

TOXICODEPENDENTES

FORA E DENTRO DO SISTEMA PRISIONAL:

POPULAÇÕES DIFERENTES?

- ESTUDO EXPLORATÓRIO -



INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

TOXICODEPENDENTES

FORA E DENTRO DO SISTEMA PRISIONAL:

POPULAÇÕES DIFERENTES?

- ESTUDO EXPLORATÓRIO -

Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Dissertação para o Mestrado em "Psicopatologia e Psicologia Clínica", orientada pelo Distintíssimo Prof. Doutor Eurico de Figueiredo e apresentada por Luísa Maria Gomes Valente da Costa.

LISBOA, 1999

Aos meus pais

Agradecimentos

À Dra Graça Poças,
Directora de Serviços da Direcção de Serviços de Saúde dos Serviços Prisionais,
pela viabilização do estudo e pelo apoio nas várias etapas da sua realização.

Ao CAT do Restelo e à comunidade terapêutica "Casa Amarela",
pela abertura das suas portas ao trabalho de campo
e pela disponibilidade dos seus técnicos.

Ao Prof. Doutor Domingos Neto,
pela partilha da sua bibliografia relativa ao *Addiction Severity Index*.

À Dra Luísa Machado Rodrigues,
técnica superior do Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à
Droga, pela ideia e disponibilização do *Addiction Severity Index*, na versão europeia.

À Maria Anne Eland-Goossensen,
pela partilha da sua experiência e estudos na área da toxicodependência.

À João,
pelo apoio no tratamento estatístico dos dados.

Ao meu marido,
pelo apoio incondicional, sacrifício, análise crítica e colaboração inestimável no
tratamento estatístico dos dados.

Ao meu filho Rui Miguel,
pelo apoio e capacidade de abdicar de muitos fins de semana de lazer.

ÍNDICE

Resumo	1
Abstract	2
Introdução	3
Capítulo I - Enquadramento Teórico	
A. Referências Históricas e Sociais do Fenómeno das Toxicodependências	8
B. A Pessoa do Toxicodependente	18
1. A Importância dos Conceitos de Narcisismo e de Estados-limite	18
1.1. Narcisismo e Toxicodependência	18
1.2. Estados-limite e Toxicodependência	25
2. A Perspectiva Cognitiva das Perturbações da Personalidade	32
2.1. A Conceptualização Cognitiva da Perturbação Borderline	34
C. O Toxicodependente no Contexto Prisional	40
1. Internamento e Prisão: Doentes e Presos	40
2. Delinquência e Psicopatologia	47
3. A prisão como Sistema Grupal	57
3.1. Alguns Conceitos Teóricos Fundamentais	57
3.2. A Teoria de Grupos de Bion	75
3.3. O Contributo Teórico de Elliott Jaques: Os Mecanismos de Defesa Sociais	81
3.4. Crescimento e Evolução vs Obstrução do Desenvolvimento das Instituições	85

Capítulo II - Revisão Crítica da Literatura

A. Toxicodependentes: Que Visibilidade, Que Investigação?	88
1. Os Perfis dos Toxicodependentes	94
2. Severidade dos Problemas e Necessidade de Ajuda dos Toxicodependentes	113
3. Carreira de Utilização de Drogas e História do Tratamento	126
4. A Psicopatologia dos Toxicodependentes	130
5. A Família dos Toxicodependentes	140

Capítulo III - Investigação Pessoal

A. Introdução	151
B. Objectivos	155
C. Metodologia	156
1. População Alvo e Amostra	156
2. O Instrumento de Medida: O Addiction Severity Index (ASI) Versão Europeia	157
2.1. Caracterização	157
2.2. Propriedades Psicométricas	164
3. Aplicação do ASI (versão europeia)	166
4. Variáveis Dependentes Estudadas	168
5. Tratamento Estatístico	173
6. Quantificação do Significado Estatístico dos Testes	175

D. Análise Comparativa dos Grupos e Discussão dos Resultados	176
1. Problemas Médicos (Anexo B)	177
2. Problemas de Emprego/Suporte Económico (Anexo C)	181
3. Problemas de Abuso de Álcool e Drogas (Anexo D)	185
3.1. Álcool	185
3.2. Heroína	186
3.3. Fármacos	187
3.4. Cocaína	188
3.5. Cannabis	189
3.6. Policonsumo	190
4. Problemas Legais (Anexo E)	198
5. Problemas Familiares/Sociais (Anexo F)	202
6. Problemas Psiquiátricos/Psicológicos (Anexo G)	214
7. Operacionalização de um Perfil do Toxicodependente Fora e Dentro da Prisão	222
8. O Pedido de Ajuda	225
Conclusões	232
Bibliografia	
Anexos	

Resumo

O presente trabalho de dissertação de mestrado abordou a problemática das toxicodpendências no contexto prisional, designadamente na especificidade das suas diferenças relativamente ao fenómeno no meio livre.

Estudou-se o funcionamento do toxicodpendente (do sexo masculino) fora (Centro de Atendimento de Toxicodpendentes - CAT - e comunidade terapêutica, n=32) e dentro do contexto prisional (estabelecimento prisional central, n=27), nas diferentes áreas de vida (problemas médicos, laborais, de drogas, legais, sociofamiliares e psicológicos), medidas pelo Índice de Severidade da Toxicodpendência (Addiction Severity Index, McLellan 1979.1980), versão europeia.

Os resultados encontrados apontaram para a existência de diferenças significativas entre os grupos, salientando-se a maior severidade dos problemas no grupo detido embora os próprios tenham atribuído, predominantemente, uma menor importância aos seus problemas e considerarem necessitar menos de ajuda do que o grupo em tratamento na comunidade livre.

O pedido de ajuda com maior peso quantitativo e qualitativo no grupo fora da prisão, pareceu constituir-se um acontecimento de vida com significado na não entrada do toxicodpendente no sistema prisional.

Abstract

The present thesis focussed the drug misuse in prison, especially the differences between addicts in prison and those who had access to treatment in the free community.

Male addicts in (a central male prison, n=27) and outside (an addicts attendance centre and a therapeutic community, n=32) of prison, were compared in terms of their functioning at the different life areas (physical health, employment, drugs misuse, legal functioning, family functioning, social relations and psychological functioning), measured by the Addiction Severity Index (McLellan 1979, 1980), european version.

The results indicated that differences between the groups existed. It was found a larger severity of problems in the inmate group but less concern and need for help at the various life areas.

The help-seeking behaviour with larger (quantitative and qualitative) expression in the group outside of prison, seemed to be a significative life event in terms of non-entrance of the drug addicts in prison.

Introdução

É lugar comum afirmar-se que o fenómeno das toxicodependências generalizou-se, agravou-se e afecta indiscriminadamente vários tipos de indivíduos, de famílias e de estratos socioculturais. Embora se enuncie com frequência esta certeza, na verdade a quantificação do fenómeno e a compreensão das suas características psicossociais, permanecem numa certa nebulosa inerente à sua marginalidade mas também, e é uma vivência pessoal, devido à resistência das pessoas e instituições à investigação e à avaliação.

A literatura é profícua em muitos estudos que acrescentam saber considerável sobre os vários factores - biológicos, psicológicos, sociais e culturais - implicados nas toxicodependências. A explicação das causas seduziu sempre os investigadores - nesta e noutras áreas - que, de acordo com a sua abordagem teórica e modas científicas, foram insistindo mais neste ou naquele aspecto. De facto, constata-se uma grande diversidade de resultados e actualmente é consenso geral que não existe um tipo de personalidade específico da toxicodependência. Existem sem dúvida, manifestações comuns que se associam aos problemas de narcisismo e ao funcionamento limite. A depressão e as perturbações de personalidade percorrem com taxas elevadas muitos dos resultados apresentados.

As toxicodependências são um fenómeno particularmente multifacetado e portanto, não se contenta com investigação ou análises assentes em modelos estanques. Durante anos, os vários estudos realizados enformaram de uma

perspectiva parcial: estudou-se o comportamento criminoso dos toxicódependentes na prisão, outros autores analisaram os factores que influenciavam o sucesso terapêutico em toxicódependentes inseridos em contextos de tratamento outros ainda, descreveram o estilo de vida da subcultura dos utilizadores de drogas através de observação participante. São abordagens clivadas que tendem a gerar respostas parciais que já não satisfazem (Eland-Goossensen, 1997).

É numa perspectiva holística que parece ser importante encaminhar a investigação, por forma a que seja possível uma visão integrada assente na recolha e comparação da informação relativa aos vários subgrupos de toxicódependentes em contextos diversos e assim, promover-se respostas mais ajustadas à necessidades e motivações dos destinatários.

À semelhança do que se tem passado na sociedade em geral, os problemas de droga ocupam cada vez mais espaço físico e mental da administração penitenciária.

