stress, por não sentirem que estes ofereceram apoio durante o episódio de angústia e stress (Rholes, Simpson e Orina citado por Simpson, Collins, Tran e Haydon, 2007).

Contudo, e o mais pertinente para a investigação presente, torna-se importante referir que existem relações significativas entre a personalidade anti-social e o padrão de vinculação inseguro no âmbito do consumo de substâncias tóxicas no inicio da idade adulta (Allen, Hauser & Borman – Spurrel citado por Soares, Carvalho, Dias, Rios & Silva, 2007*).*

Conclusão

Para concluir, esta investigação teórica no âmbito da vinculação afectiva, foi realizada a partir dos inúmeros trabalhos realizados por autores que contribuíram para o esclarecimento do seu desenvolvimento enquanto variável presente no nosso desenvolvimento.

O desenvolvimento, a manutenção e interrupção dos laços afectivos é determinante no modo que cada indivíduo percepciona o seu mundo interno e o mundo que o rodeia. Ficou claro que cada uma das fases de desenvolvimento contém comportamentos característicos que dependem das relações afectivas primárias. A qualidade da prestação de cuidados vai determinar o tipo de relações que o mesmo estabelecerá no futuro.

No entanto, apesar da importância da qualidade das relações precoces, é muito importante salientar que a vinculação é influenciada ao logo da vida, por experiencias de natureza externa, mas que contribuem para a modificação dos modelos internos dinâmicos inicialmente desenvolvidos (Collins e Read, 1990).

O objectivo deste estudo é o de analisar a qualidade da vinculação em indivíduos toxicodependentes em comparação com indivíduos não toxicodependentes, pelo que antes de analisar os estudos que se debruçam sobre este ponto, faremos uma breve aproximação teórica á problemática do abuso de substâncias.

Capitulo 2 – toxicodependência

Introdução

O presente capítulo aborda as questões relacionadas com a Toxicodependência. Este conceito atinge muitos indivíduos, de ambos os sexos, de várias idades, mas são os indivíduos do sexo masculino que estão em maior percentagem. As suas vidas começam a ser determinadas em função de uma substância, tendo sempre como objectivo principal a obtenção da mesma.

Estima-se que cerca de 10% a 15% da população mundial sofre de dependência de substâncias.

Em Portugal, de acordo com o Relatório anual de 2008 do Instituto da Droga e da Toxicodependência, num estudo realizado em 2001 e em 2007, a partir da comparação dos resultados, verificou-se uma subida da prevalência do consumo ao longo da vida, houve um aumento de 8% para 12%. No entanto, apesar do aumento dos valores, verificou-se uma estabilidade relativamente ao consumo de qualquer droga nos últimos trinta dias (engloba pelo menos uma experiência de consumo de qualquer droga), verificando-se 2,5% tanto em 2001 como em 2007, e uma descida nas taxas de continuidade dos consumos passando de 41% para 31%. Mas Portugal continua a ser um dos países como menor prevalência no consumo de drogas, isto com excepção da Heroína em que os valores surgem como um dos mais altos (IDT, I.P, 2009).

Realça-se a importância do estudo da dependência de substância devido ao impacto que exerce na vida do indivíduo. Todas as áreas são afectas, desde as relações inter- pessoais até às condições psicológicas e físicas do mesmo.

Novamente, este capítulo reúne informação pertinente para uma compreensão mais profunda deste conceito que afecta uma grande percentagem de indivíduos do nosso país.

2.1. Evolução Conceptual do Consumo de Substâncias

Ao longo da história da humanidade, segundo Poiares (1999), o Homem procurou interferir no seu estado psíquico através do consumo de alguma substância. Dá-se como exemplo, o resultado das escavações arqueológicas que permitiram descobrir múmias de índios sul-africanos do ano 600 A.C, que foram sepultados com folhas de coca nos sarcófagos. Foram vários povos que se serviram de substâncias (especialidades botânicas) como meio condutor para uma maior aproximação com as divindades, socorrendo-se delas nos rituais religiosos (Wereber citado por Poiares, 1999).

Durante muito tempo, várias culturas recorriam ao consumo de substâncias com a finalidade de estabelecer uma ponte entre a vida que mantinham na realidade e a vida que idealizariam como "perfeita". Nesta altura, as drogas eram usadas no âmbito festivo, também como um meio terapêutico e sacramental, tendo vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, tornando-se objecto de estudo no contexto científico (Nunes & Jólluskin, 2010).

Entre o uso e o abuso de uma determinada substância está a "dose" administrada, que é o facto que remete para a diferença que existe entre remédio e veneno. Assim, quando se consumia uma substância, o seu efeito dependia da quantidade usada. Também como elemento de análise estava o modo como era utilizada, assim como a razão que levava à operacionalização do comportamento de consumir (Escohotado citado por Nunes & Jólluskin, 2010).

A visão sobre o consumo de substâncias foi-se modificando ao longo dos tempos. Por um lado, o modo como estas são utilizadas foi-se alterando e, por outro lado, a investigação científica contribuiu para o estudo dos efeitos produzidos por determinadas substâncias no organismo, levando a humanidade a reflectir sobre factores que dizem respeito ao impacto psicológico, físico, social e familiar do sujeito que consome (Seibel & Toscano, 2001).

Continuando a mesma linha orientadora dos autores anteriores, MacRae (2001) assume que o uso de substâncias adopta um "rosto" diferente no que diz respeito à época e à cultura. Daí surge a afirmação de que a "droga" adquire diferentes significados em diferentes ocasiões (Seibel & Toscano, 2001).

2.2. Conceito de Dependência

Intimamente ligado ao uso de substâncias, está o conceito de dependência, que com a evolução científica também sofreu algumas alterações ao nível conceptual. Contudo, e antes de uma breve abordagem histórica do conceito de dependência, é importante defini-lo. Assim, a dependência surge associada a um comportamento que potencia o desenvolvimento de uma situação em que o quotidiano do indivíduo é afectado nas diferentes áreas, e ainda, para além do indivíduo, todas as pessoas que os rodeiam também serão afectadas (Nunes & Jólluskin, 2010).

A dependência é o resultado de uma interacção entre o organismo e uma substância tóxica, que o individuo se sente compelido a consumir periódica ou continuadamente (Fonseca citado por Nunes & Jólluskin, 2010).

Segundo Schukit (1998) a dependência centra-se no papel que a substância desempenha na vida do sujeito que consome, com a consequente presença de problemas relacionados com a perda do controlo dos consumos, levando o sujeito a sentir grandes dificuldades. São essas dificuldades que levam o sujeito a consumir novamente (Nunes & Jólluskin, 2010).

A OMS (Organização Mundial de Saúde) em sequência da evolução retratada no uso/consumo de variadas substâncias, após a Segunda Guerra Mundial, responsabilizou-se pelas questões relacionadas com o álcool e outras drogas. Assim, em 1920, um médico do serviço público inglês focou-se em questões que estariam associadas à dependência: a tolerância, a síndrome de abstinência e a recaída (Toscano citado por Seibel & Toscano 2001).

Deste modo, a sua evolução surgiu primeiro na década de 50, onde as definições de adição envolviam aspectos do âmbito bioquímico. No entanto, em 1957, foi incluído o *"desejo físico irresistível acompanhado de factores psicológicos"*. Em 1964 surge o conceito *"dependência de drogas"*, que reúne a dependência e hábito num só conceito. Os critérios de dependência, ao álcool e a outras drogas, surgem no ano de 1970, descritos nos manuais DSM-III-R, DSM-IV e na CID-10. Ainda nesta década, a corrente behaviorista opõem-se às concepções da doença gerando alguma controvérsia

em torno dos conceitos, levando a OMS a associar *"síndrome de dependência de álcool"* às *"deficiências relacionadas ao álcool"*, combinando assim, a existência de um dependência física e uma dependência psicológica. Na década de 80 o conceito de dependência é incluído no discurso de uma *"nova saúde pública"*, incluído a sua importância na prática clínica (Toscano citado por Seibel & Toscano 2001, p. 21).

Os trabalhos de Vaillant (1999) são circunscritos ao álcool. Contudo, através dos seus estudos longitudinais permitiu que o estudo do conceito de dependência evoluísse, alargando-se assim, para o estudo da dependência de drogas. A compreensão deste fenómeno abrange diversos aspectos validando a necessidade da utilização de diagnóstico de doenças ou transtornos associados ao consumo, uma vez que são úteis para uma indicação terapêutica e/ou outras acções de saúde (Toscano citado por Seibel & Toscano, 2001).

O conceito de dependência é resultado do contacto que o indivíduo estabelece com a substância deixando a ideia de que a partir de um primeiro contacto com a mesma desencadeia uma futura dependência. No entanto, não se deve generalizar, uma vez que o contacto pode ser feito em situações, como por exemplo, uma intervenção cirúrgica, sem que o indivíduo se torne dependente da substância em questão (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Contudo no primeiro contacto do indivíduo com a substância, o prazer não é sentido e chega a sentir más sensações físicas (náuseas, vómitos). Apesar de este aspecto desencorajar alguns dos indivíduos, o que se verifica é que mesmo experienciando tais sensações, o alívio proporcionado pela substância prevalece levando à habituação deixando as primeiras sensações no esquecimento. Os aspectos que levam à repetição do acto de consumo circunscrevem-se na disposição do próprio individuo, que envolve o modo como o mesmo interpreta a sua história e as suas falhas pessoais e como se relaciona no meio em que está inserido (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

A dependência de substâncias é avaliada a partir da dependência física e psicológica. A primeira corresponde à adaptação fisiológica ao consumo habitual da substância, enquanto a segunda é um atributo de todas as substâncias, mediante o qual o consumidor tem a sensação de necessitar da droga para alcançar o seu melhor nível de actividade e bem-estar (Schukit citado por Nunes & Jólluskin, 2010).

No conjunto dos dois tipos de dependência, anteriormente mencionados, pode-se abordar a dependência comportamental que reúne as seguintes características: (Edwards, Arif & Hodgson citado por Widiger & Smith, 1996).

- ✓ Limitação comportamental – o uso de substâncias torna-se estereotipado segundo um modo regular de utilização diária ou quase contínua;
- ✓ Comportamento direccionado para obter a substância – torna-se uma prioridade no quotidiano do consumidor;
- ✓ Utilização compulsiva – aumento da ansiedade na condição de diminuição do controlo sobre a quantidade e frequência do uso;
- ✓ Aumento da tolerância, sintomas de privação repetidos e o uso para evitar esses mesmos sintomas;
- ✓ Susceptibilidade à recaída – tendência para o reaparecimento deste quadro clínico quando é retomado o uso após um período de abstinência.

Tendo em conta estas características, a formulação de critérios para diagnosticar a dependência de substâncias, tornou-se fundamental para auxiliar o profissional de saúde a intervir adequadamente em cada caso. Apesar destas características se encontrarem geralmente nos consumidores, é necessário ter em conta que cada indivíduo interpreta a sua experiencia de maneira diferente.

2.3. Diagnóstico Clínico

De acordo com o DSM-IV-R (2006), o indivíduo é dependente de substâncias quando apresenta sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que existe uma manutenção da utilização da substância apesar dos problemas significativos relacionados com mesma.

O conceito de dependência encontra-se intimamente ligado, em termos de semelhança de significado, a conceitos como a toxicomania, tolerância ou habituação, que consiste em todo comportamento associado ao uso/consumo de uma substância (Nunes & Jólluskin, 2010). Um padrão de auto-administração repetida resulta geralmente em tolerância (1), abstinência (2) e comportamento compulsivo (3) em relação ao consumo de drogas. A dependência está instaurada aquando da presença dos três ou mais

sintomas que já foram referidos e que ocorram em qualquer altura no mesmo período de 12 meses. Torna-se por isso importante caracteriza-los de acordo com a sua definição (DSM-IV-R, 2006).

A tolerância (1) representa a necessidade de ingerir quantidades crescentes para atingir o efeito desejado, ou surge, com diminuição acentuada do efeito quando é utilizada a mesma quantidade de substância. O grau de tolerância vária dependendo do tipo de substância que é ingerida devido aos diferentes efeitos que cada uma das drogas tem no sistema nervoso central (DSM-IV-R, 2006).

A abstinência (2) é sentida pelo indivíduo através de uma alteração comportamental provocada pela interrupção do consumo da substância que é utilizada frequentemente. Quando a abstinência é sentida pelo indivíduo, é provável que o sujeito consuma a substância como o objectivo de eliminar os sintomas físicos (DSM-IV-R, 2006).

O comportamento compulsivo (3) é transcrito no modo como o indivíduo utiliza a substância, isto é, aqui a substância é utilizada regularmente ao longo do dia, em grandes quantidades e por um período de tempo superior ao inicialmente pretendido (DSM-IV-R, 2006).

Apesar de os critérios principais terem sido apresentados, existem mais que podem estar presentes no comportamento dependente a uma substância. O indivíduo pode ter o desejo persistente de diminuir ou regular o uso da substância, existindo um historial de esforços, sem êxito em atingir o objectivo (4). Incluído nos mesmos critérios, encontra-se o tempo dispendido pelo indivíduo na obtenção e utilização de substância (5), estando todas as actividades quotidianas em torno da substância (6), levando assim, o individuo a perder o interesse nas actividades familiares, passando mais tempo com amigos, que por sua vez têm o consumo como interesse comum (7) (DSM-IV-R, 2006).

Após existir um diagnóstico da dependência, é de maior importância perceber que a relação droga - sujeito se estabelece não apenas por uma questão farmacológica. Bucher (1992), afirma que *"É a actividade simbólica e o conjunto de motivações que transformam uma substância psicotrópica em droga, levando à sua integração de maneira estável na estrutura motivacional do consumidor"*. A sua abordagem coloca o indivíduo activo, como qualquer ser humano, que utiliza símbolos como forma de comunicação, ou seja, através do consumo da substância, o indivíduo comunica consigo

mesmo e com o ambiente, tornando a substância química em "droga" que resulta de uma dependência num determinado contexto de relações entre actividades simbólicas e o ambiente. Assim, torna-se crucial compreender a interpretação que o indivíduo faz da sua experiência, do seu estado e da sua motivação para o consumo repetido da substância (MacRae citado por Seibel & Toscano 2001, p. 25).

2.4. Perturbações Associadas à Dependência

As perturbações associadas ao consumo de substâncias referem-se ao momento em que é diagnosticada uma doença ao indivíduo e que, por sua vez, tenha sido consequência do consumo. Contudo, uma vez que a dependência de substâncias é considerada uma perturbação, e tendo esta, uma outra perturbação associada a si, é necessário referir o conceito de "Duplo Diagnóstico" (Silveira citado por Borges & Filho, 2004).

Assim, o quadro clínico de um toxicodependente agrava-se com o aumento das enumeras características ligadas a diferentes e possíveis perturbações que dizem respeito ao tipo de personalidade apresentada (Links & Rutherford citado por Fabião, 2002).

Relativamente à questão da personalidade, segundo um estudo realizado por Kranzler (1994) com uma amostra de 50 dependentes de cocaína, observou-se que o tipo de personalidade predominante era *Borderline* (34%). Em seguida surge a personalidade Anti-Social e Narcisica (cada uma com 28%); a Evitante e Paranoide com 22%, a Obsessiva-compulsiva com 16% e por fim a personalidade Dependente com 10% (Kranzler et al. citado por Fabião, 2002).

Num outro estudo de Weiss, com o mesmo número de dependentes de cocaína, o objectivo centrava-se em observar relações significativas entre as perturbações de personalidade e o momento em que elas ocorriam: se era durante o período de consumo ou se no período de abstinência. Deste modo, os resultados demonstraram que a perturbação da personalidade é estável independentemente do período em que o toxicodependente se encontrar e dos padrões de consumo (Fabião, 2002).

Com igual importância, a depressão, transtorno inserido nas perturbações afectivas surge como uma das perturbações com mais prevalência nesta população (Costa, 1995).

Na sequência desta ideia, a depressão pode ser diagnosticada na presença de um diagnóstico do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). O impacto desta doença crónica no estado emocional de um toxicodependente é extremamente penoso (Gandra & Teixeira, 2010).