O papel da investigação é crucial. Promovendo o conhecimento, confrontando crenças irracionais, provocando a correcção de decisões, desmascarando actuações sem sentido, umas bem intencionadas, outras nem por isso. No contexto prisional um certo "poder sem saber" só pode ser destituído por um investimento massivo na formação dos intervenientes no processo de ressocialização (objectivo essencial da execução da medida da pena), na investigação dos fenómenos e na avaliação do que se implementa. Até lá, há terreno propício para a deformação do mundo interno e boicote incessante da criatividade.

Nas últimas décadas a população prisional sofreu o impacte quantitativo e qualitativo das complexas relações entre droga e crime que têm conduzido à privação da liberdade um vasto grupo de pessoas com problemas de toxicodependência.

De facto, empiricamente e também de acordo com as estimativas feitas pela Direcção Geral dos Serviços Prisionais, a maior parte dos reclusos que compõe a população actualmente detida, tem problemas de droga. Uma questão de fundo deve ser colocada: quais os antecedentes, designadamente em termos de tratamento na comunidade livre, de quem acaba por ser preso?

O toxicodependente no contexto da reclusão, contexto socio-ecológico com características específicas, é um toxicodependente desconhecido: semelhante ou diferente do toxicodependente em meio livre? Ao nível do tratamento com necessidades semelhantes, pedidos de ajuda semelhantes, respostas semelhantes, ou diferentes?

A questão da saúde nas prisões é internacionalmente discutida, tratando-se de uma área de especial preocupação pelas suas características particularmente desvantajosas.

No nosso país, os consumos de drogas e os problemas de saúde associados, têm vindo a constituir-se uma preocupação central da administração penitenciária. No entanto, a resposta prisional face à detecção de consumidores permanece, com

demasiada frequência, um aumento das medidas de segurança. A evidência empírica mostra que o consumo (e o tráfico) de drogas, está bem enraizado no contexto prisional e assim sendo, não se pode deixar de equacionar a ineficácia da repressão e os efeitos negativos decorrentes da exacerbação do controle de comportamentos, que tende a alargar-se a toda a população prisional, tornando todo o contexto mais rígido e prejudicial à saúde dos indivíduos, em particular à sua saúde mental. À medida que o controle aumenta diminuem as oportunidades socioterapêuticas, a construção de relações saudáveis e a possibilidade de reinserção.

A presente investigação, um estudo transversal de carácter exploratório cuja população alvo corresponde ao universo dos toxicodependentes do sexo masculino, assenta numa hipótese geral formulada da maneira seguinte:

Os toxicodependentes fora e dentro do contexto prisional diferem relativamente ao funcionamento nas diversas áreas de vida, nomeadamente saúde física e mental, suporte sociofamiliar, carreira de utilização de drogas, história do tratamento e carreira judicial.

Foram estudadas duas amostras independentes - um grupo de pessoas inseridas em estruturas de tratamento da comunidade livre (n=32) e um grupo de pessoas detidas (n=27). A todos os participantes, seleccionados de acordo com critérios de acessibilidade e disponibilidade (amostra por conveniência) foi aplicado o Índice de Severidade da Toxicodependência (Addiction Severity Index, McLellan 1977) na versão europeia. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada de cerca de

quarenta minutos de duração, composta por um conjunto de subescalas que avaliam o funcionamento em áreas de vida (médico, emprego e suporte social, consumos, familiar, legal e psicológico) que a investigação demonstrou forte associação com a problemática da adição.

Finalmente importa apresentar a estrutura desta tese que assenta em três partes, uma de enquadramento teórico da problemática da droga e das toxicodpendências, outra de revisão da literatura e uma última respeitante à investigação realizada e discussão dos resultados.

Na primeira parte, são referidos alguns conceitos provenientes de vários modelos teóricos do funcionamento psicológico, que oferecem uma grelha de compreensão da pessoa do toxicodpendente por um lado, e do contexto prisional enquanto sistema grupal, por outro. Também se dedicou alguma atenção aos aspectos históricos do fenómeno das toxicodpendências e do contexto socioecológico muito particular que é a prisão.

Na segunda parte, apresenta-se uma revisão crítica da literatura essencialmente baseada em revisões anteriores recentes, designadamente as realizadas por Domingos Neto (1996) e por Eland-Goossensen (1997), no âmbito das respectivas teses de doutoramento.

Na terceira e última parte descreve-se metodologicamente o estudo realizado, apresentam-se e discutem-se os resultados de acordo com o enquadramento teórico proposto.

I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A. Referências Históricas e Sociais do Fenômeno das Toxicodependências

Hipócrates e Galeno, há já alguns milénios atrás, definiram droga como uma substância que, em vez de "ser vencida" pelo corpo (e assimilada como simples nutrição), é capaz de "o vencer" provocando, com doses consideravelmente pequenas, mudanças orgânicas, anímicas ou ambas, muito aliciantes, de acordo com as motivações do seu uso (Escohotado, 1996).

As primeiras drogas corresponderam a determinadas plantas ou partes destas e estavam associadas a significações mágicas, religiosas e curativas. Somente com o tempo estas três dimensões foram sendo separadas. A mais antiga fusão destas três dimensões encontra-se no xamanismo, uma instituição originalmente alargada a todo o planeta, e cujo sentido era o estabelecimento de uma ponte entre o ordinário e o extraordinário que servia tanto para a adivinhação mágica como para cerimónias religiosas e terapia.

Lourenço Martins (1998) sistematizou as finalidades das drogas em três categorias:

- A primeira tem a ver com as significações de ritual de que é exemplo o uso do cacto peiote na América do Sul para se aceder a estados de êxtase. Para além desta finalidade cultural também lhe são atribuídas qualidades de tónico, sedativo, diurético e de remédio contra os males do aparelho respiratório. Algo

de parecido se passa com a folha da coca, que afasta a fome, a sede e ajuda a resistir à fadiga de trabalhos pesados; é também usada nas celebrações de nascimentos, de casamentos, de funerais bem como em outras comemorações.

- Uma outra finalidade traduz-se no consumo médico ou terapêutico das drogas, através do qual se utilizam as mesmas como medicamentos (o que não significa que o uso terapêutico não possa transformar-se em abuso). Este consumo funcional geralmente visa satisfazer uma necessidade temporária mas esta característica pode ser subvertida e ligar-se a outras motivações.
- Finalmente, o que designa de consumo social ou recreativo e que diz respeito a um tipo de utilização das drogas sem conexão com uma prática médica.

Governos e medias têm reforçado a representação social das drogas ilícitas como uma praga apocalíptica, principal responsável da insegurança, e as legislações têm vindo a endurecer as penas contra o tráfico e/ou o uso. Provavelmente, estas atitudes manipulativas têm como efeito a promoção indirecta da ilicitude. Drogas novas nascem da proibição, e as clássicas perdem pureza.

As novas drogas de síntese são uma resposta mais barata e mais potente - leia-se mais tóxica - a uma sociedade que se tem encaminhado para padrões de consumo massivo, onde os valores se fragmentam num leque de possibilidades susceptíveis de promoverem a desresponsabilização. Quando o apelo ao consumo é regra, quando todos os progressos de uma época incitam às soluções químicas para evitar o sofrimento, quando se promove a rigidificação das defesas impedindo-

se a sua organização ao nível da vida mental, escamoteando-se as decepções numa tentativa alucinatória em detrimento da vida psíquica, então as coisas tornam-se verdadeiramente inquietantes. A responsabilidade da pessoa naquilo que lhe acontece e o problema da culpabilidade fica, curiosamente, numa época de exacerbamento da individualidade e dos direitos dos indivíduos, por explicar, por assumir. Isto é especialmente verdade quando a pessoa se confronta com situações adversas geradoras de dificuldades psicológicas. A tendência será para procurar um culpado no "exterior" só que, a culpabilidade inconsciente e projectada, tem um retorno amplificado sob a forma de culpabilidade retaliatória¹ que leva ao agir o qual, visa essencialmente, que haja uma punição.

Parece então que a evolução da sociedade ao longo das últimas décadas, teve profundas repercussões nas formas do adoecer psíquico. Ou seja, as mudanças na problemática social implicam modificações de configuração psicológica inconsciente, cujo resultado clínico se traduz no aumento dos problemas ditos de personalidade e dos estados-limite e no desaparecimento progressivo das neuroses clássicas (Painchaud & Montgrain, 1991).

À margem da compreensão da evolução das sociedades e do adoecer psíquico, têm proliferado nas últimas décadas as atitudes repressivas num esforço institucional a nível planetário que se traduz numa verdadeira cruzada contra a droga.

¹ Domingos Neto (1989) define culpabilidade retaliatória como uma culpabilidade agida em vez de sentida enquanto tal, isto é, uma forma de se fazer castigar em vez de sentir a culpa.

Desde sempre que a humanidade utilizou drogas psicoactivas procurando o poder, o conhecimento, a cura ou o divertimento. As significações mágicas religiosas e terapêuticas foram a pouco e pouco diferenciando-se mas, o "apetite básico" para as drogas (Andrew Weil, 1972 - cit. Pires, 1997), é uma constante ao longo da história do Homem.