Devido a todas as alterações a que está submetido, o indivíduo sente emoções de espectro negativo como a raiva, a frustração, a culpa. Por ter sido infectado e agora perante um futuro incerto, a depressão e a ansiedade são as respostas que acompanham o processo de evolução deste vírus. O medo de contagiar alguém, o medo da alteração da imagem corporal leva a um declínio da auto-estima (Remor citado por Gandra & Teixeira, 2010).

A toxicodependência surge como um meio de aliviar a dor mental, o alívio imediato proporcionado pelo consumo permite que o indivíduo não sinta estados de humor depressivo. No entanto, existe um período de tristeza que atinge a maioria dos toxicodependentes, cerca de 50%. Trata-se do período de abstinência. Este período é marcado por uma incapacidade emocional de lidar com sentimentos de perdas afectivas e por sentimentos de exclusão e rejeição que até então estavam apenas camuflados pelo consumo (Costa, 1995).

Ao definir Dor Mental, é muito difícil encontrar um modo claro de o fazer, dado que é o corpo que é visto como o lugar da dor e não a mente. E é nesta questão que está a dificuldade em encontrar uma definição. Contudo a dor mental refere-se à incapacidade do aparelho psíquico suportar acontecimentos dolorosos. Pode-se afirmar que é uma dor sem sentido levando o indivíduo a sentir-se desamparado e desesperado, insignificante (Fleming, 2003)

2.5. Classificação das Substâncias Psico-Activas

Devido a uma diversidade abrupta de substâncias, a investigação teve o objectivo de estabelecer uma categorização que agrupasse as substâncias em função das suas

propriedades (Otero citado porNunes & Jólluskin, 2007). Deste modo, uma vez que o número de substâncias tem vindo a aumentar, a sua classificação pode ser orientada em duas ou mais direcções, mas, apenas irá ser abordada a classificação ao nível da acção na actividade psíquica e no efeito produzido no Sistema Nervoso Central (Lewin, Chalout citado por Nunes e Jólluskin, 2010).

Relativamente à actividade psíquica a classificação foi realizada ao longo de cinco grupos – 1) Calmantes da vida psíquica, 2) Agentes alucinogénicos, 3) Substâncias embriagantes, 4) Hipnóticos e 5) Estimulantes psíquicos (Nunes e Jólluskin, 2010).

Assim:

1) Os calmantes agrupam o ópio, a morfina, a codeína, a heroína entre outros opiáceos e são agentes que produzem uma redução ou inibição da emoção e da percepção que resulta num estado de bem-estar físico e psíquico;

2) Os alucinogénicos como o cânhamo indiano, o LSD, a Mescalina, entre outros, são de origem vegetal. Têm uma função "ilusória" o que resulta num estado de alteração de consciência que se descreve em alucinações e ilusões acompanhadas por alteração das sensações;

3) Os embriagantes como o álcool, a benzina, o éter, entre outros, provocam um estado inicial de excitação seguida de um período de depressão podendo ocorrer uma perda de consciência temporária;

4) Os hipnóticos como os coral e sulfonal são barbitúricos e deste modo têm como função a indução do sono;

5) Os estimulantes psíquicos como a cafeína, o tabaco, a cocaína, são também de origem vegetal e têm como função estimular através de manifestações regularmente acentuadas. (Lewin citado por Seibel e Toscano, 2001 e Nunes e Jólluskin, 2010).

2.6. Modelos teóricos e psicológicos do fenómeno da toxicodependência

A dependência de drogas tem sido alvo de estudo o que se reflecte em várias visões do fenómeno, desenvolvendo assim várias perspectivas que explicam os aspectos que se encontram em torno de toda a dinâmica do consumo de drogas.

Uma visão sobre apenas um dos modelos, apesar de correcto, demonstrar-se-á demasiado limitado, pois não vai conseguir explicar detalhes importantes que envolvem o acto do consumo de droga. Cada um dos modelos vistos individualmente vai determinar respostas incompletas (Neto, 1996). Assim, o conceito de toxicodependência exige *"uma partilha de linguagem e discursos"* que apresentem abordagens conceptuais que nos remetem para uma análise clara e ampla da toxicodependência (Fonte 2007, p. 240).

Estas contribuições teóricas abarcam o objectivo de oferecer uma explicação sobre o funcionamento psíquico do sujeito dependente que é determinado pela relação que desenvolveu com a substancia e não pela mudança que esta originou na sua relação com o mundo (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

2.6.1. Modelo Psicanalítico

Segundo este modelo a dependência de substâncias pode essencialmente ser explicada em função do funcionamento mental do indivíduo consumidor, e assim, são encontrados conceitos como: narcisismo, a regressão oral, a perversão, a relação de objecto analítica, o masoquismo, a fragilidade do ego e a angústia da separação do objecto (Guimarães & Flemming 2009).

Ainda que tivesse existido uma tentativa de encontrar separadamente cada um dos conceitos como modo de explicar o comportamento aditivo, em que o objectivo seria encontrar uma personalidade específica do uso de substâncias, a verdade é que se observou a presença de todos os conceitos estudados em todas as organizações e perturbações mentais (Guimarães & Flemming, 2009).

Apesar de não ser possível definir um tipo de personalidade específica do toxicodependente, este modelo lança o conceito de personalidade toxicofílica que

apresenta uma organização instintiva - afectiva que se encontra em geral na população toxicodependente. Assim, a atenção centra-se na compreensão do percurso biográfico do indivíduo, da importância da compreensão das relações precoces e experiencia pessoal, sendo também a relação familiar um factor importante para o acesso do mundo interno do indivíduo consumidor (Karon & Widener citado por Fontes, 2007).

Na base deste modelo está o facto de existirem lembranças inconscientes, que estando recalcadas, exercem um grande papel na produção dos sintomas. Estes sintomas surgem devido a uma luta existente entre as exigências das suas pulsões e as da vida social, em que o sujeito tenta estabelecer um equilíbrio entre os seus desejos e a sua adaptação à realidade (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

É a psicanálise que coloca no centro da vida psíquica, o *conflito*. Surge entre os desejos e a realidade externa levando ao desenvolvimento da ansiedade e tensão interior. Aqui a mente entra em diversos conflitos procurando uma adaptação recorrendo aos mecanismos de defesa que funcionam com o objectivo de minimizarem o conflito, de diminuir a tensão, e de manter o equilíbrio intrapsiquico (Bateman & Holmes, 1998).

As relações precoces apresentam um papel fundamental na explicação deste fenómeno, pois como já foi referido anteriormente, a qualidade destas relações vai determinar as relações futuras do indivíduo, e neste caso, as carências afectivas são um sintoma de uma vinculação baseada apenas na satisfação das necessidades básicas com a ausência de uma estimulação que impossibilitou a expansão da mente (Matos citado por Magalhães, 2008).

Segundo McDougall (2001) o toxicodependente apresenta um comportamento impulsivo de origem primária, onde a impulsividade surge através da relação de objecto que teve origem nas relações primárias. As carências a este nível levam o indivíduo a procurar no acto do consumo um alívio imediato da angústia sentida em relação ao objecto (Nakasu, 2006).

O toxicodependente apresenta uma dependência em relação ao objecto, sendo a teoria da vinculação a explicação para o desenvolvimento desta relação. Na mesma linha de orientação, a relação entre a mãe - filho vai determinar a construção do mundo interno que é responsável pelos recursos psíquicos do sujeito aquando da ausência da mãe

(objecto). Pressupondo que o bebé se torna ansioso na ausência do objecto, a tendência será para procurar constantemente a segurança maternal (Nakasu, 2006).

Deste modo, o consumo de droga é definido como uma tentativa de suicídio. O individuo tenta destruir o objecto interiorizado em tempos e que é sentido como desorganizador. Existe a hipótese da repetição do consumo não ser uma necessidade, mas um meio de afastar o receio de não ser amado e desejado (Rochel, 2009).

Assim o quadro clínico da toxicodependência está repleto de carências afectivas resultantes de relações precoces que levam o sujeito a obter comportamentos que possam camuflar essas mesmas carências. Deste modo, a droga surge como um "escudo contra o sofrimento" (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

2.6.2. Modelo Sistémico

Este modelo pretende dar ênfase a um sistema ao qual todos nós pertencemos ao longo da vida, ou por algum período de tempo, que é a família (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

A família surge como explicação deste fenómeno, sendo um local onde poderá surgir uma perturbação que irá afectar o indivíduo (Morel, hervé & Fontaine, 1998).

Enquanto o modelo psicanalítico realça as relações precoces e primárias, o modelo sistémico destaca a dinâmica familiar como um factor fundamental para a compreensão da toxicodependência (Penso, 2000).

Segundo Stanton (1988) verifica-se que na família de um toxicodependente, a figura paterna encontra-se ausente na maioria dos casos. Aqui a figura materna é descrita como super protectora (Penso, 2000). No entanto, a toxicodependência não surge com o excesso de cuidados maternos, mas por uma carência de cuidados que provoca no indivíduo, ainda criança, um padrão de apego patológico (Penso, 2000).

Assim a investigação da dinâmica familiar não desvaloriza a relação materna, mas realça a importância do impacto da ausência da imagem paterna na reconstrução da história do indivíduo (Penso, 2000).

À luz deste modelo, o meio ambiente (sistema) é responsável pela permanência do sintoma (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Tal como outras perturbações, nomeadamente as perturbações alimentares, a toxicodependência é um acto de comunicar através de comportamentos que incluem o corpo. Será a através dos consumos que o indivíduo transmitirá à família o que não consegue verbalizar.

Com o mesmo objectivo dos outros autores em compreender a toxicodependência à luz da abordagem sistémica, o autor Cancrini (1982) estudou este fenómeno aliando a abordagem psicanalítica á sistémica e defende que a dependência surge por causa de um conflito ou traumatismo provocado pelo papel do próprio toxicodependente como elemento familiar (Ayerbe, Espina, Pumar, Garcia & Santos, 1997).

Deste modo a dependência surge como um alívio da angústia dos conflitos familiares e permite um deslocamento, por parte de todo o sistema familiar em relação ao conflito latente, para o elemento toxicodependente de modo a justificar o comportamento de todo o sistema (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

2.6.3. Modelo Cognitivo

Na base deste modelo está a teoria do processamento de informação que explica a forma como o indivíduo recebe e processa a informação acerca de si e dos outros e que define o comportamento futuro do indivíduo perante uma determinada situação. Sempre que uma pessoa pensa, percepciona, recorda, tem sempre que recorrer ao processo de recuperação de informação anteriormente adquirida (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2003).

A toxicodependência é produto de um conjunto de comportamentos inadaptados que resultaram de um processamento de informação conturbado. O indivíduo influenciado pelo seu modo de pensar, reage e toma decisões que lhe são prejudiciais (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Perante uma situação conflituosa ou stressante o indivíduo vai fazer a sua interpretação e cria o seu esquema mental. As crenças irracionais são produto do

acontecimento conflituoso, produzindo um mal-estar emocional, e levando o indivíduo a sentir culpa, frustração. Deste modo, o sujeito, influenciado pelas suas crenças irracionais, procura o consumo com o objectivo de aliviar a angústia sentida (Fonte, 2003).

Posteriormente o indivíduo desenvolve pensamentos, crenças como: a denegação que leva o indivíduo a minimizar o seu grau de dependência; as expectativas dos efeitos que acompanham o significado da substância para o indivíduo e, neste caso, simboliza apenas o bem-estar; baixa tolerância perante o mal-estar; distorção das percepções de auto-eficácia que se observam nas frequentes recaídas e por último, o sentimento de culpa, desânimo e desistência (DiGiuseppe & Maclnerney citado por Fonte, 2007).

2.7. Compreensão sobre um estar de toxicodependente

Neste ponto pretende-se expor de forma mais aprofundada o indivíduo dependente de heroína, que devido à curta duração dos efeitos da mesma, apresenta diariamente uma postura de cansaço. Este cansaço é sentido através da intoxicação sonolenta juntamente com o desconforto físico que se descreve como um sintoma da abstinência (Dupont, 2005).

O individuo que seja consumidor regular desta substância, experiência a calma, tranquilidade e relaxamento que a mesma oferece como efeito, sendo assim claro, que sob o efeito de heroína, o individuo não vivencia ansiedade visto que é um opiáceo poderoso em inibir o organismo de reagir perante uma situação de stress (Dupont, 2005).

Como objectivo principal, o dependente quer sentir o efeito máximo da substância e aqui surgem os diferentes meios de administração da substância. O meio intravenoso é escolhido devido a ser o modo mais eficaz de estimular os centros de prazer do cérebro (Dupont, 2005).

Numa primeira fase, a heroína é sentida como um estado de "Lua-de-Mel". O indivíduo estabelece um contacto mais profundo com a mesma, adquire competências sobre as qualidades, as doses, as proveniências e as modalidades de consumo (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Inicialmente a heroína é consumida em alternância com outras substâncias, contudo, o pensamento centra-se na vontade de voltar a sentir o alívio oferecido pela heroína usando a crença de que interrompe os consumos sempre que quiser (Morel, Hervé & Fontainne, 1998).

Uma das substâncias que é consumida com a heroína é a cocaína. Esta substância surge para compensar o efeito demasiado "relaxante" da heroína, provocando um efeito de euforia e bem-estar. Muitos toxicodependentes consomem cocaina para promover o prazer sexual (Aragão e Sacadura, 2002).

Contudo, na prática clínica observa-se um número elevado de dependentes de cocaína que apresentam sinais de privação diferente dos dependentes de heroína. Aqui não existe o mal-estar físico, o cansaço extremamente visível, as frequentes dores musculares, no entanto, existem índices elevados de depressão e suas características, uma irritabilidade frequente, falta de energia, de sono, de motivação e de apetite (Aragão e Sacadura, 2002).

Assim, o consumo que antes era visto como "controlado" torna-se uma necessidade vital devido às alterações comportamentais que surgem com a síndrome de privação, onde o indivíduo entra em estados de depressão acompanhada por sintomas de ansiedade. Denota-se uma impulsividade que se traduz em estados passivo - agressivos, medo do fracasso, baixa auto-estima, ausência de esperança e uma baixa tolerância à frustração o que leva a uma busca imediata dos estados de bem-estar provocados pelo consumo (Kaplan, Sadock e Grebb citado por Nunes e Jólluskin, 2007).

A obsessão é permanente no quotidiano destes indivíduos e a pouco e pouco a degradação social, física e mental instala-se. A ambivalência entre o consumo e parar de consumir começa a ser sentida, dividindo-se entre uma luta em não consumir e em momentos de redescoberta dos estado proporcionados pelas substências. Os actos de consumo começam a ser momentos pobres e culpabilizantes (Morel, Hervé & Fontainne, 1998).

Na literatura encontram-se questões ligadas ao que leva o indivíduo a tornar-se dependente. A questão da vulnerabilidade está presente no processo de compreender melhor o conceito de dependência química, dado que este factor estende-se em diversos ramos que abarcam o desenvolvimento (vulnerabilidades bio - genéticas, ambientais,

antropológicas, sociais etc.). Contudo a vulnerabilidade psicológica parece contribuir para a implementação de uma possível dependência (Guimarães & Flemming, 2009).

O conceito de Dor Mental surge na tentativa de contribuir para a compreensão de um estar dependente, sendo descrito que existe uma associação entre a toxicodependência e os estados mentais dolorosos, existindo uma incapacidade do aparelho psíquico de lidar com os mesmos (Guimarães & Flemming, 2009).

De um modo geral, a toxicodependência surge como um modo de camuflar sentimentos indesejáveis e insuportáveis ao próprio sujeito (Magalhães, 2008), e uma vez alcançado um alívio mental, o indivíduo associa o consumo a um bem-estar que se vai tornar passageiro. Devido a aspectos ligados à dependência o sujeito começa a viver em função da substância (Patrício, 1997).