Os discursos sociais produzidos em torno da problemática das drogas/toxicodpendências têm variado, condicionados por determinantes ligados aos contextos socio-culturais-morais-ecológicos-políticos-económicos. De forma muito generalizada, o fenómeno de legalidade das drogas transita para o de ilegalidade, as atitudes de aceitação transformam-se em hostilidade e rejeição, o bom objecto passa a mau objecto.

Pires (1997), fez uma análise crítica (com base no método da análise de conteúdo) de uma amostra de documentos históricos respeitantes às drogas utilizadas em diversos contextos históricos e socioculturais, procurando encontrar invariantes nas atitudes emergentes ao longo da história.

Concluiu que, grande parte dos discursos relativos às drogas e seus consumidores, são de natureza emocional primitiva e correspondem à projecção de fantasias inconscientes colectivas de carácter persecutório. Em geral, a introdução e o desenvolvimento de uma droga, em qualquer período histórico, tem inicialmente um enquadramento legal, é aceite e até idealizada, para depois provocar uma reacção de desconfiança, hostilidade e de rejeição que alimenta a passagem à ilegalidade. Verificou que a resposta agressiva tende a ser mais imediata e a repetir-

se mais ao longo do tempo nas sociedades não produtoras de droga, ou seja, nas sociedades em que a droga é introduzida por uma agente exterior.

Segundo a autora, a análise qualitativa dos motivos das atitudes hostis e de suspeição, permite identificar um denominador comum: o medo de ser atacado, destruído pela substância psicoactiva/consumidor, revelando uma actividade fantasmática dominada por medos arcaicos relacionados com a morte acompanhados de vividos persecutórios.

A relação entre a sociedade e as drogas/consumidores é mediatizada pela clivagem bom objecto/mau objecto que procura, evidentemente, a preservação do bom objecto. A alternância cíclica entre atitudes de aceitação vs rejeição, reflecte precisamente esta relação clivada e implica um tipo de funcionamento que dificulta uma visão integrada da drogas e dos consumidores como objectos totais, com aspectos bons e maus. A nível intra-psíquico significa o evitamento do confronto com a realidade interna fragilizante. É um modo de funcionamento tipicamente psicótico, onde não há lugar para a preocupação com o objecto mas apenas para um comportamento impulsivo de alívio da ansiedade interna (Pires, 1997). Domingos Neto (1995) também refere algumas respostas sociais típicas face ao fenómeno das toxicodependências, designadamente atitudes de denegação do problema, fóbicas, dis-sociais, dissociativas, regressivas e a formação de bodes expiatórios.

Em algumas sociedades, especialmente as produtoras - a substância não é introduzida por um agente exterior - evidencia-se uma tendência evolutiva no

sentido da integração, designadamente com o surgimento de atitudes compreensivas². É uma evolução que não é linear e que se alterna com atitudes mais projectivas de hostilidade mas que, no entanto, é reveladora de um maior predomínio dos mecanismos integrativos, tornando possível a identificação ao objecto, sentir preocupação, responsabilização e mobilizar atitudes reparadoras. Somente este funcionamento mais neurótico, apenas possível quando os mecanismos de defesa sociais já não são necessários como defesas contra a ansiedade psicótica, pode permitir aos grupos sociais a apreensão da problemática das toxicodependências no seu todo, como fenómeno bio-psico-social (Pires, 1997).

A natureza emocional primitiva dos discursos sociais produzidos ao longo da história em relação à droga, relaciona-se intimamente com o predomínio de estratégias repressivas alimentadas por uma lógica proibicionista.

Até ao início do século XX, todas as drogas conhecidas encontravam-se disponíveis nas farmácias e nas drogeries e muitas podiam também ser adquiridas por correio. A propaganda que acompanhava esses produtos era igualmente livre. A droga não era assunto jurídico, político ou de ética social. Este liberalismo teve fim com a aliança entre o puritanismo e o poder terapêutico (médicos e farmacêuticos apostados na destituição do poder dos curandeiros e herbanários e na monopolização da gestão das drogas) que incentivou fortemente a expansão americana, convencidos que a América devia "redimir" o mundo.

² Categoria definida operatorialmente como o conjunto de comportamentos sociais que revelam compreensão, preocupação e responsabilização em relação aos consumidores e à dependência de drogas; incluem acções de investigação ou estudos, acções de informação ou de sensibilização (persuasão, apelo) ou outras acções preventivas e de tratamento; pode haver crítica mas não tem carácter acusatório, é uma crítica adequada, integradora dos vários aspectos psicossociológicos relacionados com o problema (Pires, 1997).

Silva Ribeiro (1996), realizou um estudo sobre os indicadores do fenómeno da droga que abrange um período de tempo de 1978 a 1994. Afirma tratar-se de um estudo exploratório que pretendeu integrar indicadores parciais diversos e que pode constituir-se uma referência para a compreensão do fenómeno e tomadas de decisão.

As Convenções das Nações Unidas³ têm como denominador comum e objectivo último, a promoção das atitudes preventivas e a contenção/redução do consumo já existente, por razões de saúde.

O movimento que conduz ao actual direito internacional (e nacional) da droga, entronca nas "guerras do ópio" onde confluíram interesses diversos dos quais se destacam os interesses comerciais em conflito, as motivações ideológicas e religiosas e obviamente, as preocupações sanitárias. Ilustre-se a situação: quando os Estados Unidos patrocinaram juntamente com a China a realização da Conferência de Xangai (1909) - ponto de partida das convenções -, para além do puritanismo religioso que pretendia eliminar a "imoralidade" do consumo de certas drogas, encontraram uma forma de conquistar influência numa zona estratégica dominada por alguns países da Europa, desde logo diminuindo-lhes o lucro do comércio do ópio. O grande objectivo de então era o de limitar o comércio de estupefacientes a fins médicos já que, durante as primeiras décadas deste século, se tinha contemporizado com o consumo do ópio. A Convenção Única sobre os

³ Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes; Convenção de 1971 sobre as Substâncias Psicotrópicas; Convenção contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas de 1988.

Estupefacientes de 1961 e a Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas de 1971 culmina este movimento com o controlo do mercado lícito de drogas, isto é, reduzi-las ao consumo para fins médicos e científicos. O tratamento a dar ao consumo de droga, designadamente em termos de penalização ou não, não é concretizada no âmbito das convenções referidas.

É a Convenção de Viena de 1988 que, embora especificamente vocacionada para a vertente do combate ao tráfico de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursoras, vai obrigar os Estados Partes, ainda que sob reserva dos princípios constitucionais de cada um e dos conceitos fundamentais dos respectivos sistemas jurídicos, a tipificarem no seu direito interno como infracções penais a detenção, a aquisição ou o cultivo de estupefacientes ou de substâncias psicotrópicas para consumo pessoal (se cometidas intencionalmente).

Dentro de um sistema jurídico proibitivo, com a correspondente intervenção, a oferta e procura de droga são potencialmente actos-crime. Evidentemente que a estratégia proibitiva condiciona a disponibilidade e a fidelidade dos dados descritivos da realidade do fenómeno. A caracterização dessa realidade derivada de uma actividade humana convencionalizada como criminosa, fica então a cargo do estudo de indicadores directos ou indirectos, referentes quer ao controle das substâncias⁴, quer à repressão dos traficantes e/ou dos consumidores⁵, quer ainda à actividade

⁴ Tipo e quantidade de droga apreendida, cotações de droga por grosso (kg) e a retalho (g), número de apreensões e assaltos a farmácias (dados fornecidos pela Polícia Judiciária).

⁵ Presumíveis infractores por tráfico e/ou consumo, detidos por tráfico e/ou consumo, características sociodemográficas dos presumíveis infractores por tráfico e/ou consumo (dados fornecidos pela polícia Judiciária); acusados por tráfico e/ou consumo, características sociodemográficas dos acusados por tráfico e/ou consumo, condenações/penas por tráfico e/ou consumo (dados fornecidos pelos Tribunais); reclusos condenados por tráfico e/ou consumo (dados fornecidos pela Direcção Geral dos Serviços Prisionais).

clínica com toxicodependentes⁶ (Silva Ribeiro, 1996).

Silva Ribeiro (1996) promove a discussão da problemática da droga basicamente em torno de dois grandes eixos que interagem entre si, e que constituem a estrutura da sua análise: um primeiro eixo respeitante às substâncias e um eixo respeitante aos indivíduos que traficam ou consomem.

Concluiu que, apesar de uma maior investimento no controle das substâncias e dos indivíduos, através de melhorias qualitativas e quantitativas dos recursos humanos, técnicos e financeiros atribuídos à área da repressão e da prevenção (profilaxia, tratamento e reabilitação/reinserção), não há sinais consistentes de redução, nem mesmo de contenção da oferta e nem da procura, ou seja, do tráfico e/ou do consumo. Verificou que:

- O número dos presumíveis infractores detectados pelas forças da repressão policial, não tem parado de crescer;
- apesar das apreensões feitas, o mercado da droga expandiu-se em termos de extensão geográfica e, genericamente, dá sinais de estar melhor abastecido;

⁶ Casos novos e de seguimento em centros públicos especializados de atendimento, número de clínicas (dados fornecidos pelo Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência); toxicodependentes no universo dos casos de SIDA (dados fornecidos pelo Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis); mortes devido a *overdose* (dados fornecidos pelos Institutos de Medicina Legal do Porto, Coimbra e Lisboa).

- as acusações, em tribunal, cresceram sistematicamente em todas as categorias de crime de droga, à excepção da de traficante-consumidor;
- as condenações cresceram mais ou menos sistematicamente em todas as categorias de crime de droga;
- a actividade clínica tem aumentado;
- a progressão do síndrome SIDA tem se agravado mais entre os toxicodpendentes que no universo dos diagnosticados com SIDA.

De acordo com estas conclusões o autor afirma que os objectivos decorrentes das Convenções das Nações Unidas, ratificadas por Portugal, e que podem ser sintetizados na contenção/redução dos consumos e do tráfico ilícito de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, enquadrados num quadro de acção proibicionista, não foram atingidos.

B. A Pessoa do Toxicodependente

1. A Importância dos Conceitos de Narcisismo e de Estados-limite

1.1. Narcisismo e Toxicodependência

O termo narcisismo tem inspiração mitológica: Narciso, o belo filho do rio Cefiso e da ninfa Liríope. Egoísta e repudiando todas as suas admiradoras, apaixonou-se pelo seu próprio reflexo num lago do monte de Hélicon. Doente de amor, deitou-se à beira da água, a olhar para a sua imagem, até morrer. Os deuses transformaram-no na flor do mesmo nome.

Na linguagem científica, o termo narcisismo foi utilizado pela primeira vez por Paul Nake (1899), para descrever uma perversão na qual uma adulto dispensa cuidados afectivos, que normalmente se destinam a um objecto sexual, ao seu próprio corpo.

Freud (1909), integra o conceito de narcisismo na linguagem analítica, estabelecendo pela primeira vez, uma relação directa entre a líbido e o próprio Ego, em detrimento das relações objectais externas. Distingue narcisismo primário como um estado precoce no qual a criança investiu toda a sua líbido sobre si mesma - seria o estado em que se encontra o recém-nascido - de narcisismo secundário, que corresponderia a um regresso sobre o Eu da líbido, retirada dos seus investimentos

objectais; ou seja, de um estado inicial em que a energia libidinal seria inteiramente dirigida às necessidades fisiológicas, evolui-se para o desinvestimento da libido sobre o Ego e seu investimento nos objectos externos, surgindo a libido objectal.

Para Mahler, esta evolução é possível pela amplificação e reforço da experiência infantil que torna a validação do objecto relativamente independente da necessidade de gratificação.

Kohut, tal como Freud, afirma que a criança iniciaria a vida num estado de narcisismo primário, auto-contido e indiferenciado. Numa fase precoce, quase simbiótica do relacionamento bebé/mãe (como um objecto do *self*), subsiste a ilusão da contínua disponibilidade materna, criando condições para preservar um sentido intrínseco de balanço narcísico. Desta forma, é possível aceder à preservação do sentido de continuidade, mesmo em presença de frustrações narcísicas.

A diferenciação do narcisismo primitivo efectuar-se-ia, segundo Kohut, sob a forma de duas configurações básicas: o *Self* Grandioso e a Idealização dos Imagos Parentais. Esta diferenciação far-se-ia simultaneamente do *self* autónomo dos objectos. O estágio de narcisismo primário deverá assim ser ultrapassado à medida que a criança tem a percepção de que é incapaz de satisfazer, por si só, as suas necessidades internas dependendo dos cuidados maternos.

Permanecerão, no entanto, alguns resíduos de onnipotência e grandiosidade narcísica que, na passagem para o estágio seguinte, são colocados nos objectos externos, ou seja, o sentido de segurança da criança requer a manutenção de alguma grandiosidade infantil, para além da simbiose projectiva com o objecto

idealizado e poderoso. Com o desenvolvimento do narcisismo, a criança adquirirá progressivamente a capacidade de criação/recriação contínua de uma sequência de objectos do *self*. O relacionamento com os mesmos terá por função manter o equilíbrio narcísico intrínseco, o qual requer um contínuo ajustamento face às vulnerabilidades narcísicas.

O *Self* Grandioso e a Idealização dos Imagos Parentais, sofrem sucessivas modificações de tal forma que, em cada fase do desenvolvimento, o grau de investimento narcísico é modificado em directivas mais moduladas e realistas, em direcção a formações psíquicas mais construtivas, estáveis e autónomas. Por fim, o *Self* Grandioso é modificado no sentido de uma maior maturidade, auto-estima e flexibilidade do balanço narcísico. Igualmente os Imagos Parentais Idealizados são modificados no sentido de um Ego Ideal realista e atingível, gradualmente internalizado como um conjunto significativo e sustinente dos valores pessoais e ideais. Em qualquer fase deste processo, a elaboração dos elementos do narcisismo arcaico pode ser perturbado e sofrer uma variedade de vicissitudes patológicas.

Para Bergeret (1974), a organização limite da personalidade é, antes de mais, uma doença do narcisismo. Para o autor, a relação de objecto permaneceria centrada sobre a dependência anaclítica do outro. O perigo imediato é a depressão mas uma depressão diferente da do neurótico: é desencadeada por um ferida narcísica e não permite o acesso às intrusões conflituais e à culpabilidade, enquanto que no neurótico representa um compromisso entre as pulsões e o recalçamento.

Não havendo uma diferença nítida entre estado limite e patologia narcísica, todo o problema do indivíduo limite consiste em afastar-se da linha narcísica. Trata-se de um narcisismo frágil sendo evidente as necessidades de compreensão, respeito, afecto e sustentação. O objecto é sentido como persecutório, gozando um duplo papel de Super-Ego auxiliar e de Ego auxiliar.

Outros autores empenharam-se na distinção entre a organização limite e os problemas do narcisismo. Kernberg (1976) encontra-se entre aqueles que considera a distinção importante mas, de facto, não chega a descrever as duas situações de forma absolutamente independente, designadamente quando afirma que a maior parte das personalidades narcísicas típicas apresentam uma organização limite subjacente. Considera também, operações defensivas específicas da organização limite - idealização primitiva, a onnipotência e a desvalorização - que são típicas da economia narcísica.

O problema narcísico dos toxicodependentes em fase activa dos consumos é referido por Rado (1933). O Eu seria de tal forma impotente para fazer face às frustrações que a dimensão narcísica original permaneceria como ideal. A droga engrandece narcisicamente o Eu, domínio da onnipotência narcísica que impede a passagem para o regime da realidade e que surge ainda mais esmagadora quando no pós-efeito do consumo. Cria-se assim um ciclo vicioso, passando-se do regime da realidade a um regime farmacotímico, do princípio da realidade ao princípio do prazer, através de uma técnica artificial para eliminar a depressão, ter prazer e manter a auto-estima.

A evidência clínica tem demonstrado que numerosas condutas toxicodependentes desenvolvem-se com base em problemas de narcisismo, sendo que muitos dos toxicodependentes vivem uma relação forte com o risco, em particular com risco de morte. Para além da dependência o toxicodependente procura o risco, retira força de viver deste arriscar (conduta ordálica¹ - Valleur, cit. Charles-Nicolas, 1991). Ora o que caracteriza o acto ordálico é a incapacidade de ser fundamentado, havendo sempre o imperativo de voltar a passar por nova prova. Necessariamente a estabilidade e status dos objectos internos estão em questão.

Essa insuficiência dos objectos internos parece activar uma recuperação objectal imperiosa expressa no consumo da droga. Para Charles-Nicolas (1991), essa insuficiência bem como a importância das pulsões agressivas, ocupam um lugar chave na problemática aditiva. Isto pode ser avaliado na deficiência face ao meio e aos acontecimentos exteriores, sentindo-se o toxicodependente constantemente ameaçado já que os movimentos pulsionais são vividos como vindos do outro, tentando proteger-se em relação ao outro, tentando amortecer quaisquer intrusões ou agressões possíveis. A droga é o seu auxiliar, sendo frequente o toxicodependente precipitar-se para a droga após um ferida narcísica aparentemente mínima. O toxicodependente parece ser verdadeiramente permeável. Simultaneamente espera tudo do exterior, incluindo a sua cura, e as exigências insaciáveis em relação aos objectos são bem comuns.

¹ A concepção ordálica entende certos comportamento de risco, designadamente toxicodependências, tentativas de suicídio e paixão pelo jogo, como desejo de experimentar a morte deixando ao acaso a sua sorte; a conduta ordálica realiza um comportamento repetitivo de atitudes de risco e toma, em geral, a aparência de um suicídio crónico.