Todos os comportamentos têm a função de garantir a obtenção da droga com o objectivo de evitar sofrimento. Este processo inicia-se com o alívio da dor (física e psíquica). O indivíduo protege-se do mundo exterior que se tornou ameaçador pela vivência de situações traumáticas, descrevendo-se numa ameaça que advém da relação com os outros e que foram influenciadas essencialmente pelas relações precoces, ou seja, pela qualidade dos primeiros vínculos. Uma eventual perturbação desses primeiros vínculos e a sua evolução ao longo do desenvolvimento irá abrir caminho para a instalação da psicopatologia (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Conclusão

A toxicodependência é um conceito bastante complexo que reúne muitos factores explicativos de como se gera este estado de dependência. Para se compreender a toxicodependência é necessário perceber qual o significado que a substância tem e que papel desempenha na vida deste indivíduos.

Torna-se fundamental a integração destes conceitos para que haja uma resposta adequada e assertiva na prática clínica desta população.

Tendo em conta os aspectos anteriormente abordados, torna-se relevante explorar a relação existente entre a vinculação e a toxicodependência. Será que o abuso de substâncias pode ser considerado um sintoma proveniente das relações afectivas? No nosso entender pode haver uma relação significativa entre estes dois conceitos, por isso, faremos uma abordagem teórica do impacto das relações afectivas no desenvolvimento de uma possível toxicodependência e de que modo esta poderá influenciar o individuo na fase adulta.

Capitulo 3 – a vinculação na toxicodependência

No fenómeno da toxicodependência observa-se, tanto na experiencia clínica dos profissionais de saúde como na literatura o contributo dos vínculos afectivos e sua formação na compreensão da toxicodependência.

Ao longo de toda a investigação sobre a vinculação e toxicodependência, pode-se afirmar que existe uma relação significativa entre ambos os conceitos. Está presente em vários estudos científicos uma relação entre os acontecimentos vividos na infância e padrões emocionais que são exibidos posteriormente na idade adulta (Torres, Sanchez e Neto, 2004).

Assim a teoria da vinculação explica o desenvolvimento dos laços afectivos, inicialmente entre a criança e a figura significativa de apego e mais tarde entre o adulto e outro adulto. É a partir do comportamento de apego que o indivíduo sobrevive e mantém o contacto com aqueles que "cuidam" dele (Bowlby, 1985).

Como já foi referido no capítulo I, de acordo com a experiência laboratorial realizada por Ainsworth designada por "*Situação Estranha*" que se descreve em episódios onde a criança é colocada numa sala desconhecida permitindo os observadores de descrever o comportamento da criança, quando está sozinha com mãe (ou figura de vinculação), quando se encontra na presença de um estranho, quando é abandonada na companhia de um estranho; quando é deixada sozinha e por fim, quando se dá o reencontro com a mãe (cf. figura 1).

Assim, destacaram-se os três principais tipos de vinculação que representam diferenças fundamentais no modo como as primeiras relações sociais se estabelecem: tipo A – vinculação insegura - evitante; tipo B – vinculação segura; tipo C – vinculação inseguro – resistente ou ambivalente (Schaffer, 1996) (Cf. pg. 8).

Os estudos de Waters, Marrick, Treboux, Crowell e Albersheim (2000) e de Hamilton (2000) demonstram que, as classificações obtidas na escala de vinculação adulta pelos seus participantes, estão associadas a situações de vida negativas (Water, Weinfield e Hamilton, 2000).

A relação entre a vinculação afectiva e a toxicodependência resulta do facto de existirem histórias de perdas e carências precoces na vida dos dependentes e este aspecto é encontrado frequentemente na investigação empírica e científica (Flemming, 2005). Ainda segundo a mesma linha de pensamento, autores como Rosenfeld, Young, Kaufamnn e Olievenstein apresentam experiências infantis traumatizantes como factor originador de um futuro consumo de drogas (Flemming, 2005).

Uma situação de separação pode descrever-se em diversas situações, como por exemplo: divorcio dos pais, separação dos pais biológicos e adopção etc. Torna-se importante reforçar a ideia que a ameaça de perda gera ansiedade e a perda real causa tristeza, contudo a emoção que pode estar subjacente a esta situação é a raiva (Bowlby, 1990).

De acordo com a investigação, a população toxicodependente apresenta um padrão de vinculação insegura. A sua experiência relacional constitui-se através de experiências familiares traumáticas na infância, que leva ao desenvolvimento de uma insegurança relativa às relações próximas e amorosas, associada a sentimentos de abandono por parte dos parceiros (Torres, Sanchez e Neto, 2004).

Entre os estudos realizados sobre vinculação em toxicodependentes as conclusões são diversas, no entanto, fundamentam a base teórica desenvolvida por Bowlby.

Assim, Nunes e Alves (2008) realizaram uma análise biográfica de indivíduos com histórias de consumo recorrendo a uma abordagem qualitativa utilizando como instrumento o biograma, (Tinoco e Pinto citado por Nunes e Alves, 2008) destacando três categorias de análise em que uma delas se refere à história de vida. Esta categoria ainda conta com uma subcategoria que especifica o tipo de infância/vinculação. A importância do biograma como meio de investigação prende-se à possibilidade de encontrar acontecimentos ao longo do ciclo vital do indivíduo, permitindo aceder a uma tomada de consciência do papel dos mesmos na vida do indivíduo. Deste modo, numa amostra de 10 entrevistados, observaram que na categoria da história de vida, todos apresentaram um padrão de vinculação inseguro. Os indivíduos indicam as figuras parentais como perturbadoras no que é necessário para o desenvolvimento psíquico e emocional seguro e estável. Esta amostra apresenta comportamentos de vinculação adulta insegura, uma vez que a vinculação infantil não permitiu que houvesse um desenvolvimento de sentimentos de segurança, pertença e autonomia, para que fosse

possível estabelecer relações pessoais estáveis com o seu próprio Eu e com os outros (Nunes e Alves, 2008).

Outro aspecto presente na população toxicodependente é que, geralmente, apresentam problemas relacionais com o progenitor masculino, tendo assim, uma imagem distante e negativa do mesmo (Amaral Dias citado por Neto, 1996).

Para justificar o aspecto anterior Neto (1996) refere o conceito da Patologia da Perda que traduz uma falha de suporte e apoio (holding) por parte do progenitor do sexo masculino, estando na base variadas razões, como morte, separação dos pais etc. Assim na toxicodependência (mais em heroinodependentes) observa-se um "holding patológico" (Neto, 1996). Segundo Oltman e Vaillant (citado por Neto, 1996) o toxicodependente tem uma vivência de perda de um dos progenitores na infância em maior incidência que a população em geral.

Segundo Torrado e Ouakinin (2008) os indivíduos considerados toxicodependentes demonstram uma percepção da figura paternal durante a infância e adolescência como um elemento distante do ponto de vista afectivo – emocional. Segundo os resultados do mesmo estudo, é entre os 16 e 20 anos em que este distanciamento afectivo – emocional se acentua.

Deste modo, a substância ocupa uma função primária relativamente ao preenchimento da lacuna emocional, dando ao dependente a certeza de que pode sobreviver sem os outros significativos (Flemming, 2005).

Quando o indivíduo não se sente vinculado com as figuras significativas, este encontra na substância o meio de apaziguar o seu sofrimento. Será nesse contexto que vai haver uma procura de um "sentimento" que ofereça a possibilidade de resolver todos os conflitos psíquicos, sem que seja exigido a mínima reflexão mental (Apóstolo, 2002).

Segundo as contribuições teóricas de Bowlby (1985) e todos os estudos realizados com esta população, o comportamento de apego de um toxicodependente é dirigido à substância. É a substância que o mantém vivo, que cuida dele, não deixando que o mesmo caia nas malhas do seu próprio Eu, tal como a figura de apego o protegeria de todo o mal do seu ambiente.

Apesar deste comportamento se manter ao longo de todo o desenvolvimento, não se pode considerar que a toxicodependência seja exclusivamente um resultado de uma patologia desenvolvida na infância. Este facto deve-se à evidência de que a psicopatologia é considerada uma consequência do desenvolvimento psicológico de uma pessoa ter seguido um desvio anormal (Bowlby, 1985).

Assim, o comportamento toxicodependente pode surgir como um "*reflexo de um distúrbio da capacidade para estabelecer vínculos afectivos, em virtude de uma falha no desenvolvimento infantil ou de um transtorno subsequente*" (Bowlby, 1990, p. 99).

O termo, relação de objecto, está intimamente ligado às questões afectivas integrantes do funcionamento psíquico do indivíduo toxicodependente. Deste modo torna-se crucial abordar esta questão para se compreender melhor qual o efeito que as relações objectais têm na toxicodependência.

O significado de relação de objecto encontra-se pelo facto do toxicodependente utilizar a substância como meio de proteger o seu mundo interno, que se encontra fragilizado por questões já referidas. O sujeito encontra-se numa tentativa de corrigir a sua relação com o mundo, com os outros, que sempre foi vivida como desagradável (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

A relação com a droga traduz-se como uma regressão, uma vontade extrema de obter um sentimento de harmonia e de segurança, tal como se passa numa dependência primária, onde o bebé se sente protegido do perigo de uma separação inacessível. O consumo em si, o acto contínuo de usar a substância, permite salvaguardar uma sensação equivalente à de uma dependência primária (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

A regressão observa-se também em duas situações um pouco distintas. Uma diz respeito ao próprio consumo, em que perante o mesmo, o indivíduo está à espera de sentir o efeito, tal como no comportamento de vinculação, em que o bebé expressa a sua angústia através do choro e assim espera que a figura de vinculação satisfaça o seu desejo. A droga não desilude, tal como a figura de vinculação. No entanto, estas relações sofrem rupturas e conseguem desenvolver no indivíduo sentimentos negativos relativos à sua existência (Morel, Hervé e Fontaine, 1998). Por exemplo, em situação de tratamento, o toxicodependente experiencia estes sentimentos negativos e leva-o a um estado de depressão que antes era "tratada" com a relação que mantinha com a

substância. A outra situação de regressão é precisamente no contexto de tratamento. O indivíduo quando se encontra abstinente, sonha com a substância, recorda o que a mesma lhe proporcionava. Este sentimento é igual ao que se sente no contexto relacional com a figura de vinculação (Neto, 2006).

Tais sentimentos negativos surgem na altura da interrupção dos consumos aquando do tratamento e nos episódios de recaída (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

Neto (1996) afirma que muitos toxicodependentes apenas conseguem permanecer abstinentes se sentirem que têm outro meio que lhes assegure estabilidade e segurança e que de certo modo, passe a ser um substituto da substância consumida.

Como o objectivo do comportamento de vinculação é o de manter a segurança através da manutenção do laço afectivo, qualquer situação em que o indivíduo sinta o rompimento desse laço, a sua acção dirigir-se-á para a sua preservação (Bowlby, 1985).

Assim, um sujeito dependente apresenta, geralmente, níveis altos numa das perturbações associadas à dependência: a depressão. A depressão ou tendência depressiva desenvolve-se a partir de sentimentos de perda, de separação que geralmente são sentidos na primeira infância e na segunda infância. Deste modo, o acontecimento de separação tem um poder catastrófico no psíquico da criança, pois a ausência de uma organização mental impossibilita a compreensão do significado da mesma (Berger, 2003).

Mais uma vez as perdas na infância são o factor com mais peso no que diz respeito aos vínculos afectivos. Segundo alguns estudos, com resultados coerentes, os sintomas de depressão, a delinquência, o suicídio são apenas alguns das características que se salientam no indivíduo que apresenta uma incapacidade de estabelecer e de manter vínculos afectivos. (Bowlby, 1990).

Com base em toda a investigação desenvolvida no âmbito da vinculação afectiva relacionada com a toxicodependência, verifica-se de facto uma grande influência da qualidade dos vínculos afectivos na infância com o inicio do consumo de substâncias. Mas será igualmente importante verificar se o consumo de substâncias tem alguma influência, se exerce alguma mudança, na vinculação do adulto. Assim, são as emoções que podem estar na base da compreensão deste aspecto.

Deste modo, as emoções são construídas a partir de factores internos e externos que vão desencadear respostas adaptativas face ao meio em que o individuo se insere. As drogas são um factor externo regulador de humor (Cooper, Frone, Russel e Mudar citado por Magai, 1999) e de afecto (Magai, 1999).

A vinculação adulta compreende-se a partir de conceitos como a autonomia e a intimidade que se relacionam com o desejo de partilha e independência nas relações íntimas (Faria, Fonseca, Lima, Soares e Klein, 2007). Contudo, esta percepção, no toxicodependente encontra-se comprometida devido ao consumo que funciona como um elemento perturbador na identificação e reconhecimento de emoções (Freitas Magalhães e Castro citado por Santos e Magalhães, 2010).

Os toxicodependentes tendem a ter mais dificuldade em reconhecer emoções negativas, tendo estas sido afectadas pelo consumo (Santos e Magalhães, 2010). O reconhecimento de emoções está associado a aspectos do foro psicobiológico e neurológico, que por sua vez o consumo de substâncias vai alterar, levando a uma dificuldade na identificação de emoções (LeDoux, Cicchetti, Xagoraris, e Romanski citado por Santos e Magalhães, 2010).

As drogas contêm um peso fundamental na regulação de emoções, pois esta população exprime uma intolerância em relação aos afectos. Com o consumo, o indivíduo consegue manipular os estados internos (Fabião, 2002).

Quando a toxicodependência está presente esta dificuldade prevalece, no entanto, os indivíduos que se encontram em abstinência tendem a melhorar esta dificuldade no reconhecer e identificar emoções à medida que vão evoluindo no processo de abstinência (Fabião, 2002).

Perante estes factos, pode-se encontrar uma influência significativa do consumo de substâncias na vinculação do adulto, pois, a identificação e reconhecimento de emoções é crucial na percepção correcta do indivíduo em relação a si e aos outros que o rodeiam. Deste modo denota-se a importância de investigação posterior neste contexto de modo a suplementar a investigação já existente, tendo como objectivo melhor intervenções terapêuticas ao nível do tratamento desta população.

Parte II – Parte Prática

Capitulo 4 – Estudo Empírico

4.1. Pertinência do estudo

O corrente estudo torna-se útil ao contribuir para a investigação no âmbito da vinculação afectiva na toxicodependência (e.g.Torres, Sanchez e Neto, 2004; Guimarães e Fleming, 2009; Nunes e Alves, 2010; Apóstolo 2002; Cavaco, Jesus e Resende, 2010) e, também, porque se trata de uma preocupação social e clínica. As questões relacionadas com o desenvolvimento da vinculação no indivíduo consumidor envolvem a importância desta e de futuras investigações.

É evidente a necessidade de investigação a este nível, pois os trabalhos realizados sobre a vinculação (e.g. Bowlby, 1985; Waters, Weinfield e Hamilton 2000; Waters Merrick, Treboux, Crowell e Albersheim, 2000) demonstram que existem relações significativas entre as experiências vividas na infância e os padrões de vinculação desenvolvidos até ao estado adulto. Deste modo a toxicodependência surge como uma consequência de um possível trauma infantil e como um meio de atenuar as angústias provenientes do desenvolvimento de uma vinculação insegura (Magalhães, 2008).

Este estudo tem como base a ideia de que a vinculação afectiva surge como um dos aspectos psicológicos que explica o fenómeno da toxicodependência na idade adulta. Existem elementos emocionais associados à vinculação durante a infância que se expressam nas relações de vinculação na idade adulta (Weiss citado por Canavarro, Dias e Lima, 2006, p. 4).

Apesar da consistência do aspecto anterior, a vinculação no adulto é também influenciada durante a vida. Isto é, surgem acontecimentos que podem desestruturar o individuo levando à modificação dos modelos internos estabelecidos da relação com as figuras primárias de vinculação (Bartholomew e Shaver; Collins e Read citado por Canavarro, Dias e Lima, 2006).

A importância deste estudo recai sobre uma intenção de promover o conhecimento sobre os conceitos que envolvem a vinculação afectiva e de que modo influência o

desenvolvimento humano. Por outro lado, a toxicodependência poderá influenciar a vinculação adulta, uma vez que "mascara" as emoções em relação ao próprio indivíduo e em relação ao que o rodeia.

4.2. Objectivos do estudo

Neste estudo o que se pretende é verificar a vinculação afectiva em toxicodependentes, e perante a complexidade do conceito – toxicodependência – é necessário tornar a vinculação como objecto de estudo. Será através dela que se obterá a quantidade de informação necessária para se compreender o fenómeno da dependência de substâncias (Maroco, 2007).