Há autores (Rado, 1933; Wurmser, 1977; Domingos Neto, 1989) que consideram a existência de uma doença pré-aditiva antes do consumo compulsivo de drogas, com uma crise narcísica e uma disrupção dos mecanismos de defesa. Wurmser (1977) acredita que a droga pode ser usada adaptativamente pelo heroinómanos para compensar defeitos nas suas defesas psíquicas, particularmente sentimentos de raiva, dor, vergonha e solidão. Refere o uso massivo da denegação e a externalização que distingue o toxicodependente dos outros doentes.

Para Domingos Neto (1995), quando a pessoa abstínente começa a experienciar sentimentos, sejam eles bons ou maus, se habitua minimamente a suportá-los e a lidar com eles, a sua relação com a droga altera-se e, mesmo que aconteçam recaídas, elas serão sempre leves e jamais regressará ao consumo compulsivo. Esta vivência de sentimentos é antecipada com um grande medo e, muitas vezes, a pessoa prefere continuar a drogar-se.

Na senda destas questões, Claude Olivenstein sublinhou a complexidade dos objectivos terapêuticos face ao sofrimento do sujeito desintoxicado e à função que o sintoma ocupa na economia psíquica do sujeito.

Marlatt (1980), a propósito da eficácia do tratamento, demonstra no seu estudo da prevenção das recaídas² que, de recaída em recaída, observa-se uma modificação, uma progressão do modo de vida do indivíduo. No decurso de tratamentos sucessivos, ocorre uma transformação do funcionamento mental do

² A recaída é conceptualizada como um processo que compreende um conjunto de passos sequenciais que se inicia com a decisão de abstinência precedendo o episódio de recaída e culminando nas reacções afectivas e cognitivas face à recaída.

toxicodependente no sentido da possibilidade de fantasiar, de simbolizar. O objectivo do terapeuta não pode ser e apenas a abstinência, mas principalmente permitir associações cada vez mais ricas e mais frequentes, não obstante as inúmeras interrupções do tratamento.

Consumir drogas, além de ter uma etiologia multifactorial complexa, possui sobretudo uma significação, um significado que pode ser destrutivo ou que é "em vez de" impulsos ou sentimentos afectuosos e criativos (valor restitutivo). Na vida do toxicodependente, a droga tornou-se a dada altura objecto principal. Ao procurar libertar-se o toxicodependente da sua alienação, alienação que não se esgota na dependência de um produto, o objectivo terapêutico será o de secundarizar o objecto droga na vida do sujeito - aquilo que Olivenstein designa de "democracia psíquica".

O contributo da abordagem cognitivista, fornecedora de um modelo que operacionaliza construtos e objectivos de uma forma gradual e avaliável, provavelmente cria instrumentos poderosos de compreensão e de intervenção em perturbações que evidenciam passagens ao acto, verdadeiros ataques ao pensamento, isto é, à possibilidade de elaboração a partir das partes não psicóticas da personalidade.

Um objectivo fundamental do tratamento dos toxicodependentes é abrir "brechas" no seu espaço mental e, tendo presente que o seu funcionamento psíquico, qualquer que seja a estrutura psicopatológica subjacente, implica um sobre-investimento do sensorial limitativo do acesso às representações - com efeito, neste tipo de funcionamento o agir compulsivo tende a substituir-se à elaboração mental - poderão ser benvindas as abordagens e as técnicas que trabalham activamente as significações e o seu papel no sentir e no controle dos impulsos. De

facto, estes sujeitos arriscam constantemente a actividade do pensamento recorrendo ao tóxico que funciona como anti-pensamento.

1.2. Estados-limite e Toxicodependência

A investigação tem demonstrado que não há um modelo único de personalidade toxicodependente mas parece existir, geralmente, um distúrbio de personalidade com traços comuns. Uma grande parte dos toxicodependentes apresentam personalidades depressivas que se caracterizam por uma importante imaturidade afectiva impeditiva de uma estruturação sólida da personalidade, seja no sentido neurótico, seja no sentido psicótico. Esta depressão essencial é específica de uma organização limite subjacente e é acompanhada de uma desadaptação grave da pessoa, tanto à realidade externa como à realidade interna.

Partilhando a experiência de que a Perturbação Estado-Limite ou *Borderline* da Personalidade se diagnostica com frequência nos indivíduos com problemas de consumo, a compreensão deste modo de organização/funcionamento torna-se fundamental.

O contributo teórico-clínico de Mahler (1950, 1960), em especial o seu referencial teórico da separação-indivuação emergente dos seus trabalhos sobre as fases de desenvolvimento infantil durante os três primeiros anos de vida, tem sido particularmente importante para a compreensão dos fenómenos *borderline* no adulto.

A autora centra na não resolução da "crise de reaproximação" o desenvolvimento de uma má introjecção na criança, a qual pode desencadear uma clivagem do mundo objectal em bons e maus objectos, característica particularmente evidenciada no funcionamento limite. É este desenvolvimento patológico que por sua vez, vai dificultar a formação da identidade normal (no terceiro ano de vida), aparecendo mais tarde um déficite de integração da identidade e uma organização das defesas em torno da clivagem.

Dada a relevância da fase de separação-individuação na problemática limite, especifiquemos as fases do desenvolvimento da criança preconizadas por Mahler:

- Fase autista (primeiro mês de vida).
- Fase simbiótica (do primeiro ao quinto mês de vida).
- Fase de separação-individuação (do quinto mês ao terceiro ano de vida).

A última fase compreende quatro sub-fases:

- Diferenciação (dos cinco aos sete meses de vida).
- Exploração (dos sete aos 15 meses de vida).
- Reaproximação (15 aos 22 meses de vida).
- Consolidação da constância do objecto e do *self* (dos 22 aos 36 meses de vida).

Na primeira fase há uma dependência total dos cuidados maternos e o bebé não distingue a realidade interna da externa.

Na fase seguinte, embora ainda haja uma indiferenciação dos limites do *self* e do objecto, o bebé começa a realizar que existe um outro que lhe satisfaz as suas necessidades instintivas, diminuindo-lhe a tensão e o mal estar - começam aqui os primeiros passos em direcção à diferenciação do Ego. Durante esta fase o objecto narcisicamente fundido é percebido como bom, em harmonia com o *self* simbiótico e, portanto, diz-se que a identificação primária tem por base uma valência positiva de amor.

O período de diferenciação da fase de separação-indivuação, caracteriza-se pela diminuição da dependência corporal da mãe, até aí total. Surge o interesse pelo mundo exterior mas sempre na presença da mãe.

Na sub-fase seguinte, de exploração, há um enorme investimento narcísico no próprio corpo bem como nos objectos à sua volta. Começa a ser possível o afastamento físico da mãe e a exploração do espaço para além desta mas, volta sempre à mãe como que para uma "recarga emocional". Com a conquista do andar, a criança torna-se um indivíduo separado e autónomo, atingindo-se o primeiro nível da identidade.

É no período de reaproximação que se dá a descoberta de que mãe e criança agem separadamente. Mas, se assim é, então há o risco de ficar sózinha, de perder a mãe. É este medo que faz aparecer a preocupação constante com o lugar onde a mãe se encontra e o desejo de a ter por perto.

A partir desta etapa, a criança tem maior noção do seu *self* separado da mãe, sendo fundamental a disponibilidade emocional desta. Na medida em que a mãe se ofereça como objecto securizante, que ama, que não abandona, em quem a criança pode confiar, constitui-se como bom objecto susceptível de ser introjectado e permitindo assim, que a criança possa afastar-se em segurança e continuar a sua evolução no sentido de uma independência e de uma autonomia cada vez mais diferenciadas. Através deste processo "reaproximação - introjecção do bom objecto", consolida-se o sentido de identidade. A mãe que facilita a autonomização da criança, ajuda-a na conquista da sua própria identidade, permitindo-lhe através da constância de objecto que o seu Eu comporte a angústia de separação. A evolução favorável será, pois, o predomínio do amor sobre a hostilidade.

As mães "suficientemente boas" (Winnicott, 1966), contentoras das angústias dos seus filhos permitem que a separação seja encarada como uma etapa do desenvolvimento, o que parece não ter sido possível nos indivíduos com perturbação *borderline*. Se, na sub-fase de reaproximação, especialmente delicada pela insegurança vivida e pela necessidade de confirmação do bom objecto, acontecer que aquilo que a criança vivencia é o oposto do que necessita, a agressividade pode despoletar e ameaçar o bom objecto e com ele a representação boa do *self*.

Nas crianças com um desenvolvimento inadequado, seja por aspectos constitucionais e fraco suporte para as introjecções negativas, seja por dificuldades da mãe em aceitar as suas angústias de separação, o conflito ambivalente é visível durante a reaproximação através de, por exemplo, atitudes de apego alternando

com conduta negativista. Isto pode significar que a criança dividiu o mundo interno e objectal em bom e mau, o que lhe permite defender o bom objecto contra os derivativos do impulso agressivo.

Sendo a clivagem um mecanismo de defesa central na organização limite da personalidade, ela pode notar-se já na quarta sub-fase da separação-individação, momento em que deveria ser alcançada a constância do objecto libidinal. É exactamente a deficiência da integração e da internalização que deixará resíduos, podendo assim manifestar-se em mecanismos borderline que indicam o grau de insucesso na função de síntese do ego. Este fracasso pode implicar que a pessoa nunca atinja a autonomia. Nas organizações limite, embora exista a noção do Eu e do não Eu, existe uma identidade difusa, pois a separação não se fez nos moldes necessários.

Em síntese, os mecanismos psicodinâmicos dos estados limite assentam numa prevalência de exigências imanentes de fixações narcísicas importantes. O essencial dos mecanismos de defesa é representado pela clivagem: clivagem do objecto parcial e conseqüentemente clivagem do Eu, que visa prevenir a generalização da angústia intensa que resulta da introjecção do mau objecto, isto é, risco interno de destruição e visa, também, proteger o núcleo do Eu construído à volta das introjecções positivas do bom objecto.

Leal (1989), afirma que embora a prevalência da clivagem não permita o desenvolvimento em direcção à edipianização, instaura entretanto reparações maníacas poderosas: defesas que visam reparar o objecto de forma tal que nem a

perda nem a culpabilidade sejam vivenciadas. Para a autora, enquanto compensada, a organização limite da personalidade na sua possibilidade de desconhecer culpabilidade, de ser agressiva, de funcionar predominantemente no registo factual, de ter um Super-Ego descartável e um Ideal do Eu grandiosos, são as mais adaptadas às exigências e valorações da sociedade actual. Trata-se de indivíduos " (...) mais vocacionados para o sucesso, os que melhor desbaratam energia, os que menos se incomodam com os encontros e desencontros da vida, os que menos imaginam e mais realizam" (Leal, 1989)³.

O conceito de estado-limite ou *borderline* presta-se a ambiguidades. Abriu-se um campo da sintomatologia e da psicopatologia que não depende nem da neurose nem da psicose e que agrupa, de forma abrangente, certas alterações psicopatológicas à volta da pré-psicose. O sujeito não constrói um sintoma (como na neurose) nem faz um delírio (como na psicose) mas antes age o conflito, o que significa a recusa do aparelho em se responsabilizar pela sua apreensão: qualquer coisa deve ser mobilizada no exterior e do exterior, consequência da clivagem, da negação e da identificação projectiva.

Em termos de uma descrição breve do quadro psicodinâmico da perturbação *borderline* podem ser referidos os problemas de carácter de baixo nível (Kernberg) no sentido em que apresentam fixações orais muito importantes, mostram-se incapazes de reconhecer a motivação dos outros, mostram-se instáveis e provocadores nas suas relações com os outros a par de uma oscilação rápida dos seus sentimentos, sejam eles positivos ou negativos. A única estabilidade possível é

³ Leal, I. (1989). "Império do Moderno, Império do Sentido", in Comunicações apresentadas no IV Seminário de Psicologia e Psicopatologia Clínica Estados Limite, 102-107.

a instabilidade. Distinguem-se, por um lado, dos neuróticos pelos seus problemas de identidade que revelam um déficit de integração ao nível do *self*, das pessoas significativas da sua vida (síndrome da identidade difusa de Erikson) e, por outro lado, dos psicóticos na medida em que mantêm em relação a eles próprios, a noção de realidade. As relações de objecto apresentam-se sob a égide da clivagem que implica ficar preso em estados contraditórios que o dominam alternadamente. A clivagem é, ao mesmo tempo, causa e consequência da fraqueza do Eu. Por outro lado, a experiência da verdadeira depressão está-lhe vedada uma vez que, devido à clivagem, à idealização primitiva, à negação, à onnipotência e à desvalorização do objecto, a patologia *borderline* encontra-se incapaz de integração das boas e más imagens do objecto (objecto total).

2. A Perspectiva Cognitiva das Perturbações da Personalidade

Alguns autores consideraram a impossibilidade da aplicabilidade da abordagem comportamental-cognitiva na avaliação e intervenção nas perturbações de personalidade. Esta posição assenta na tradição longa em termos de rejeição de explicações do comportamento psicopatológico baseadas na ideia de traços de personalidade persistentes, preferindo explicações baseadas nos estímulos, consequências e cognições experienciadas na situação em que o comportamento ocorre. Ora, segundo a DSM-IV, a definição de perturbação de personalidade corresponde a um padrão estável de experiência interna e comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é invasivo e inflexível, tem início na adolescência ou no jovem adulto, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade. Há no entanto outros autores, designadamente Millon (1981), defendendo um ponto de vista biopsicossocial das perturbações de personalidade, afirmam a utilidade das abordagens comportamentais e cognitivistas quer em termos de conceptualização e diagnóstico, quer em termos de intervenção.

A terapia cognitiva baseia-se basicamente num modelo de relações entre cognições, emoções e comportamento. Do ponto de vista da cognição são salientados três aspectos: (1) pensamentos automáticos (2) suposições, crenças subjacentes (3) distorções cognitivas. As interpretações imediatistas, não premeditadas dos acontecimentos são referidas como pensamentos automáticos. Uma das principais premissas da perspectiva cognitivista do funcionamento humano é que os pensamentos automáticos modelam quer as emoções quer as acções dos

indivíduos em resposta aos acontecimentos. Uma segunda premissa prende-se com o papel que as crenças, as suposições e os esquemas desempenham na percepção e interpretação dos acontecimentos. Finalmente uma terceira premissa baseia-se na observação de Beck (1976) de que os erros lógicos ou distorções cognitivas são consideravelmente prevalentes em várias perturbações.

Saliente-se que há autores e investigações que questionam esta crença de que os sujeitos perturbados, nomeadamente os deprimidos, são menos precisos e menos realistas que os sujeitos normais, ou seja, erros do pensamento que corresponderiam a uma falha nas regras da lógica formal, regras que fariam parte do pensamento normal caracterizado como lógico e racional. Há estudos que parecem apontar para o oposto, isto é, os sujeitos deprimidos revelam uma maior precisão nos seus julgamentos enquanto os sujeitos normais apresentam um enviesamento que foi referido como "ilusão de controle" (Alloy & Abramson, 1979, 1988).

A perspectiva mista baseada na Teoria dos Modelos Mentais (Johnson-Laird, 1983) legitima os vários resultados empíricos já que considera que o pensamento normal não se processa num modo sintático e com regras da lógica formal, mas antes num modo semântico onde os modelos mentais são construídos e manipulados.

Power e Champion (1986), ao explicitarem algumas das vantagens dos modelos mentais na compreensão do funcionamento mental, tornaram muito claro que os indivíduos constroem modelos de si próprios e do mundo que, apesar de

geralmente serem incompletos ou imprecisos são normalmente úteis dessa forma.

Dito de outro modo, não será a validade que preside à construção dos modelos mas a sua utilidade.

2.1. A Conceptualização Cognitiva da Perturbação Borderline

O Modelo Cognitivo dos distúrbios neuróticos ou da personalidade (Beck, 1976; Beck et al., 1985; Beck & Freeman, 1990; Ellis, 1962; Meichenbaum, 1977) corresponde a uma psicopatologia das significações. A dependência das emoções e atitudes inadequadas relativamente às produções significativas do indivíduo perturbado, está na base do primado dos determinantes cognitivos na expressão sintomática, cujas asserções principais são as seguintes:

- A significação pessoal de um acontecimento depende de processos cognitivos disfuncionais, incluindo o processamento tácito de significações perturbantes (e. g. de vulnerabilidade, desvalorização, negativismo, perfeccionismo, dúvida, grandiosidade, perseguição).
- A significação pessoal de um acontecimento determina a reacção emocional a esse acontecimento (e. g. vulnerabilidade face ao perigo o que leva à ansiedade; sentido de perda e de desvalorização o que produz disforia; prevenção do risco e da perfeição o que origina pensamentos obsessivos; hostilidade contra o próprio o que suscita cólera).

As significações são actividades cognitivas dirigidas para um fim que é o de interpretar ou explicar a realidade. Essas actividades cognitivas são adquiridas progressiva e integradamente. A pregnância ou a heurística de uma significação advém do seu relacionamento com outras significações, ou seja, toda a significação da realidade constitui-se numa dialéctica entre as significações que competem entre si para uma maior saliência dentro do sistema. Neste contexto emerge para a consciência, ou é alvo de atenção selectiva, a significação que for mais hipervalente, ou activada mais facilmente, e de maior densidade ou prepotência. Essa significação será activada mais frequentemente do que as outras, em resposta a qualquer acontecimento que suscite dúvida ou provoque um conflito.