Por outro lado, sendo o estar Toxicodependente, a condição actual do grupo de estudo, pretende-se estudar estar variável, tentando obter dados pertinentes relativos à possibilidade de esta condição puder ter alterado de algum modo o padrão de vinculação no adulto. Apesar da variável tratamento não constituir uma variável deste estudo, não podemos esquecer a sua influência a nível psicológico em indivíduos que se encontram integrados num programa de tratamento.

Assim, os objectivos específicos são:

1. Analisar a qualidade das memórias de infância de adultos consumidores de substâncias;

2. Verificar a relação existente entre as memórias de infância e o consumo de substâncias;

3. Observar diferenças significativas entre as memórias de infância em diferentes tipos de consumidores;

4. Observar a influência das memórias de infância na situação familiar em adultos consumidores;

5. Observar diferenças significativas nas memórias de infância entre adultos consumidores e não consumidores;

6. Analisar a qualidade dos vínculos afectivos em adultos consumidores de substâncias;

7. Verificar a relação existente entre a vinculação adulta e o consumo de substâncias;

8. Observar diferenças significativas entre a vinculação adulta em diferentes tipos de consumidores;

9. Observar a influência da vinculação adulta na situação familiar em adultos consumidores;

10. Observar diferenças significativas nas memórias de infância e na vinculação adulta entre adultos consumidores e não consumidores;

Para a realização deste estudo, contou-se com uma amostra de utentes, que se encontram em tratamento, no CRI-PORTO OCIDENTAL, e, contou-se com a participação de uma amostra da população em geral. Assim, é possível definir o objectivo de observar diferenças e/ou semelhanças significativas em relação às memórias de infância e adolescência; e aos padrões de vinculação adulta, sendo a toxicodependência a variável considerada pertinente para alcançar aos objectivos pretendidos.

4.3. Limitações do estudo

As limitações existentes na realização do corrente estudo, observaram-se ao nível da administração dos instrumentos escolhidos para o mesmo. A presença da dificuldade em

obter utentes, uma vez que a administração dos instrumento deveria decorrer em contexto de consulta.

Para contornar esta dificuldade, foi dirigida à Delegação Regional do Centro, um pedido de autorização, para que a aplicação dos instrumentos fosse distribuída, pelos CRIS da zona centro. Depois de meses de espera, obteve-se uma resposta negativa.

O objectivo deste pedido seria um meio de ultrapassar o facto de esta população ter vindo a ser alvo de muitas investigações nos últimos tempos, tornando os utentes intolerantes ao facto de responderem a questionários e escalas de medida sobre objectos de estudo pertinentes para a investigação na toxicodependência.

Foi proposto distribuir a administração pelas equipas de tratamento do centro, sendo prevista a resposta de dez (10) em cada uma delas.

Com isto, diminui-se a amostra de utentes inicialmente definida.

Uma outra limitação deste estudo está no facto de os indivíduos dependentes responderem a uma escala de memórias de infância. As respostas podem ser enviesadas, uma vez que o consumo duradouro afecta a memória e no recordar de situações passadas. No entanto, procedeu-se à realização do estudo, tendo em conta esta possível condição.

4.4. MÉTODO

4.4.1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo está formada por dois grupos distintos, isto é, existe um grupo de estudo um grupo de controlo. O primeiro grupo é composto por um conjunto de quarenta (40) utentes em tratamento de dependência de substâncias ilícitas. O segundo grupo está constituído por quarenta (40) indivíduos de ambos os sexos da população em geral, aos quais lhes foi pedido para responderem aos instrumentos escolhidos para esta investigação. Este grupo possibilita a comparação de resultados com o grupo de controlo e deste modo poderá obter-se diferenças e semelhanças entre ambos.

Ambos os grupos foram escolhidos aleatoriamente, ou seja, todos os indivíduos da amostra foram escolhidos ao acaso. Deste modo a amostra é considerada aleatória simples.

Segundo Weiner é na adolescência que se estabelece o primeiro contacto com uma substância, contudo, é na idade adulta (a partir dos 21 anos) que se instaura a dependência (Weiner, 1995). Assim, a amostra de estudo constitui-se por indivíduos adultos.

4.4.2. Instrumentos Utilizados

4.4.2.1. Questionário Sócio-Demográfico

Este questionário, para o grupo experimental, engloba um total de sete questões. Abordam os dados sócio-demograficos (género e idade), habilitações literárias, situação familiar/agregado familiar e as últimas três questões referem-se à história geral do consumo de substância (droga principal de consumo, a idade do primeiro consumo, idade do inicio do consumo regular).

Para o grupo de controlo, o questionário sofreu pequenas alterações. Foram retiradas as questões relativas aos consumos dado que o grupo é constituído por indivíduos não dependentes.

4.4.2.2. EMBU – Inventory for Assessing Memories of Parental Reading Behaviour

Para aceder às memórias de infância relativas às práticas parentais, escolheu-se o EMBU (Parris, Jacobson, Lindstorm, von Knorring & Perris, 1980; Versão validada para a população portuguesa por Canavarro, 1996). Para ser possível a sua administração, solicitou-se a autorização à autora da validação para a população portuguesa, Drª Maria Cristina Canavarro por via e-mail.

Quando foi concebido, este inventário era constituído por 81 itens, que se agrupavam em 14 dimensões de práticas educativas. Posteriormente foram retirados alguns dos

itens, formando um conjunto de 23 no total. Este número diz respeito ao inventário validado para a população portuguesa (Canavarro citado por Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira e Marinho, 2004).

Assim, o uso do EMBU permite avaliar com que frequências ocorreram determinadas práticas educativas, em relação ao pai e à mãe, separadamente. Os inquiridos respondem numa escala de 3 pontos, de tipo Likert, que vai desde "Não, nunca" a "sim, a maior parte do tempo" (Pereira, Canavarro, Cardoso e Mendoça, 2002). Os 23 itens agrupam-se e formam 3 dimensões específicas das práticas educativas: Suporte Emocional, Rejeição e Superprotecção.

A dimensão *Suporte Emocional* define-se com "os comportamentos dos pais perante o filho que o fazem sentir confortável e lhe confirmam a ideia de que é aprovado e amado como pessoa pelos seus progenitores" (Pereira, Canavarro, Cardoso e Mendonça, 2002, p. 137). Um exemplo de um dos itens desta dimensão é: "Os meus pais contribuíram para que a minha adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida". A medida desta dimensão obtém-se com somatório dos 7 itens que o compõem, separadamente para o pai e para a mãe (Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira e Marinho, 2004).

A dimensão *Rejeição* diz respeito aos "comportamentos dos pais que visam modificar a vontade dos filhos e que são sentidos por estes como uma rejeição de si próprio como individuo" (Pereira, Canavarro, Cardoso e Mendonça, 2002, p. 137). Um exemplo dos itens desta dimensão é: "Os meus pais criticavam-se à frente dos outros". A medida desta dimensão obtém-se com somatório dos 9 itens que o compõem, separadamente para o pai e para a mãe. (Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira e Marinho, 2004). Contudo, nesta dimensão, existe uma diferença relativa ao somatório dos itens para ambos os progenitores. Assim, para o pai retira-se o item 21, apenas se somam 8 itens, dado que este item não apresenta níveis de consistência interna considerados mínimos, nem contribui para o factor com um peso significativo (Canavarro citado por Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira e Marinho, 2004).

A dimensão *Superprotecção* é definida pela autora como um "controlo comportamental, caracterizado por comportamentos de intrusão, contacto excessivo e infantilização e que visa impedir comportamentos de independência nos filhos" (Pereira, Canavarro, Cardoso e Mendonça, 2002, p. 137). Um exemplo dos itens desta dimensão é:

"Desejava que os meus pais se preocupassem com o que eu fazia". A medida desta dimensão obtém-se com somatório dos 7 itens que o compõem, separadamente para o pai e para a mãe (Rodrigues, Figueiredo, Pacheco, Costa, Cabeleira e Marinho, 2004).

Para avaliar as memórias que os adultos possuem em relação às práticas educativas que foram alvo na infância e adolescência, o EMBU é o inventário referido na literatura como o mais fidedigno, precisamente pelas suas qualidades psicométricas que foram testadas em vários estudos em diferentes países (Pereira, Canavarro, Cardoso e Mendonça, 2002). Em Portugal, os estudos psicométrico realizados pela autora, apresentaram igualmente bons índices de fiabilidade e validade (Canavarro citado por Pereira, Canavarro, Cardoso e Mendonça, 2002).

4.4.2.3. EVA – Escala de Vinculação Adulta

Para o estudo da vinculação adulta optou-se pela Escala de Vinculação Adulta (EVA) (Collin e Reads, 1990; versão validada para a população portuguesa por Canavarro, 1995). Antes de a escala ter sido validada pela autora portuguesa, esta era conhecida como a Adult Attachment Scale – R. A autorização para a utilização deste instrumento obteve-se do mesmo modo tal como foi descrito na EMBU, por via e-mail.

Esta escala foi elaborada na década de 80 por Hazan e Shaver (1987) e era constituída por 15 itens, ou seja, 5 itens para cada padrão de vinculação. Posteriormente foram acrescentados 6 novos itens para incluir duas dimensões fundamentais da vinculação que não estavam incluídos no instrumento original. Assim, 3 itens correspondiam a crenças sobre a disponibilidade da figura de vinculação e a sua resposta quando requerida. Outros 3 itens correspondiam a reacções à separação da figura de vinculação. Deste modo, numa versão preliminar, a escala era constituída por 21 itens no total. Contudo, como resultado de vários estudos psicométricos, a escala final apresenta um total de 18 itens (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

EVA permite avaliar o tipo de vinculação que os indivíduos estabelecem com os parceiros através da resposta de cada um deles. Deste modo, as respostas são dadas numa escala tipo Likert de 4 pontos que vai desde "Nada característico em mim" até "Extremamente característico em mim" (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

Os 18 itens agrupam-se em três dimensões específicas da vinculação do adulto: Conforto com a proximidade, Confiança nos Outros e Ansiedade.

A dimensão *Conforto com a Proximidade* (*Close*) avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas. Um exemplo de um dos itens desta dimensão será: "Estabeleço, com facilidade, relação com as pessoas". A medida deste factor obtém-se através do somatório dos 6 itens que o compõem (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

A dimensão *Confiança nos Outros* (*Depend*) avalia a forma como os indivíduos sentem poder depender dos outros em situações nas quais necessitam deles. Um exemplo de um dos itens desta dimensão é: "Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas". A medida desta dimensão obtém-se através do somatório dos 6 itens que a compõem (Canavarro, Dias e Lima, 2006)

A dimensão *Ansiedade* (*Anxiety)* avalia o grau em que o individuo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado. Um exemplo de um dos itens desta dimensão é: "Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem". A medida desta dimensão obtém-se através do somatório dos 6 itens que a compõem (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

De acordo com os estudos realizados a escala apresenta características psicométricas que permitem a sua utilização científica e clínica. Relativamente à fiabilidade e validade, os resultados são bastante bons, contudo, a consistência interna das dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros, avaliada através do *Alpha de Cronbach* apresentou valores um pouco inferiores ao desejado (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

Perante este aspecto, a autora afirma que estas dimensões diferenciam a população em geral da população clínica e que mostram bons elementos na construção de padrões da Vinculação Adulta (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

4.5. Procedimento

A recolha da amostra foi efectuada numa das unidades de tratamento da toxicodependência do Porto, mais especificamente, no CRI (Centro de respostas integradas).

O processo de recolha de dados baseou-se na administração dos instrumentos. Todos os participantes foram informados sobre os objectivos do estudo, bem como a importância da sua participação tenho sido obtido o seu consentimento informado. Foi ainda dada a informação relativa à confidencialidade e à possibilidade de desistir da participação a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo.

Foi dada a cada participante a possibilidade de colocar qualquer questão relativa à investigação com o objectivo de não haver qualquer tipo de dúvida acerca da sua participação.

A administração teve uma especial atenção por parte da investigadora, dado que qualquer tipo de distracção poderia comprometer a resposta do inquirido, pois os objectos de estudo podem desenvolver uma certa resistência levando o participante a desviar-se das questões e responder de acordo com a desejabilidade social.

4.6. Análise e Interpretação dos Resultados

4.6.1. Caracterização geral das amostras

A amostra geral é constituída por 34 mulheres e por 46 homens. As idades estendem-se entre um mínimo de 19 anos e um máximo de 62 anos, sendo a média de 36, 67 e o desvio padrão de 10, 837. Sendo o desvio padrão de 10, 8, a amostra apresenta-se um pouco dispersa. Os dados distribuem-se normalmente dado que os valores do coeficiente de assimetria e do coeficiente de curtose se localizam entre - 0,5 e 0,5 (Maroco, 2007).

Relativamente à escolaridade da amostra geral (n=80), verifica-se que o maior número de sujeitos tem a escolaridade mínima obrigatória (n=21) seguido por um elevado número de sujeitos licenciados (n=19) (quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição quanto à escolaridade (N=80)

	Frequência	%
Não completou o 1º ciclo	5	6,3
1º Ciclo (4ª classe)	10	12,5
2º Ciclo (6º ano)	14	17,5
3º Ciclo (9º ano)	11	13,8
Ensino Secundário	21	26,3
Licenciatura	19	23,8
Total	80	100,0

Quanto à "situação familiar" (com quem vive na tabela 6) verifica-se que a maioria dos sujeitos encontram-se a viver sozinho (a) (n=17). Contudo 16 dos inquiridos vivem com os pais, 13 estão em união conjugal, e o mesmo número vive igualmente com pais e irmão (s) (quadro 2).

Quadro 2 - Distribuição quanto à questão "com quem vive" (N=80)

	Frequência	%
Pais	16	20,0
Irmão (s)	5	6,3
Esposa (o) / companheira (o)	13	16,3
Filhos	6	7,5
Sozinho (a)	17	21,3
Amigos (as)	2	2,5
Pais e Irmãos	13	16,3
Companheiro (a) e filhos	7	8,8
Pais, Irmão (s) e filho (s)	1	1,3
Total	80	100,0

4.6.2. Caracterização da Amostra Toxicodependente

Os dados que se seguem correspondem à amostra constituída pelos 40 utentes do CRI PORTO-OCIDENTAL. Define-se como Grupo 1 da amostra geral utilizada para este estudo.

Deste modo, este grupo é constituído por 33 homens e 7 mulheres. As idades compreendem-se entre um mínimo de 23 anos e um máximo de 59 anos, sendo a média de 38, 52 anos e o desvio padrão de 7,6. Apesar do valor do desvio padrão ser menor do que na amostra em geral, este grupo apresenta-se um pouco disperso relativamente à média. Os dados apresentam uma distribuição normal, uma vez que os valores de assimetria e de curtose estão entre o -0,5 e 0,5 (Maroco, 2007).

Os dados relativos à variável escolaridade indicam que a maioria dos inquiridos apresenta uma escolaridade não superior ao 6º ano (n=14) (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição da escolaridade (N=40)

	Frequência	%
Não completou o 1º ciclo	5	12,5
1º Ciclo (4ª classe)	4	10,0
2º Ciclo (6º ano)	14	35,0
3º Ciclo (9º ano)	8	20,0
Ensino Secundário	9	22,5
Total	40	100,0

No que diz respeito à "situação familiar" (com quem vive), observa-se um elevado número de sujeitos que vivem sozinhos (n=13), como se pode verificar no quadro 4.

Os valores que apresentam mais importância para este estudo, dizem respeito ao facto de 8 dos inquiridos viverem com os pais, 3 vivem com esposa (o) ou companheira (o), e apenas 1 se encontra a viver com companheiro (a) e filho (s).