Repare-se que, o que distingue as significações sintomáticas das adaptativas, não será apenas uma questão de diferença de conteúdos.

Quando se tenta estabelecer uma ponte entre as abordagens teóricas da Relação de Objecto ou outras abordagens psicanalíticas, e a perspectiva comportamental-cognitiva, parece ser possível dizer que a ideia central é que a personalidade borderline vivenciou relações precoces pobremente integradas (há déficite na construção e na constância do bom objecto interno a partir das relações perturbadas com os pais, desde o nascimento ou mesmo desde a concepção imaginária que os pais fazem da criança) e, conseqüentemente, constrói expectativas irrealistas face às relações interpessoais, expectativas que modelam constantemente as respostas emocionais e o comportamento.

Millon (1981) apresenta um ponto de vista alternativo baseado na Teoria da Aprendizagem Social que atribui um papel central à falta de um sentido claro e consciente de identidade. Este autor defende que esse déficit inclui a falta de objectivos claros e consistentes conducentes a acções pobremente coordenadas, a impulsos pobremente controlados e à falta de cumprimento. Sugere também que, associado à identidade instável e insegura, este tipo de personalidade torna-se dependente dos outros procurando securização e protecção sendo particularmente vulnerável à separação. Esta situação complica-se pelos conflitos internos face à dependência vs. afirmação e pela zanga provocada pela armadilha da dependência: a separação e a perda sempre eminente.

Relativamente aos aspectos cognitivos da Perturbação Borderline da Personalidade, embora pouca atenção tenha sido dada, é possível que a abordagem cognitiva tenha um contributo importante para ser investigado e aplicado. Ou seja, não somente a análise do conteúdo do pensamento em determinadas situações pode tornar mais compreensíveis as respostas aparentemente extremas como, e talvez mais importante, pode possibilitar a compreensão das distorções cognitivas e das crenças básicas comuns nesse tipo de personalidade fundamental para a conceptualização estratégica da intervenção.

O pensamento dicotómico referido por Beck enquanto distorção cognitiva, está particularmente presente na perturbação borderline e parece contribuir substancialmente para reacções extremas e alterações de humor frequentes. Este tipo de distorção corresponde à tendência para se avaliar experiências em termos de categorias mutuamente exclusivas, mais do que em termos de um continuum. O

resultado deste pensamento "tudo-ou-nada" é forçar interpretações extremas face a acontecimentos relativamente neutrais, interpretações que são necessariamente acompanhadas por respostas emocionais e acções igualmente extremadas. Note-se, também, que o pensamento dicotómico conduz a mudanças abruptas nas emoções e nos comportamentos devido à ausência de categorias intermédias.

Um outro aspecto fundamental é o papel central das crenças básicas na manutenção do distúrbio. De acordo com a evidência clínica, três crenças básicas são predominantes: (1) "O mundo é um sítio perigoso e malévolo" (2) "Sou fraco e vulnerável" (3) "Sou intrinsecamente inaceitável". Estas crenças têm um impacto importante na cognição e no comportamento do sujeito.

A conceptualização do mundo como um local perigoso e malévolo por um indivíduo que se conceptualiza a si próprio como frágil e vulnerável, leva-o a conclusões do tipo que é perigoso descurar a vigilância, assumir riscos, revelar fragilidade, perder o controle, ver-se numa situação sem saída ou da qual é difícil escapar, etc., daqui resultando não somente tensão e ansiedade crónicas mas também uma atitude de vigilância permanente que, inevitavelmente, tende a reforçar/perpetuar a concepção da perigosidade e da maldade do mundo.

Algumas pessoas que têm esta concepção do mundo sentem-se capazes de confiar nas suas próprias capacidades para lidar com a perigosidade e maldade do mundo e tendem a desenvolver um padrão paranóide. No caso da perturbação borderline a crença de que a própria pessoa é intrinsecamente inaceitável conduz à conclusão de que a dependência comporta o risco sério de abandono/rejeição ou

ataque. Este indivíduo confronta-se então com o dilema da dependência, convencido de que está relativamente desamparado num mundo hostil, vendo-se obrigado a oscilar continuamente entre a autonomia e a dependência.

A combinação pensamento dicotómico/crenças básicas na perturbação borderline é particularmente potente. Todos nós reconhecemos que o mundo representa riscos e ameaças, mas o pensamento dicotómico associado às crenças básicas torna o mundo um local fatal.

O pensamento dicotómico também cria e perpetua alguns dos conflitos típicos da perturbação borderline, como por exemplo, a frustração ou a antecipação da frustração do desejo de dependência e de intimidade o que provoca, com frequência, a zanga intensa que é sentida pelo sujeito de forma tão devastadora que pode destruir qualquer hipótese de relação próxima. Por outro lado, a satisfação do desejo de intimidade e de dependência é visto como intolerável já que, num mundo hostil, ser dependente implica ser vulnerável (igual a perigo).

Finalmente, um outro componente que parece assumir um papel central na perturbação borderline, tem a ver com um fraco ou instável sentido de identidade. A confusão respeitante a objectivos e prioridades, torna muito difícil o trabalho consistente e efectivo em direcção a objectivos a longo-prazo, especialmente face a mudanças emocionais abruptas. O sentimento de baixa auto-eficácia conduz a baixa motivação e a fraca persistência o que limita o sucesso face à adversidade. A ausência de um sentido claro de self torna particularmente difícil decidir o que fazer

em situações ambíguas bem como manter numa relação de intimidade/proximidade, um claro sentido de si próprio separado do outro.

À laia de conclusão podemos dizer que o modelo cognitivo apresentado propõe que as crenças básicas, o pensamento dicotómico e o fraco sentido de identidade contribuem de forma intrincada para a perturbação do estado-limite da personalidade, constituindo-se como um sistema de reforço mútuo e de auto-perpetuação que é bastante complexo.

C. O Toxicodependente no Contexto Prisional

1. Internamento e Prisão: Doentes e Presos

O afrouxamento da severidade penal no decorrer dos últimos séculos é um fenómeno que emerge na história do castigo do desvio. Até aos finais do século XVIII e inícios do século XIX, o corpo constituía-se o alvo preferencial da punição, tendo sido imaginada ao longo dos tempos uma verdadeira panóplia de horrores. Depois o espectáculo da punição começa a ser suprimido: menos crueldade, menos sofrimento, mais respeito e mais humanidade, traduzindo a mudança de objectivo da acção penal. O protesto contra os suplícios é encontrado em toda a parte na segunda metade do século XVIII e em algumas dezenas de anos (1830-1840), o corpo desaparece como o alvo principal da repressão penal e começa a delinear-se o carácter essencialmente correctivo da pena.

Mas, se já não é o corpo o objecto da punição, então qual é? É a alma que se torna o alvo do castigo, esperando-se que este actue profundamente sobre a pessoa. Malby (cit. Foucault, 1975) formulou o seguinte princípio: "Que o castigo, se assim posso exprimir, fira mais a alma do que o corpo".

Naturalmente que esta transformação teve ritmos diferentes nos vários países. A Inglaterra, por exemplo, foi dos países mais resistentes ao cancelamento dos

suplícios. Em Portugal, entre 1867 e 1886, foram abolidos a pena de morte, a prisão perpétua e os trabalhos forçados com correntes nos pés.

Um pouco por toda a Europa assistiu-se a um fenómeno de internamento (a Grande Reclusão ordenada por Luís XIV) que, juntando sob um mesmo tecto e uma mesma autoridade administrativa, todos os que perturbavam a ordem, contribuiu de forma decisiva para a delimitação do território da prisão.

O século XVII criou vastas casas de internamento, cuja ideologia assentava basicamente na necessidade de uma resposta face à crise económica que afectou fortemente o mundo ocidental da altura e o consequente alastramento da pobreza. Durante os períodos de crise, os locais de internamento correspondiam a formas de controle dos que ameaçavam a ordem social (os ociosos) e, fora desses períodos, já não se tratava de prender os que não trabalhavam, mas antes de dar trabalho aos que eram presos. Os ganhos eram claros: mão de obra barata nos tempos de pleno emprego e salários altos e, em tempo de desemprego, reabsorção dos ociosos e protecção contra a agitação e revoltas.

Os doentes mentais foram apanhados na onda do internamento, facto que teve a enorme importância de ter permitido a sinalização da sua diferença: eram incapazes para o trabalho e de seguirem os ritmos da vida colectiva. A necessidade de um regime especial para os alienados começa a assumir forma e o século XIX vem a atribuir espaços próprios a essa população específica. Portanto, pode dizer-se que a ideologia do internamento não teve somente o papel negativo da exclusão,

desempenhou também um papel positivo da organização: separando, categorizando e distribuindo os vários sectores do desvio (Foucault, 1961).