Quadro 4 – Distribuição quanto à Situação Familiar (com quem vive) (N=40)

	Frequência	%
Pais	8	20,0
Irmão (s)	5	12,5
Esposa (o) / companheira (o)	3	7,5
Filhos	2	5,0
Sozinho (a)	13	32,5
Amigos (as)	2	5,0
Pais e Irmãos	6	15,0
Companheiro (a) e filhos	1	2,5
Total	40	100,0

Este dado vai ao encontro dos resultados obtidos no estudo realizado recentemente por Cavaco, Jesus e Rezende (2010). Não tendo exactamente as mesmas conclusões, observou-se que a maioria dos indivíduos deste grupo encontra-se a viver sozinho ou com a família nuclear. Enquanto no estudo referido, os grupos de toxicodependentes encontra-se, na sua maior, divorciado ou separado (Cavaco, Jesus e Rezende). De uma maneira ou de outra, geralmente os indivíduos consumidores apresentam uma maior instabilidade ao nível familiar do que indivíduos não consumidores. Esta realidade pode ser influenciada pelo consumo, sendo este um factor que afecta todas as áreas da vida do sujeito que consome.

Posteriormente este dado será submetido a uma análise mais profunda, para obter mais informação sobre a prevalência desta condição no estudo presente.

Este grupo apresenta uma história relativamente aos consumos. Quanto à droga principal de abuso, observou-se uma maior incidência entre o consumo de heroína (n=16) e o consumo de heroína e cocaína (n=14). Contudo, os restantes sujeitos (n=10) distribuem-se entre o consumo de cocaína (n=5) e de heroína, cocaína e cannabis (n=5) (Quadro 5)

Quadro 5 - Distribuição quanto à Droga de Abuso (N=40)

	Frequência	%
Heroína	16	40,0
Cocaína	5	12,5
Heroína e Cocaína	14	35,0
Heroína, cocaína e cannabis	5	12,5
Total	40	100,0

Relativamente à idade do primeiro consumo, a amostra apresenta uma média de 18,65 e um desvio padrão de 5,18. Isto significa que o primeiro consumo surgiu na altura dos 18 anos dos inquiridos e que se encontram relativamente dispersos uns dos outros. No entanto apresenta um mínimo de 12 anos e um máximo de 39 anos no que diz respeito a esta variável.

Quanto à idade do consumo regular, ou seja, a idade em que a dependência se instaura, a amostra apresenta uma média de 20 anos e um desvio padrão de 5, 013. Os indivíduos apresentam-se novamente pouco dispersos. A idade do inicio do consumo regular situa-se entre os 14 e os 39 anos.

4.6.3. Caracterização da Amostra Não Toxicodependente

Os dados que se seguem correspondem a uma amostra de 40 indivíduos da população em geral.

Assim, este grupo é constituído por 27 mulheres e 13 homens. As suas idades encontram-se entre um mínimo de 19 anos e um máximo de 62 anos sendo a média de 34 anos e o desvio padrão de 13 o que significa que a amostra se encontra dispersa em relação à média. A distribuição dos dados não se realiza normalmente uma vez que os coeficientes de assimetria e de curtose não se apresentam entre o -0,5 e 0,5 (Maroco, 2007).

Relativamente à escolaridade, os dados representam que a maioria dos inquiridos obtém o grau de licenciatura (n=19) (Quadro 6).

Quadro 6 - Distribuição quanto à escolaridade (N=40)

	Frequência	%
1º Ciclo (4ª classe)	6	15,0
3º Ciclo (9º ano)	3	7,5
Ensino Secundário	12	30,0
Licenciatura	19	47,5
Total	40	100,0

Quanto à "situação familiar" (com quem vive), observa-se um elevado número de inquiridos a viver em situação conjugal (n=10) seguido por um número considerado de inquiridos que se encontram a viver com os pais (n=8) (quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição quanto à questão "com quem vive" (N=40)

	Frequência	%
Pais	8	20,0
Esposa (o) / companheira (o)	10	25,0
Filhos	4	10,0
Sozinho (a)	4	10,0
Pais e Irmãos	7	17,5
Companheiro (a) e filhos	6	15,0
Pais, Irmão (s) e filho (s)	1	2,5
Total	40	100,0

4.7. Análise da relação entre vinculação e toxicodependência

Sabe-se que as primeiras relações afectivas são determinantes no modo como um indivíduo constrói o seu mundo interno. Assim, são as futuras relações com os outros, um reflexo de como um determinado sujeito organizou as experiências vividas na infância.

A toxicodependência é descrita como um meio de o indivíduo compensar os sentimentos negativos que se instalaram durante a sua infância e adolescência.

Ao longo do desenvolvimento do corpo teórico do presente trabalho, verificou-se que os sentimentos vividos na infância são mantidos durante a fase adulta. No entanto, verificou-se, também, que existe a possibilidade de terminadas experiências e acontecimentos serem capazes de alterar o modo como o indivíduo se percepciona enquanto pessoa e de como percepciona os outros.

Será a partir da análise que se segue que iremos observar as relações existentes entre o conceito de vinculação e a toxicodependência.

4.7.1. Memórias de Infância

Médias obtidas através da EMBU

Dada a importância que anteriores estudos têm vindo a dar à relação entre qualidade das práticas parentais e desenvolvimento da vinculação, foram realizadas análises globais das práticas parentais, separadamente para o pai e para a mãe.

Com o objectivo de perceber a percepção do grupo de estudo relativamente às práticas parentais analisou-se as médias das pontuações obtidas em cada uma das dimensões da escala EMBU.

Para realizar esta análise é necessário ter em conta os intervalos das pontuações obtidas através do somatório dos itens que as constituem. Deste modo, o intervalo vai desde o 0 (mínimo) e 21 (máxima) na dimensão *Suporte Emocional* e *Sobreprotecção*. Na dimensão *Rejeição* o intervalo vai desde 0 (mínimo) e 24 (máxima). Assim sendo, o valor médio estará entre 10 e 10,5.

Através da análise do quadro seguinte verifica-se que, apesar de não haver uma grande diferença nos valores, os consumidores percepcionam uma carência ao nível do Suporte Emocional por ambos os pais (Quadro 8).

Quadro 8 – Memórias de Infância em adultos Consumidores (N=40)

EMBU	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Suporte Emocional – pai	**0**	**15**	**6,08**	**3,78**
Suporte Emocional – mãe	**3**	**12**	**6,42**	**2,33**
Rejeição – Pai	0	20	8,83	5,48
Rejeição – Mãe	0	24	7,57	4,75
Sobreprotecção – Pai	2	18	6,78	3,61
Sobreprotecção – Mãe	3	15	7,63	2,98

Deste modo, fica exposto o que outros estudos demonstram; que a qualidade dos laços afectivos entre o toxicodependente e seus pais é de certo modo mais fraca do que a qualidade dos mesmos laços em não consumidores. Segundo autores como Jensen (1972), Bahnson (1972), o toxicodependente provem de famílias desarmoniosas nas quais os membros não chegam a desenvolver um laço afectivo que proporcione um sentimento de apoio e suporte emocional (Fleming, 2005).

Entende-se que quando se vivenciam práticas parentais negligentes, o individuo encontra-se mais vulnerável no desenvolvimento de estados emocionais que funcionam como estratégias de minimização das necessidades afectivas. O consumo pode ser o reflexo das representações internas do sujeito (Dozier, Stovall & Albus, 1999). Pode estar associado a um elemento emocional ligado à vinculação durante a infância que por sua vez se expressa na vinculação na fase adulta (Weiss citado por Canavarro, 1999).

Assim, o consumo de substâncias pode estar ligado ao facto de estes indivíduos não terem sentido o apoio emocional desejado por parte dos progenitores.

Apesar de continuarmos perante médias baixas, este grupo apresenta uma média relativamente mais elevada na percepção da *Rejeição* por parte do pai e de uma *Sobreprotecção* por parte da mãe. Caso estes dados apresentassem valores mais elevados estariam de acordo com a literatura, onde é descrito que o toxicodependente apresenta relatos de uma maior rejeição paterna e uma excessiva protecção materna.

Idade do primeiro consumo

Com o objectivo de observar relação entre as memórias de infância e a idade do primeiro consumo, realizou-se a prova de correlação de Pearson. Ao usar esta prova, o objectivo não é apresentar uma relação de causalidade, isto é, não se pode afirmar que uma variável causa a outra, apenas avalia a existência de uma relação.

De um modo geral não foram observadas diferenças significativas, mas ainda assim, é importante analisar algum dos valores obtidos relativamente às três dimensões em relação ao pai e à mãe.

No que diz respeito à primeira dimensão *Suporte Emocional*, observou-se uma relação negativa, muito baixa, mas não significativa em relação ao pai e à mãe.

No entanto, a figura materna apresenta um coeficiente de correlação mais elevado do que a figura paterna. Este dado pode estar associado a factores que anteriormente foram estudados nesta população. A figura paternal é geralmente sentida como um elemento frio e pouco afectuoso (Schweitzer & Lawton citado por Torrado e Ouakinin, 2008), enquanto a figura maternal é percebida como mais próxima e protectora (Cavaco, Jesus & Rezende, 2010). Contudo não se pode afirmar que a falta de apoio emocional está na origem do primeiro consumo.

Nas dimensões *Rejeição* e *Sobreprotecção*, observaram-se relações positivas e negativas, muito baixas e não significativas em relação a ambos os progenitores.

Idade do inicio do consumo regular

Tendo como objectivo observar relações significativas entre as memórias de infância e a idade do consumo regular realizou-se a prova de correlação de Pearson.

Nos modelos teóricos revistos na parte teórica do presente trabalho verifica-se que a qualidade e quantidade de experiências relacionais com as figuras significativas são determinantes para um desenvolvimento psíquico saudável (Fleming, 2005). Assim, poderá haver uma relação entre a manutenção do consumo, isto é, entre a dependência e a percepção das memórias das práticas parentais vividas na infância.

Posteriormente à análise das correlações, verificou-se a existência de relações positivas, negativas, muito baixas e não significativas em relação a ambos aos progenitores.

Droga de Consumo

Por vezes o consumo não se limita apenas a uma substância, muitas vezes o consumo é constituído por uma combinação de substâncias. A isto chama-se policonsumo.

Existe um desejo inerente de aumentar os efeitos da substância fazendo o cruzamento com outra (Nunes e Jólluskin, 2010). É de conhecimento clínico que este comportamento acarreta riscos e consequências nefastas no organismo do indivíduo. No entanto, tendo em conta esse facto, pretende-se verificar se o comportamento deste consumo pode ou não estar ligado a aspectos relativos às práticas parentais a que foram alvo.

Assim, foi realizada uma prova *t de student* para amostras independentes para analisar se há diferenças significativas entre consumidores de uma só substância e consumidores de duas ou mais substâncias a nível da percepção das práticas parentais sentidas na infância.

Foi necessária realizar uma recodificação da variável *droga de abuso*, para conseguir obter uma amostra mais homogénea relativamente à sua dispersão. Agrupou-se os indivíduos como Monoconsumidores e Policonsumidores.

Para tal, torna-se necessário caracterizar os indivíduos que compõem a maior parte do grupo Toxicodependente (N=40). A amostra é constituída por 21 monoconsumidores e 19 policonsumidores, ou seja, 21 consumidores de heroína e 19 consumidores de heroína e cocaína, podendo alguns destes consumir ainda haxixe. Os dados distribuem-se normalmente dado que os valores do coeficiente de assimetria e do coeficiente de curtose se localizam entre - 0,5 e 0,5 (Maroco, 2007).

A prova não foi significativa nas três dimensões da escala de memórias de Infância, logo não existem diferenças significativas entre os grupos. Isto significa que a percepção do apoio emocional sentido de ambos os pais é semelhante entre os consumidores; que a percepção de que sofreram algum tipo de rejeição de ambos os pais

é semelhante entre os consumidores e por fim, conclui-se que a sobreprotecção percepcionada em relação a ambos os pais é similar entre os consumidores.

Situação familiar actual

Um dos aspectos observados na literatura é a família de origem do toxicodependente. Está presente, na parte teórica do presente trabalho, a forma como as figuras parentais são descritas pelos indivíduos consumidores.

Quando se fala em memórias de infância, fala-se também de práticas parentais e são essas que contribuem para a formação de um modelo representativo do conceito familiar. De acordo com Flemming (1997), as famílias de toxicodependentes vivem numa dinâmica disfuncional, sobretudo no que diz respeito à qualidade da conjugalidade do casal (Cavaco, Jesus e Morgado, 2010).

Assim, achou-se importante verificar se as memórias de infância teriam algum papel na forma como um indivíduo constrói a sua família, ou seja, como se dá o seu processo de individuação enquanto adulto autónomo.

Foi analisada uma prova Anova simples para verificar se, a percepção dos toxicodependentes em relação ao suporte emocional sentido na infância tem influência na situação familiar actual. As variáveis independentes são as dimensões *Suporte Emocional, Rejeição e sobreprotecção* paterno e materno e o factor é a variável Situação familiar que apresenta quatro estados possíveis (família nuclear, família adquirida, sozinhos e amigos).

Dos 36 indivíduos dos quais 17 se encontram a viver com a sua família nuclear, 5 vivem com a família adquirida, 12 vivem sozinhos e 2 vivem com amigos.

Com o objectivo de agrupar os indivíduos de modo a obter mais homogeneidade, recodificou-se a variável *com quem vive* para realizar esta prova sem se perder nenhuma informação.

A prova Anova é significativa ($F(3,32) = 40,606$, $p = 0,02$), portanto verifica-se que existe uma probabilidade de o tipo de situação familiar variar de acordo com a percepção do suporte emocional por parte do pai (quadro 10).

Relativamente ao *Suporte Emocional* materno, e às restantes dimensões da escala de memórias de infância a prova não foi significativa, portanto não se verificam diferenças significativas nos diferentes níveis do factor.

Quadro 9 – Influência da Percepção de Suporte Emocional por parte do Pai na actual Situação Familiar

	Média	Desvio Padrão	*F*	*p*
Família nuclear	7,65	3,823		
Família adquirida	7,20	2,864	3,42	0,02*
Sozinho	3,75	2,927		
Amigos	4,00	4,243		

Deste modo, observa-se uma grande influência da relação Pai – Filho no que diz respeito à forma como a família adquirida é constituída. A investigação neste contexto permite observar dados que se encontram congruentes com este resultado.

Para Amaral Dias (1980) e para Abelaira (1992) a imagem do Pai surge, na maioria das vezes, como um elemento ausente e negativo, levando a um défice relativamente ao desenvolvimento dos papeis sociais (Neto, 1996).

É importante referir que esta hipótese apenas se refere ao Apoio Emocional sentido por parte do Pai e não inclui maus tratos físicos, mas sim sentimentos de carinho e de pertença. Apesar de não existirem muitos estudos que suportem a esta hipótese, Hazan e Shaver (1987) afirmaram que os adultos que apresentem um padrão de vinculação seguro nas suas relações amorosas, têm a tendência de nomear, a sua relação com os pais, de ser afectuosa e próxima (Fraley e Shaver, 2000). Logo, tendo em conta este resultado, fica exposta a possibilidade de o contrário existir. Isto é, adultos que apresentem um padrão de vinculação menos seguro, tendem a apresentar o mesmo padrão de vinculação na família que posteriormente constituírem.

No quadro 9 estão representadas as médias obtidas em cada uma das dimensões da EMBU e observa-se uma congruência relativamente ao resultado obtido nesta análise. Assim, observa-se uma pontuação média mais alta de suporte emocional do pai naqueles indivíduos que na actualidade vivem inseridos num núcleo familiar (seja este nuclear ou adquirido). Verifica-se também que os indivíduos com a média mais baixa são aqueles que na actualidade vivem sozinhos. Podemos levantar a hipótese de que indivíduos que vivam um pobre suporte emocional por parte dos progenitores tendem a desenvolver mais perturbações, nomeadamente, do foro aditivo (Mintz, 2004).

O que se observa é que é a figura paternal que exerce uma maior influência no modo como o indivíduo organiza e integra as experiências relacionais dos pais e de como este desenvolverá as suas relações futuras. Este aspecto pode fornecer informação pertinente para explicar este resultado. Uma vez que a amostra é constituída por uma grande número de indivíduos do sexo masculino, pode explicar esta influência da figura paternal, uma vez que o pai poderá ter sido sentido como um modelo a seguir, ou então porque a experiência de abandono afectivo foi vivida como uma lacuna emocional.

4.7.2. Vinculação Adulta

Médias obtidas através da EVA

Não esquecendo a estabilidade da vinculação ao longo da vida, é importante voltar a realçar a hipótese da toxicodependência poder alterar os modelos internos dinâmicos desenvolvidos na infância. De acordo com Collins & Reads (1990) os modelos inicialmente desenvolvidos podem ser influenciados por acontecimentos significativos experienciados na fase adulta. Deste modo, não poderá ser a toxicodependência considerada um acontecimento capaz de modificar as representações mentais integradas a partir da relações com os pais?

Assim, com o objectivo de verificar esta hipótese, analisou-se as médias obtidas a partir das pontuações em cada uma das dimensões da EVA.

Para realizar esta análise é necessário ter em conta os intervalos das pontuações obtidas através do somatório dos itens que as constituem. Deste modo, o intervalo vai desde o 0 (mínimo) e 24 (máxima) e o valor médio será 12.

Observando os valores da média, verifica-se que o grupo de toxicodependentes analisados não apresenta níveis muito elevados e diferenciados nas diferentes dimensões da escala (quadro 10). Isto significa que o grupo de estudo não apresenta valores significativos para definir um padrão específico de vinculação.

Quadro 10 – Vinculação adulta em adultos consumidores (N=40)

EVA	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ansiedade	2	19	10,85	4,17
Conforto com a proximidade	5	15	10,48	2,33
Confiança nos outros	6	16	10,28	2,62

A partir do quadro anterior é possível verificar que os indivíduos apresentam uma média ligeiramente mais elevada na dimensão ansiedade. Não sendo este dado muito significativo devido ao intervalo médio das dimensões, não deixa de ser relevante referir que este grupo de estudo apresenta uma certa ansiedade face à possibilidade de virem a ser abandonados ou rejeitados pelos parceiros.

É importante referir que este grupo se encontra em tratamento, ou seja, estão abstinentes da droga. Este aspecto pode ser bastante relevante na análise dos valores obtidos. Ao apresentarem uma média relativamente mais alta na dimensão referida, pode significar que, alguns dos sujeitos, se sentem mais ansiosos perante o abandono ou rejeição devido à insegurança que ainda sentem relativamente à abstinência. Assim, pressentem um abandono ou rejeição em caso de recaída.

No que diz respeito às outras dimensões, os indivíduos apresentam médias relativamente baixas. No que diz respeito à dimensão *Conforto com a proximidade*, o grupo de estudo indica que de certo modo não se sente confortável em estabelecer relações íntimas e próximas; na dimensão *Confiança nos Outros* indicam dificuldade em puder depender e confiar nos outros sempre que necessitem.

Apesar de estes dados estarem de acordo com o que é esperado, não deixa de ser interessante voltar a observar as médias (quadro 10). Por exemplo, tendo em conta o percurso de vida e a média de cada um dos participantes, esperávamos que as médias

das dimensões *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros* fossem mais baixas ao ter em conta o ponto médio da pontuação que é 12. Assim, para tornar esta interpretação mais clara, refere-se novamente a questão do tratamento. Ao iniciarem o tratamento, os indivíduos foram integrados em programas de desintoxicação que incluem sessões de psicoterapia, que por sua vez podem ter promovido o desenvolvimento de algumas competências emocionais e sociais.

Ainda poderíamos concluir que se verifica uma estabilidade da vinculação ao longo da vida. Não se verificaram médias elevadas relativas às memórias de infância, também não se verificaram médias elevadas nesta escala, contudo ressalta-se o facto de este grupo ter percepcionado um fraco *Suporte Emocional* na infância. Assim, se a vinculação adulta não sofreu alterações, não seria de esperar que a média na dimensão Confiança nos Outros fosse mais baixa? Ou seja, que este grupo apresentasse uma média ainda mais baixa relativa à confiança de puder contar com os outros em situações consideradas de crise?

Idade do primeiro consumo

Por ser a partir da interacção criança – mãe ou figura significativa que se dá o desenvolvimento emocional do ser humano, então será desta relação que se estabelecerá condições psíquicas que permitem a interpretação de estados emocionais do próprio sujeito e dos outros (Strongman, 2004).

Na revisão da literatura observa-se que o padrão de vinculação se mantém ao longo do desenvolvimento, no entanto, existem questões que não deixam de ser pertinentes para investigação.

Com o objectivo de encontrar dados que suportem a hipótese colocada anteriormente realizou-se a prova de correlação de Pearson de modo a observar relação entre a vinculação adulta e a idade do primeiro consumo.

Usando a variável "*idade do primeiro consumo*" com as dimensões *Ansiedade* e *Conforto com a Proximidade* observaram-se relações negativas, muito baixas e não significativas.

Na dimensão *Confiança nos outros* observou-se uma relação negativa, muito baixa e significativa (p = 0,03). Isto significa que as variáveis se relacionam no sentido oposto. Assim, quanto mais velho o indivíduo for no seu primeiro consumo, menor é o sentimento de segurança em relação ao apoio dos outros em momentos percepcionados como angustiantes.

Assim, analisando o resultado obtido, o sentimento de insegurança que o sujeito sente em relação ao apoio por parte dos outros pode estar relacionado pelo inicio dos consumos. Isto é, o sentimento de insegurança pode ter surgido na fase adulta e não propriamente na infância.

Idade do inicio do consumo regular

Depois de analisar o resultado anterior, achamos pertinente verificar se existe alguma relação entre a vinculação adulta e a idade do consumo regular.

Considerando a validade da hipótese da insegurança do indivíduo se dever ao consumo e não às experiências infantis, esperávamos encontrar uma relação entre os vínculos adultos e a manutenção do consumo, mas não se verificou nenhuma relação.

Droga de Consumo

Sabe-se ainda que existem diferenças em relação aos efeitos de cada substância, e devido a isso, o mesmo grupo de estudo, pode apresentar diferenças ao nível dos padrões de vinculação Adulta.

Esta análise parece pertinente ao nível da influência que cada substância tem no indivíduo, podendo levar a relacionar-se consigo mesmo e com os outros de maneira diferente.

Foi realizada uma prova *t de student* para amostras independentes, para verificar se de facto existem diferenças significativas entre os dois tipos de consumidores.

A prova não foi significativa nas dimensões da escala de vinculação do adulto, logo não existem diferenças significativas entre os grupos. Isto significa que o medo de ser

rejeitado pelos parceiros ou significativos é semelhante entre os consumidores; ambos os grupos apresentam a mesma dificuldade em estabelecer relações próximas e íntimas e ambos os grupos apresentam uma dificuldade em confia e depender dos outros sempre que necessitem.

Apesar da uniformidade dos valores, os monoconsumidores apresentam uma média relativamente baixa, na dimensão *Ansiedade,* contudo é mais alta do que a média dos policonsumidores. Este aspecto pode estar relacionado novamente com os efeitos característicos da heroína. Uma vez que os policonsumidores usam em simultâneo a cocaína, isto pode influenciar no modo como o indivíduo sente se é rejeitado ou não pelos parceiros (as), pois a cocaína tem a característica de fazer o sujeito sentir-se mais seguro e confiante.

Ambos os grupos apresentam médias neutras na dimensão *Confiança nos Outros*. Isto reflecte mais uma vez que, em certa medida, a confiança em depender e contar com os outros está presente.

Situação familiar actual

Uma vez que o grupo de estudo apresenta um certo desconforto relativamente a relações muito próximas e apresenta um certo receio de vir a ser rejeitado ou abandonado pelos seus parceiros, achou-se pertinente verificar se estes sentimentos influenciaram ou não na situação familiar actual deste grupo.

Foi analisada uma prova Anova simples para verificar se existe algum efeito da vinculação do adulto na situação familiar actual. As variáveis independentes são as dimensões *Ansiedade, Conforto com a proximidade* e *Confiança nos Outros* e o factor é a variável *Situação Familiar* que apresenta quatro estados possíveis (família nuclear, família adquirida, sozinhos e amigos).

A amostra é constituída por 40 indivíduos dos quais 19 se encontram a viver com a família nuclear, 6 com a família adquirida, 13 a viver sozinhos e 2 a viver com amigos.

A prova Anova não foi significativa para nenhuma das dimensões, portanto não se verificam diferenças significativas nos diferentes níveis do factor.

Apesar da prova não se demonstrar significativa, realça-se o facto da maioria dos indivíduos vive com a família nuclear, neste caso com os pais. Assim, será possível colocar a hipótese de que a maioria destes indivíduos se encontram a viver com a sua família nuclear, por sentir que o consumo substitui o prazer que as relações íntimas proporcionariam? E será que se poderá colocar a hipótese de que os indivíduos permanecem a viver com a sua família nuclear para evitar sentimentos de rejeição por parte dos parceiros? Estas questões surgiram do estudo realizado Apostolo (2010). No entanto nesta amostra, os vínculos afectivos poderão estar camuflados por estes aspectos e estar presente uma grande influência dos mesmos no modo como os indivíduos se encontram actualmente relativamente á sua situação familiar.

Tendo em conta estas reflexões torna-se muito difícil fazer uma separação entre os vínculos afectivos e o consumo.

4.7.3. Comparação das memórias de infância entre adultos consumidores e não consumidores

Segundo a literatura, a qualidade das memórias de infância contribuem para um estar toxicodependente. As experiências traumatizantes na infância desta população são uma constante e são consideradas um factor originador do consumo de drogas (Flemming, 2005).

Assim, esta análise será importante na medida em que poderemos observar se esta questão se destaca entre os grupos que constituem esta amostra. Através da comparação do grupo toxicodependente com o grupo não dependente, será possível observar se existem ou não diferenças relativamente às percepções das vivências infantis e se estas propiciam um consumo de substâncias.

Para observar diferenças significativas entre os dois grupos relativamente às médias que apresentam em cada uma das dimensões da escala das memórias de infância, utilizou-se a prova *t-student* referente à comparação de duas médias populacionais, a partir de duas amostras aleatórias independentes.

Deste modo foi possível ter acesso à percepção que os inquiridos obtêm das práticas parentais a que foram alvo na infância.

Quadro 11 - T de Student: análise das médias da EMBU com a variável *Grupos* (N=80)

	Consumidores		Não Consumidores			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	*t*	*p*
Apoio emocional pai	6,08	3,78	11,9	4,89	- 5,74	0,000
Apoio emocional mãe	6,43	2,33	7,03	2,10	- 1,20	0, 231
Rejeição Pai	8,83	5,48	2,78	3,00	6,059	0,000
Rejeição Mãe	7,58	4,75	3,40	3,09	4,654	0,000
Sobreprotecção Pai	6,78	3,61	5,75	3,07	1, 341	0,184
Sobreprotecção Mãe	7,63	2,98	7,88	3,43	- 0, 347	0,729

A prova *t de student* é significativa (t (78) = - 5, 747; p = 0,000) para a dimensão *Suporte Emocional Pai*. Assim sendo, há diferenças significativas entre os grupos, o que nos revela que o grupo de consumidores recorda ter experimentado menos suporte emocional por parte do pai do que o grupo de não consumidores. Este dado revela-se congruente com o estudo de Torrado e Ouakinin (2008). Foi observado que a figura paterna é percepcionada como menos próxima emocionalmente (Torrado e Ouakinin, 2008).

O mesmo pode-se observar relativamente à dimensão *Rejeição*. O grupo de consumidores apresenta uma média relativamente mais elevada para ambos os progenitores do que o grupo de não consumidores.

A prova *t de student* é significativa para a dimensão *Rejeição_pai* (t (36) = 6, 059; p = 0,000) e rejeição da mãe (t (78) = 4, 654; p= 0,000). Assim sendo, há diferenças significativas entre os grupos, o que nos revela que o grupo de consumidores recorda ter sentido mais rejeição por parte de ambos os progenitores do que o grupo de não consumidores. Este dados também se encontra em congruência com a literatura, mais especificamente com o estudo realizado por Nunes e Alves (2008). Apesar de ter sido uma investigação qualitativa, observou-se que indivíduos toxicodependentes percepcionam as figuras parentais como sendo elementos perturbadores do desenvolvimento psicológico (Nunes e Alves, 2008).

A prova *t de student* não é significativa na dimensão *Sobreprotecção*, logo não existem diferenças significativas entre os dois grupos. Contudo, dado que as pontuações são baixas em relação ao ponto médio das pontuações, isto significa que ambos os grupos relembram uma fraca sobreprotecção exercida por ambos os progenitores.

Segundo estes resultados, existe uma congruência com a literatura e com investigações anteriores como a de Ferros (2006). No seu estudo, apesar do número da amostra ser bastante superior ao do presente estudo, contou com um grupo de 382 toxicodependentes e um grupo de 406 da população em geral sem problemas de toxicodependência, e observou as mesmas diferenças significativas aqui também observadas. Observou diferenças significativas entre as dimensões Suporte Emocional e Rejeição em relação às práticas parentais exercidas para ambos os progenitores (Ferros, 2006).

A única diferença a referir será que não se observou diferenças significativas em relação à percepção do suporte emocional exercido por parte da Mãe em ambos os grupos.

4.7.4. Comparação dos vínculos afectivos entre adultos consumidores e não consumidores

Relativamente aos vínculos afectivos adultos e tendo em conta a literatura, os indivíduos consumidores apresentam mais dificuldades em estabelecer relações interpessoais (Apóstolo, 2002).

Ainda na mesma linha de pensamento, segundo o estudo de Blatt e seus colaboradores, o grupo de toxicodependentes apresentou graves problemas relacionais com os outros, e uma dificuldade ao nível da representação do afecto. Concluiu que estes factores conduzem os indivíduos a procurar na substância emoções e sentimentos que poderiam encontrar nas relações interpessoais mais intimais (Farate, 2000).

Assim, para observar diferenças significativas entre os dois grupos relativamente às médias que apresentam em cada uma das dimensões da escala de vinculação adulta, utilizou-se a prova *t-student*.

No que diz respeito à analise descritiva, observa-se que as médias do grupo de toxicodependentes são relativamente mais elevadas que o grupo não dependente à excepção da dimensão *Conforto com a proximidade* (quadro 12).

Quadro 12 – T de student: analise das médias da Eva com a variável grupos (N=80)

	Consumidores		Não Consumidores			
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	*t*	*p*
Ansiedade	10,85	4,173	9,25	3,10	1,94	0,05
Conforto com a proximidade	10,48	2,331	14,10	2,76	-6,34	0,00
Confiança nos outros	10,28	2,621	7,90	2,20	4,38	0,00

A prova *t de student* é significativa para a dimensão *Ansiedade* (t (78) = 1,946; p =0,056), logo verificam-se diferenças significativas entre os dois grupos. O grupo de consumidores apresenta mais ansiedade na possibilidade de ser abandonado ou rejeitado pelo parceiro ou pessoa significativa. Contudo, analisando os valores, verifica-se que não é uma diferença muito significativa, dado que o valor da significância está muito próximo de 0,05 (quadro 12).

Na dimensão *Conforto com a Proximidade*, a prova *t de student* foi igualmente significativa (t (78) = - 6, 343; p =0,000), logo verificam-se diferenças entre os grupos. Assim, o grupo de consumidores demonstra mais dificuldade em estabelecer relações próximas e de intimidade (quadro 12).

Por último, a prova *t de student* foi significativa para a dimensão *Confiança nos Outros*, logo verificam-se diferenças entre os grupos (t (78) = 4, 385; p = 0,000). Nesta dimensão o grupo de consumidores apresenta mais segurança em depender e confiar nos outros do que o grupo de não dependentes (quadro 12).

Este dado não se encontra congruente com a literatura, uma vez que se espera que o grupo de não dependentes apresente mais facilidade em confiar e depender dos outros sempre que necessitar, tal como foi observado no estudo realizado por Ferros (1996). No seu estudo observou que o grupo de Toxicodependentes apresentava valores mais altos nas dimensões *Ansiedade* e *Confiança nos outros.*

Para justificar este resultado, podemos supor que a questão do tratamento é determinante nas pontuações obtidas na dimensão *Confiança nos Outros*. Mais uma vez nos deparamos com este resultado e para o tornar mais claro seria interessante realizar um estudo que explorasse melhor os aspectos que se encontram em torno do tratamento e da vinculação.

No entanto, é possível concluir que o grupo de estudo apresenta este resultado na possibilidade das suas respostas, referentes a esta dimensão, terem sido influenciadas pela relação que cada um estabeleceu com os profissionais de saúde que os estão a acompanhar.

Na prática clínica, observa-se que em situações de crise, ou percepcionadas como tal, os utentes procuram a unidade de tratamento como o desejo de receber a solução para o seu problema, seja ele de foro físico ou psicológico. Os profissionais encontram-se disponíveis para oferecer o apoio necessário com o objectivo de extinguir a crise, e de evitar uma possível recaída.

Deste modo, apesar de não obterem uma média muito elevada, esta interpretação não deixa de ser pertinente, dado que o grupo de não consumidores apresenta uma média mais baixa. Assim a relação terapêutica pode ser uma grande valia para a qualidade dos vínculos afectivos em toxicodependentes.

4.7.5. Analise Discriminante

Uma vez verificadas diferenças significativas entre os grupos através da prova t de Student, decidimos avançar no aprofundamento das relações entre a vinculação e a toxicodependência. Optamos então por aplicar uma análise discriminante para as memórias de infância e para a vinculação adulta de forma independente. Optamos por realizar esta análise de forma independente e não introduzindo todas as subescalas na análise uma vez que estamos a falar da vinculação em dois momentos temporais diferentes que nos remetem para o passado e para o presente dos indivíduos, havendo no meio deles, para um dos grupos, uma experiência marcante a nível psicológico, familiar e social como é a toxicodependência. Assim, desta forma poderemos verificar a importância relativa da vinculação passada e presente na explicação da

toxicodependência evitando os efeitos de interacção que poderiam resultar da inclusão de ambas escalas na mesma análise.

A análise discriminante realizada com a escala de memórias de infância (EMBU) confirmou que a diferenciação entre consumidores e não consumidores se baseia na percepção percebida de rejeição do pai e o apoio emocional da mãe durante a infância. Assim, os indivíduos toxicodependentes apresentam valores médios mais altos relativos à experiência de rejeição por parte do pai (8,83 para toxicodependentes vs. 2,78 para não toxicodependentes) e valores médios mais baixos na experiência de apoio emocional da mãe (6,42 para toxicodependentes vs 7,03 para não toxicodependentes). O valor de Lambda e a diferença de médias permite-nos concluir que nesta diferenciação entre toxicodependentes e não toxicodependentes a experiência de rejeição por parte do pai durante a infância apresenta um papel principal e claramente dominante (Quadro 13).

Quadro 13 - Análise discriminante com a EMBU

Passo	Subescala	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	p
1	Rejeição do pai	,668	36,707	1	74,0	,000
2	Apoio emocional da mãe	,612	23,120	2	73,0	,000

Estas duas subescalas são significativas no seu prognóstico do grupo ao qual pertence o indivíduo com uma eficácia total de prognóstico de 76,3% de casos correctamente classificados. Dito de outro modo, conhecendo as experiências de rejeição por parte do pai e apoio emocional por parte da mãe poderemos prognosticar com 76% de eficácia se um indivíduo é toxicodependente ou não.

Este resultado remete-nos novamente para a importância das experiências infantis de vinculação com as figuras significativas e vai de encontro às referências encontradas na literatura. Bowlby (2006) referiu que a presença de comportamentos de afecto por parte dos pais favorece o desenvolvimento da criança. Assim, o seu crescimento afectivo não estará associado a sentimentos de ansiedade e de pressão face à disponibilidade e acesso à figura de vinculação.

Ainda de acordo com a literatura, a rejeição por parte do pai parece estar intimamente ligada com a experiência de vida dos consumidores. Os indivíduos que tenham crescido com a ausência da figura paternal estão mais em risco de entrar no mundo das drogas (McMahon, Winkel & Rounsaville, 2007).

No que diz respeito à vinculação adulta, a análise discriminante permitiu observar que as subescalas relevantes para prognosticar o facto de um indivíduo ser ou não toxicodependente são "Conforto com a Proximidade" e "Confiança nos Outros", tendo a primeira um papel mais relevante no prognóstico da pertença de um determinado indivíduo a um grupo. O grupo dos toxicodependentes apresenta uma média mais baixa na subescala "Conforto com a Proximidade" comparativamente ao grupo de não toxicodependentes (10,48 vs. 14,10, respectivamente) e uma média mais alta na subescala "Confiança nos outros" (10,28 vs.7,90) (quadro 14).

Quadro 14 - Análise discriminante com a EVA

Passo	Subescala	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	p
1	Conforto com a proximidade	,660	40,228	1	78,0	,000
2	Confiança nos outros	,511	36,806	2	77,0	,000

No que diz respeito então à vinculação adulta, e portanto presente, o conforto com a proximidade e a confiança nos outros permitem prognosticar a pertença de um indivíduo ao grupo dos Consumidores ou ao grupo dos não Consumidores com uma eficácia de 86,3%.

Perante estes resultados, voltamos a confirmar que o grupo de consumidores apresenta maior dificuldade em estabelecer relações próximas do que o grupo de não consumidores.

Procurando justificar novamente este dado, podemos colocar a hipótese de existir uma estabilidade da vinculação ao longo do desenvolvimento dos indivíduos consumidores. Contudo, as representações resultantes das relações de vinculação podem-se alterar em

resposta às experiências que vão ocorrendo durante a vida (Scharfe & Bartholomew, 1994).

Assim, o facto de os Consumidores apresentarem mais dificuldade em sentir conforto com a proximidade vai de encontro aos resultados obtidos por Thorberg & Lyvers (2006). Estes autores observaram que o grupo de consumidores também apresentavam maior dificuldade nesta dimensão do que o grupo de não Consumidores e levantam a hipótese de esta dificuldade ser uma consequência crónica do consumo.

No presente estudo, realçamos que este dado por estar associado às memórias de infância, tal como foi descrito anteriormente, e também pode estar igualmente associado ao uso intensivo de drogas. O que de facto é importante é que, não só neste estudo, os indivíduos com uma história de consumo de substâncias apresentam lacunas ao nível das relações interpessoais.

Relativamente ao resultado obtido na dimensão "*Confiança nos Outros*", somos da opinião de que o mesmo poderá ser resultado do tratamento recebido pelo grupo de consumidores e que poderá estar a promover relações de confiança fortes entre os utentes e os terapeutas. Este dado remete-nos novamente para a confirmação de que o tratamento tem um enorme impacto na vinculação do grupo de consumidores. Deste modo, salienta-se novamente a sugestão da realização de próximos estudos que promovam o conhecimento do papel do tratamento na estabilidade ou mudança da vinculação adulta.

Conclusões Finais

Considera-se a pertinência do presente trabalho pelo facto de o campo afectivo determinar a qualidade e o tipo de relações que estabelecemos com os que consideramos mais significativos. Subjacente à qualidade dessas mesmas relações encontra-se o ajustamento psíquico que cada um de nós desenvolve a partir das primeiras relações afectivas.

Em contexto clínico, os indivíduos toxicodependentes apresentam experiências de vida marcadas por situações traumatizantes que geralmente se traduzem na dificuldade de desenvolver relações afectivas, primeiro com os seus pais ou figuras de vinculação infantis e posteriormente com as pessoas que integram a sua vida adulta.

Relativamente aos objectivos propostos na realização do presente trabalho e apresentando uma conclusão mais abrangente, podemos concluir que, a vinculação afectiva é estável ao longo do crescimento emocional do indivíduo. Contudo, demos especial atenção às memórias de infância que permitiram o acesso à percepção que cada um estabeleceu das primeiras relações e qual o seu impacto no desenvolvimento da toxicodependência. Foi também foco de atenção a vida afectiva dos sujeitos que se traduz na vinculação adulta com o objectivo de perceber o desenvolvimento do processo de vinculação em indivíduos que experienciaram a dependência de substâncias.

Através das análises efectuadas constatamos que a maioria da amostra toxicodependente é constituída essencialmente por sujeitos do sexo masculino. Foi possível observar que a maioria obtém o 6º ano de escolaridade e que se encontra a viver sozinho. Perante estes dados podemos concluir que existe um padrão de défice relativamente às áreas da vida dos sujeitos desta amostra. O insucesso e abandono escolar podem representar uma instabilidade emocional precoce, isto é, um sintoma que antecede o consumo crónico. Observamos também que na actualidade, a maior dos inquiridos vive sozinho ou a viver em associações de acolhimento. O facto que se pretende realçar é a ausência afectiva no seu quotidiano.

Na análise efectuada em relação à droga de abuso, observou-se uma maior incidência no consumo de heroína e de cocaína.

Apesar do período da adolescência caracterizar a fase mais propícia para comportamentos aditivos verificamos que o primeiro consumo se deu em idades

diferentes, bem como a idade do consumo regular da substância. Assim, podemos concluir que a toxicodependência não apresenta um desenvolvimento linear como podemos observar em estudos que analisem as causas e consequências do consumo. No entanto é no período da adolescência sensivelmente aos 18 anos que surgiu o primeiro consumo dos indivíduos que constituem a amostra.

De acordo com o que foi descrito anteriormente, e tendo como objectivo analisar a qualidade das memórias de infância relativamente aos seus progenitores, constatou-se que o grupo de consumidores percepciona um nível baixo de suporte emocional durante a infância do que o grupo de não consumidores. Podemos indicar que a falta de apoio emocional pode estar na base do que torna um sujeito consumidor de substâncias. Deste modo o sentimento de insegurança e de falta de apoio sentido na infância é compensado na relação com a substância. Daí existir um permanente esvaziamento afectivo relativamente a si e aos outros durante a ausência da substância.

Ao analisar as relações possíveis entre as memórias de infância e as variáveis do consumo de substância, não foram observadas relações significativas. Contudo, concluímos que a percepção desenvolvida relativamente às primeiras relações pode ter um papel importante no consumo de substâncias.

Para suportar esta conclusão abordamos o resultado obtido através da análise estatística efectuada na variável "situação familiar actual" do grupo consumidor. Deste modo, conclui-se que a percepção do suporte emocional paternal se relaciona de forma significativa no modo como os indivíduos constroem a sua vida afectiva e familiar. Uma vez que não houve a possibilidade de analisar estas questões relativamente ao género, sugerimos a realização de futuros estudos, pois seria pertinente observar se existem diferenças entre consumidores do sexo masculino e do sexo feminino.

Os objectivos do presente trabalho incidiram também na análise dos vínculos afectivos actuais. Neste sentido, posteriormente o grupo de consumidores apresenta mais ansiedade relativamente à possibilidade de ser abandonado ou rejeitado, tem mais dificuldade em estabelecer relações de intimidade, mas apresenta mais confianças nos outros do que o grupo de não consumidores.

Este aspecto ressalta o facto do grupo de consumidores estar em tratamento, e mais uma vez se torna importante sugerir a realização de um estudo que analise a hipótese de o tratamento ter a capacidade de modificar a vinculação do indivíduo.

De modo a suportar a conclusão anterior, referimos a análise efectuada com a correlação de Pearson, onde foi possível observar uma relação entre a idade do primeiro consumo e a dimensão "*confiança com os outros*". Constatou-se que quanto mais tarde se dá o primeiro consumo, menor é a confiança sentida em relação aos apoio dos outros. Isto leva-nos a concluir que a insegurança sentida pode ser resultado da dependência e não exclusivamente das relações afectivas com os seus progenitores.

Perante os resultados apresentados ao longo da parte prática deste trabalho, fomos observando que existem diferenças significativas entre o grupo de consumidores e o de não consumidores, tanto em relação às memórias de infância como em relação aos vínculos afectivos na idade adulta

Inicialmente sugerimos que o que pode levar um indivíduo à dependência de substância é a percepção de ter experienciado um fraco suporte emocional na infância. Mas com uma análise complementar, podemos concluir que para além do suporte emocional, o sentimento de rejeição paternal e uma superprotecção maternal diferencia um indivíduo consumidor de um não consumidor.

A realização deste trabalho permitiu confirmar que os consumidores de substâncias apresentam características específicas resultantes da sua experiência de vida.

Seria pertinente incluir nas medidas de prevenção e de tratamento estratégias que incentivasse o interesse da sociedade para a importância das questões afectivas.

Este estudo pretende promover a compreensão da vida psíquica de indivíduos consumidores, mas também pretende contribuir na compreensão do desenvolvimento humano.

Consideramos que a compreensão do mundo afectivo de um consumidor promove a eficácia da intervenção terapêutica, pois permite estabelecer uma relação empática e permite desenvolver novas práticas clínicas por parte de cada profissional de saúde.

Bibliografia

Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, n. 44, pp. 709 – 726.

Allen, J. P. & Land, D. J. (1999). *Attachment in adolescence* in J. Cassidy & P. Shaver (eds.). Handbook of attachment: theory, research, and clinical implications, Nova Iorque, The Guilford Press, pp. 319 – 335.

Atger, F. (2004). Vinculação e adolescência. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Vinculação, conceitos e aplicações. Manuais universitários.* Lisboa. Climepsi editores.

Ayerbe, A., Espina, A., Pumar, B., Garcia, E., Santos, A (1997). Un Estudio sobre tipología familiar de Cancrini en adictos a heroína y su relación com el clima familiar. *San Sebastian*.

Apóstolo, J. (2002). Vinculação – Intimidade e Bem-estar psicológico em consumidores de heroína: Estudo comparativo entre consumidores e não consumidores. *Interacções*, n. 2, pp. 106 – 122.

Aragão, M. J., Sacadura, R. (2002). *Guia geral das drogas – explicar o seu mecanismo e as suas consequências.* Lisboa. Terramar.

Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a testo f a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, vol. 61, n. 2, pp. 226 – 244.

Bateman, A., Holmes, J. (1998). *Introdução à psicanálise – teoria e prática contemporâneas*. Lisboa. Climepsi Editores.

Borges, C & Filho (2004). *Usos, Abusos e Dependências – Alcoolismo e Toxicodependência.* Lisboa. Climepsi Editores.

Bayle, F., Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade*. Psicológica 32. Climepsi editores.

Berger, M. (2003). *A criança e o sofrimento da separação*. 2ª ed. (Tradução do original em francês *L´enfant et la souffrance de la séparation*, 1997). Climepsi Editores.

Bowlby, J. (2006). *Formação e rompimento dos laços afectivos*. São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1985). *Apego e Perda - Perda, Tristeza e Depressão*. Vol. 3. Psicologia e Pedagogia. Martins Fontes.

Bowlby, J (2002). *Apego – A Natureza do Vinculo*. Vol. 1. Psicologia e pedagogia. Martins Fontes.

Bragança, A., Campos, R. (2010). Estilos de vinculação amorosa e experiências relacionais na infância de cariz disfuncional: Um estudo com uma amostra de estudantes universitários. *Actas do VII simpósio nacional de investigação em psicologia*. Universidade do Minho.

Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy*, n. 76, pp. 351 – 367.

Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através da Embu: Estudos Psicométricos. *Psychologica*, nº 16, pp. 5-18.

Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra. Editora Quarteto.

Canavarro, M. C., Dias, P., Lima, V. (2006) A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale – R (ASS - R) na população portuguesa. *Revista Psicologia* XX. I

Cassidy, J. (2001). Truth, lies and intimacy: an attachment perspective. *Attachment & Human Development*. vol. 3, n. 2. 121 – 155.

Carvalho, M., Dias, P., Rios, S., Silva, J., Soares, I. (2007). Vinculação e psicopatologia In Soares, I. (coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação.* Braga: Psiquilíbrios Edições.

Cavaco, V. C. S., Jesus, S.N., Rezende, M. M. (2010). Percepção de Estilos Parentais na Toxicodependência. *Boletim de Psicologia*, Vol. LIX, nº 131, pp. 179 – 190.

Collins, N. & Read, S. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*. n 58, pp. 644 – 683.

Dupont, R. L. (2005). *Cérebro, Álcool e Drogas. O cérebro egoísta: aprender com dependências*. Lisboa. Instituto Pieaget

Duquesnoy, I., Guedeney, N. (2004). Psicopatologia do adulto e vinculação. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Vinculação, conceitos e aplicações. Manuais universitários.* Lisboa. Climepsi editores.

Dozier, M., Stovall, C. K. & Albus, K (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In Cassidy , J., Shaver, P., R. (coord.). *Handbook oh attachment: theory, research and clinical applications*. New York London. The Guilford Press.

DSM IV-TR. (2006). *Manual de diagnóstico e estatística de perturbações mentais*. 4ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.

Fabião, C. (2002). Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Toxicodependências*, Vol. 8, n. 2, pp. 37 – 51.

Farate, C. (2000). O acto de consumo e o gesto que consome. Coimbra. Quarteto Editora.

Faria, C., Fonseca, M., Lima, V.S., Soares, I. & Klein, J. (2007). Vinculação na idade adulta. In Soares, I. (coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação.* Braga: Psiquilíbrios Edições.

Féliz da Costa, N. (1995). A perturbação da vivencia do tempo na toxicodependência e na depressão. *Toxicodependências*. n. 2.

Ferros, L. (2006). Relações afectivas e sintomatologia psicopatológica na toxicodependência. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade do Porto, Portugal.

Fleming, M. (2003). Dor sem nome - Pensar o sofrimento. Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise. Edições Afrontamento

Fleming, M. (2005). Entre o medo e o desejo de crescer – Psicologia da adolescência. Psicologia, psiquiatria e psicanálise. Edições afrontamento.

Fonte, C. (2007). O consumo de drogas e os comportamentos aditivos: Alguns modelos teóricos – explicativos. *UFP*.

Fraley, R. C., Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: theorical developments emerging controversies and unanswered questions. *Review of general psychology*, vol. 4, pp. 132 – 154.

Gandra, S., Teixeira, Z. (2010). Portadores de VIH/Sida e HCC: dar voz a relatos de sofrimento. *Toxicodependências*. Vol. 16, n. 2, pp. 49 – 70.

Gleitman, H., Fridlund, A., Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkien.

Grossmann, K. E., Grossmann, K., Waters, E. (2005). Attachment from Infancy to adulthood – The major longitudinal studies. New York. Guilford.

Guedeney, A., (2004). A teoria da vinculação: a história e as personagens. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Vinculação, conceitos e aplicações. Manuais universitários.* Lisboa. Climepsi editores.

Guedeney, N., (2004). Conceitos-chave da teoria da vinculação. *Vinculação, conceitos e aplicações.* In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Manuais universitários.* Lisboa. Climepsi editores.

Guedeney, N., Guedeney, A. (2004). *Vinculação, conceitos e aplicações. Manuais universitários.* Lisboa. Climepsi editores.

Guimarães, R., Flemming, M. (2009). Dor que consome. Para uma compreensão da dor mental na toxicodependência. *Toxicodependências*, vol. 15, n. 2, pp. 3 – 12.

Hazan & Shaver (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, vol. 52, n. 3, pp. 511 – 524.

Hazan & Shaver (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationship. *Psychological inquiry*, vol. 5, n.1, pp. 1-22.

Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P (2009). Relatório Anual 2008 – A situação do país em matérias de droga e toxicodependências. Instituto da droga e da toxicodependência, I.P.

Jongenelen, I., Carvalho, M., Mendes, T., Soares, I. (2007). Vinculação na adolescência. In Soares, I. (coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação.* Braga: Psiquilíbrios Edições.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquitria clínica*. São Paulo. Artmed.

Kobak, R., Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and perceptions of self and other, Child Development, n. 59, pp. 135 – 146.

Lima, V., Vieira, F., Soares, I. (2006). Vinculação em casais: avaliação da representação da intimidade e da interacção conjugal. *Psicologia*, vol. 20, n 2.

Matos, P. M., Barbosa, S., & Costa, M. E. (2001). Avaliação da vinculação amorosa em adolescentes e jovens adultos: construção de um instrumento e estudos de validação. *Revista Oficial de la Asociación Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica,* 11, 93-109.

Mauco, G. (1975). *A Educação Afectiva e Caracterial da Criança***.** Lisboa. Livros horizontes.

Magai, C. (1999). Affect, Imagery, and Attachment: Working models of interpersonal affect and the socialization of emotions. *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical application*. The guilford Press.

Magalhães (2008). Perspectivas psicodinâmicas no tratamento do toxicodependente. *Toxicodependências*, vol. 14, n.3, pp. 67 – 81.

McMahon, T. J., Winkel, J. D., Rounsaville, B. J. (2007). Drug abuse and responsible fathering : a comparative study of men enrolled in methadone maintance treatment. *Addiction*. n. 103, pp. 269 – 283.

Miljkovitch, R. (2004). A vinculação ao nível das representações. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Vinculação, conceitos e aplicações*. Manuais universitários. Lisboa. Climepsi editores.

Miljkovitch, R. (2004). Medidas de vinculação durante a infância. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Vinculação, conceitos e aplicações.* Manuais universitários. Lisboa. Climepsi editores.

Miljkovitch, R. (2004). Vinculação e psicopatologia durante a infância. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Vinculação, conceitos e aplicações*. Manuais universitários. Lisboa. Climepsi editores.

Mintz, A. -S. (2004). Vinculação, casal e familia. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Vinculação, conceitos e aplicações.* Manuais universitários. Lisboa. Climepsi editores.

Miocque, D. (2004). Aspectos transculturais do conceito de vinculação. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Vinculação, conceitos e aplicações.* Manuais universitários. Lisboa. Climepsi editores.

Morel, A., Hervé, F., Fontaine, B. (1997). *Cuidados ao toxicodependente - Alcoolismo e Toxicomanias modernas*. Lisboa. Climepsi Editores.

Nakasu, M., V., P (2006). Desejo de se fazer mal ou escravo de uma só solução? A qual dessa duas proposições estaria ligada a economia psíquica da adição?. *Ciências Humanas em Revista*. vol. 4, n.1, pp. 41 – 47.

Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes – características e evolução de uma amostra*. Lisboa. Universitária Editora.

Nunes, L., M., Jóllunskin, G. (2010). *Drogas e comportamentos de adicção – um manual para estudantes e profissionais de saúde.* Porto. Edições. 2ª edição Universidade Fernando Pessoa.

Paiva, C., Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto de relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, saúde e doenças*. vol. IV. n. 2, pp. 165 – 184.

Papalia, D., E., Olds, S., W., Feldman, R., D. (2001). *O mundo da criança*. Mcgraw-Hill.

Patricio, L., D., B. (1997). *Face à droga: como (re) agir?*. Lisboa. Edições Projecto Vida.

Penso, M., A. (2000). Drogadição: articulações entre a compreensão sistémica e as possibilidades de tratamento dependente químico. *Psicologia: família e casamento em tempos de mudanças, desafios e perspectivas*. Vol.1, n. 1.

Pereira, A. I. F., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., Mendonça, D. V. (2002). Cenários familiares da gravidez na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*. 17 - 18, p. 135 – 144.

Poiares, C., A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Toxicodependências,* n. 1, pp. 3 – 12

Rabouam, C., (2004). Avaliação da vinculação no bebé. In. Guedeney, N., Guedeney, A. (coord.). *Manuais universitários.* Lisboa. Climepsi editores.

Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, Cabeleira, C., Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados de infância e qualidade de relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Analise Psicológica*. vol. 4, p. 643 – 665.

Rygaard, N., P. (2006). *A criança Abandonada*. Psicológica, n 30. Climepsi editores.

Rochel, H., H., I. (2009). Toxicodependentes: organizações mentais complexas. *Revista Faculdade de Ciências Médicas Sorocaba*. Vol. 11, n. 4, pp. 1 – 4.

Santos, C., Freitas- Magalhães, A. (2010). A psicofisiologia das emoções básicas: Estudo empírico com toxicodependentes em tratamentos. *Actas do VII simpósio nacional de investigação em psicologia*. Universidade do Minho.

Schaffer, H. R. (2004). *Introdução à psicologia da criança*. Epigenese, desenvolvimento e psicologia. Instituto Piaget.

Scharfe, E., Bartholomew, K. (2004). Reliability and stability of adult attachment patterns. *Personal Relashionships,* n 1. pp. 23 – 43.

Seehafer, M., Jacobvitz, D., Steiker, L. H. (2008). Patterns of Attachment Organization, social, connectedness, and substance abuse in a sample of older homeless adolescents. Family & Community Health, supplement 1.

Siebel. S., D., Toscano. Jr. (2001). *Dependência de drogas*. São Paulo. Atheneu.

Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S., Haydon, K., C. (2007). Attachment and the experience and Expression of emotions in romantic relationships: a development perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*. vol, 2, n. 2, pp. 355 – 367

Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a).* Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.

Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento*. Braga. Psiquilibrios.

Soares, I., Dias, P. (2007). Apego Y Psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigacion. International journal of clinical and health psychology. Vol.7, n. 001, pp. 177 – 195.

Soares, I., Martins, E., Tereno, S. (2007). Vinculação na infância. In Soares, I. (coord.) *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação.* Braga: Psiquilíbrios Edições.

Steinberg, L. (2001). We Know some things: parent – adolescent relationships in Retrospect and Prospect. *Journal of research on adolescent,* vol.11, n. 1. pp. 1 – 19.

Strongman, K. T. (2004). *A psicologia da Emoção*. Lisboa. Climepsi Editores.

Thorberg, F. A., Lyers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance abuse disorder – Treatment facilities. *Humanities & social science papers*. pp. 1 – 7.

Torrado, M., Ouakinin, S. (2008). Identidade e toxicodependência no masculino: Relação paterna, auto – conceito e identidade de género. *Toxicodependências*. vol. 14, n. 1, pp. 57 – 72.

Torres, N., Sanchez., M., Neto, D. (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes e estudantes. *Toxicodependência*. vol. 10, n. 3, pp 57 – 70.

Ward, M. J., Carlson, M. C. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensivity, and infant mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child development*, n. 66, pp. 69 – 79.

Waters, E. & Valenzuela, M. (1999). Explaining disorganized Attachment: Clues from research on mild – to – moderately. Undernourished children in chile. In press: Solomon, J. & George, C. Attachment disorganization. New York: Guilford Press.

Waters, E., Weinfield, S., N., Hamilton, E., C. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General Discussion. *Child development*. Vol 71, n. 3, pp. 703 – 706

Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy end early adulthood: a twenty-year longitudinal study. Vol. 71, n. 3, pp. 684 - 689

Weiner, B. I. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Fundação Calouste Gulbenkien. Lisboa.

Anexos

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica da UFP

"Memórias de Infância, Toxicodependência e Vínculos Afectivos – Um estudo com consumidores e não consumidores"

Consentimento Informado para participação na Investigação

Ex.mo (a) Sr. (a)

Esta investigação decorre no âmbito do mestrado de Psicologia Clínica da Universidade Fernando Pessoa e tem como objectivo verificar relações existentes entre a vinculação e a toxicodependência.

Será pedido que responda a dois questionários que posteriormente irão ser cotados e serão alvo de análise estatística anónima e que têm questões apenas para o tema em análise.

Este estudo está organizado de maneira a que não sejam colocadas em causa as consultas dos participantes ou mesmo do funcionamento interno do CRI-PORTO OCIDENTAL.

Não haverá qualquer inconveniência para todos os que participarem nesta investigação assim como para aqueles que não participem. Só será feita a investigação se o seu consentimento fora dado.

Toda a informação será estritamente confidencial e os questionários são anónimos.

Apenas os responsáveis pela investigação terão acesso à informação.

Declaração de Consentimento

Eu, _____ tomei conhecimento do estudo em que serei incluído e compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar.

Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que julguei necessárias, e de todos obtive respostas satisfatórias.

Tive conhecimento que a participação é voluntaria e com a possibilidade de me retirar da investigação a qualquer altura, sem qualquer tipo de prejuízo.

Por isso consinto que me seja aplicado os questionários propostos pela investigadora.

_____, _____ de _____ de 2010

Assinatura do Participante

_____

(Verónica de Medeiros Alegre)

Questionário Socio-demográfico

1. Sexo

Feminino ☐
Masculino ☐

2. Idade ☐

3. Escolaridade

Não completou o 1° ciclo (4ª Classe) ☐
1° Ciclo (4ª Classe) ☐
2° Ciclo (2° Ano) ☐
3° ciclo (9° Ano) ☐
Bacharlato ☐
Licenciatura ☐

4. Com quem vive?

Pais ☐
Irmão ☐
Esposa (o)/ companheira (o) ☐
Filhos ☐
Sozinho (a) ☐
Amigos (as) ☐

5. Qual a sua droga principal de consumo? _____

6. Que idade tinha quando consumiu pela primeira vez? _____

7. Com que idade iniciou o consumo regular? _____

EMBU

(C. Perris, L. Jacobsson; H. Lindstrom; L. Von Knorring & H. Perris; 1984)

Umea University (Department of Psychiatry & WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health); Groningen University (Department of Psichology); Universidade Técnica de Lisboa (Departamento de Educação Educação Especial e Reabilitação); Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia (Departamento de Terapêutica do Comportamento).

Memórias de Infância

INSTRUÇÕES: Em seguida ser-lhe-ão colocadas algumas questões relativas à sua infância e adolescência.

É importante lembrar-se dos comportamentos dos seus pais em relação a si, tal como os recorda, até ter a idade de 16 anos. Mesmo que às vezes seja difícil relembrar como é que os nossos pais se comportavam em relação a nós, quando eramos crianças e adolescentes, cada um de nós tem certas memórias dos princípios por eles utilizados na nossa educação.

Leia cada questão cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica ao seu caso. Responda separadamente, em relação ao comportamento da sua mãe e do seu pai, colocando, para cada questão, um X num dos quadrados em frente a **Pai**, para avaliar o comportamento do seu pai e outra num dos quadrados em frente de **Mãe**, para avaliar o comportamento, da sua mãe.

Por exemplo:		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
Os meus pais eram amáveis comigo	Pai	☐	☐	☒	☐
	Mãe	☐	☒	☐	☐

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
1. Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem me explicarem porquê	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
2. Os meus pais elogiavam-me	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
3. Desejava que os meus pais se preocupassem menos com o que eu fazia	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
4. Os meus pais deram-me mais castigos físicos do que eu merecia	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
5. Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
6. Os meus pais contribuiram para que a adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
7. Os meus pais criticavam-me à frente dos outros	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
8. Os meus pais proibiam-me de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas por terem medo que me pudesse acontecer alguma coisa	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
9. Os meus pais incentivavam-me a sobressair em tudo o que eu fazia	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
10. Através do seu comportamento, parecendo tristes, por exemplo, os meus pais faziam-me sentir culpado por os tratar mal	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
11. Eu penso que a ansiedade dos meus pais de que alguma coisa me pudesse acontecer era exagerada	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
12. Se as coisas me corressem mal, eu sentia que os meus pais me tentavam confortar e encorajar	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
13. Eu era tratado(a) como a «ovelha ranhosa» ou como o «bode expiatório» da família	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
14. Os meus pais mostravam com gestos e palavras que gostavam de mim	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
15. Eu sentia que os meus pais gostavam mais do(s) meu(s) irmão(s) e/ou irmã(s) do que de mim	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
16. Os meus pais faziam-me sentir vergonha de mim mesmo	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
17. Os meus pais não se preocupavam muito com as minhas saídas	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
18. Sentia que os meus pais interferiam com tudo aquilo que eu fazia	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
19. Sentia que havia ternura, entre mim e os meus pais	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
20. Os meus pais estipulavam limites sobre o que me era permitido e sobre o que não me era permitido fazer, que seguiam rigorosamente	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
21. Os meus pais castigavam-me mesmo por pequenos erros	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
22. Os meus pais é que decidiam sobre como eu me devia vestir ou parecer	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐
23. Eu sentia que os meus pais ficavam orgulhosos quando eu era bem sucedido(a) em qualquer coisa na qual me havia empenhado	Pai	☐	☐	☐	☐
	Mãe	☐	☐	☐	☐

Escala de Vinculação do Adulto

EVA – M. C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relação com as pessoas.					
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.					
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.					
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.					
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.					
6. Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.					
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.					
8. Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.					
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.					
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.					
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.					
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com as pessoas.					
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim					
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.					
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).					
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.					
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.					
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.					