O movimento da história conduz a uma penalidade de detenção: a privação da liberdade é a pena por excelência numa sociedade em que a liberdade é um bem que pertence a todos da mesma maneira e ao qual cada um está ligado por um sentimento universal e constante; é portanto um castigo igualitário. Além disso, permite a quantificação segundo a variável tempo, reenviando para a possibilidade de reparação e, enquanto aparelho de transformar indivíduos, que treina e torna dóceis os elementos desviantes da norma social, aceita os mecanismos do corpo social. Esta fundamentação jurídico-económica por um lado, e técnico-disciplinar por outro, fez com que a detenção/prisão se tornasse a forma mais imediata e civilizada de todas as penas.

Grandes esperanças foram depositadas no sistema penitenciário, esperando-se que ele fosse capaz de resolver problemas como a miséria crónica das prisões, a contaminação criminógena produzida pelo meio, a anterior ineficácia na regeneração dos criminosos. Esperanças que surgem num período caracterizado por um quadro mental decorrente do progresso das ciências classificativas:

➤ Normais

➤ Anormais

➤ Alienados

➤ Criminosos

➤ Outros degenerados

No século XIX, o criminoso passa a ser visto como alguém que é vítima do meio em que está inserido, uma alma conturbada por razões diversas: a falta de instrução, de ensinamentos morais, de recursos financeiros, o que significa que, como doente moral, é susceptível de correcção e de cura. O processo consistia em colocar a pessoa sob a alçada de uma obra de reconstrução, accionada pelos agentes prisionais, que compreendia várias etapas (regime progressivo):

Isolamento → Remorso → Educação → Penitência

O racional do método prende-se com a criação do "sujeito psicológico": um sujeito susceptível de aprendizagem, treino e reforma.

No nosso país, o tratamento legislativo e doutrinal da matéria da execução da pena de prisão, goza de tradição ímpar. Ao contrário de outros países, a orientação da execução da pena de prisão para a ressocialização do delincente não foi abandonada durante o século XX. Portugal manteve-se fiel à intenção de recuperação social do delincente, embora matizada pelos condicionalismos inerentes ao regime autoritário do Estado Novo, de que dá conta a Reforma Penal de 1936, estabelecendo-se os métodos de aperfeiçoamento das tecnologias de correcção que vinham já do século XIX da Europa e dos Estados Unidos e adequando-os às características dos delinquentes através da sua classificação e distribuição por instituições específicas. No período democrático, o aprofundamento do pensamento da socialização enquanto principal finalidade de execução da medida da pena, não tem cessado.

Desde cedo (1820-1845) que surgiram as críticas à prisão e de seus métodos, formuladas num conjunto de afirmações que ainda hoje se repetem:

- As prisões não diminuem a taxa de criminalidade.
- A detenção provoca a reincidência.
- A prisão não pode deixar de fabricar delinquentes.
- A prisão favorece a organização de um meio de delinquentes solidários entre si, hierarquizados e prontos para cumplicidades futuras.

São críticas que apontam em duas direcções: por um lado o facto de não ser efectivamente correctora e, querendo ser correctiva, perder força punitiva e por outro, a prisão ser uma duplo erro económico quer pelo custo intrínseco à sua organização, quer pelo custo da delinquência que não reprime (Foucault, 1975).

A resposta dada tem sido invariavelmente a mesma: a recondução dos princípios invariáveis da técnica penitenciária, princípios que existem há quase 150 anos:

1. Princípio da Correção, ou seja, a detenção penal deve ter por função essencial a transformação do comportamento do indivíduo.
2. Princípio da Classificação, ou seja, os detidos devem ser isolados ou pelo menos repartidos de acordo com a gravidade penal do seu acto, mas principalmente segundo a sua idade, as suas disposições, as técnicas de correção que se pretende utilizar para com ele, as fases da sua transformação.

3. Princípio da Modulação das Penas, ou seja, o desenrolar das penas deve poder ser modificado segundo a individualidade dos detidos, os resultados obtidos, os progressos ou as recaídas.
4. Princípio do Trabalho como Obrigação e como Direito, ou seja, o trabalho deve ser uma das peças essenciais da transformação e da socialização progressiva dos detidos.
5. Princípio da Educação Penitenciária, ou seja, a educação do detido é, por parte do poder público, ao mesmo tempo uma precaução indispensável no interesse da sociedade e uma obrigação para com o detido.
6. Princípio do Controle Técnico, ou seja, o regime da prisão deve ser, pelo menos em parte, controlado e assumido por um pessoal especializado que possua as capacidades morais e técnicas de zelar pela boa formação dos indivíduos.
7. Princípio das Instituições Anexas, ou seja, o encarceramento deve ser acompanhado de medidas de controle e de assistência até à readaptação definitiva do antigo detido.

Há cerca de século e meio que a prisão vem sempre sendo dada como o seu próprio remédio, insistindo-se na reactivação das técnicas penitenciárias como a única maneira de reparação do seu fracasso predominante na realização do projecto socializador, como o único método para superar a impossibilidade de torná-lo realidade. Para Foucault (1975), a instituição prisional mantém-se e o princípio da detenção penal nunca foi seriamente questionado, porque esse sistema se enraíza em profundidade e exerce funções precisas: de uma maneira geral os castigos não se destinam a suprimir as infracções mas sim a arrumá-las, a distribuí-las e a utilizá-las; a penalidade é uma maneira de gerir as ilegalidades, de testar os limites

da tolerância, de dar terreno a alguns, de fazer pressão sobre outros, de excluir uma parte, de tornar útil outra, de neutralizar uns, de tirar proveito de outros.

Em resumo, para Foucault (1975) a penalidade desempenha um papel fundamental na economia global das ilegalidades e aparentemente fracassando, a prisão atinge o seu objectivo quando dá visibilidade ao que pode perturbar. O atestado de fracasso da prisão deve ser substituído pela noção de que o sucesso do sistema reside na criação de uma ilegalidade visível, demarcada e útil e que, simbolicamente, encerra todas as outras: a delinquência propriamente dita. A delinquência, ilegalidade dominada, constitui-se agente para a ilegalidade dos grupos dominantes. A implantação das redes de prostituição no século XIX, os tráficos de armas, os de álcool nos países de lei seca, os de droga, são exemplos do funcionamento de delinquência útil.

2. Delinquência e Psicopatologia

A população prisional actual é consideravelmente diferente da que existia há uns anos atrás, sendo o fenómeno das toxicodpendências¹ o principal responsável pela mudança quantitativa e qualitativa que desafia a filosofia e os dispositivos do tratamento penitenciário.

A preocupação com as relações entre delinquência e perturbação psicológica não é nova, designadamente o tema da inimputabilidade e as questões ligadas à responsabilidade e necessidades específicas de um grupo de pessoas cujos actos se colocavam na charneira do Direito e da Medicina.

Fortes (1991) resume algumas referências históricas:

- Em 1809, Pinel descrevia a Mania Sem Delírio como uma doença caracterizada por comportamentos delinquentes repetitivos.

- Em 1835, Prichard introduzia o termo "insanidade moral".

- Em 1876, Lombroso preocupou-se com a correlação entre comportamento criminal e defeitos congénitos.

¹ No relatório de 1999 do Provedor da Justiça sobre o sistema prisional é referido que num universo de aproximadamente 14 500 reclusos, a maioria tem problemas de consumo (os valores estimados diferem de acordo com a realidade de cada estabelecimento prisional mas a média será à volta dos 70 %).

- Na mesma época de Lombroso, Kraepelin afirmava que o comportamento delinquente era indicador de doença mental, cuja etiologia e patologia era mal compreendida.
- Koch, em 1891, introduz o conceito de psicopatia.
- Charcot em 1899 dizia:

Nem todos os histero-neurasténicos admitidos nos hospitais são trabalhadores manuais regulares; conta-se entre eles uma grande força de indivíduos sem profissão nem domicílio certo, vadios, numa palavra, que dormem muitas vezes debaixo das pontes ou nos fornos de gesso e que andam sempre expostos a cair nas garras da polícia. Dar-se-á o caso que a vadiagem conduza a histero-neurastenia ou que esta, inversamente, conduza à vadiagem? Questão delicada e de máximo interesse, que merecia por certo ser um dia objecto de aprofundado estudo. Por agora, limitar-me-ei a comunicar-vos uma impressão que tive, após algumas observações que fiz neste ofício: e vem a ser que a histero-neurastenia é vulgaríssima nos miseráveis, nos maltrapilhos e nos indivíduos sem profissão que frequentam alternadamente as prisões, os albergues nocturnos e os depósitos de mendicidade.

(Cit. Rodrigues da Silva, 1991, p. 84)

- Schneider (1959) continua a utilizar esta classificação para descrever indivíduos que, embora não fossem realmente doentes psiquiátricos, desenvolviam estilos de personalidade anti-sociais; relaciona assim delinquência e personalidade.
- O movimento psicanalítico vem colocar a hipótese de que o comportamento anti-social tem origem nos defeitos (inconscientes) dos cuidados precoces e subsequentes defeitos na estruturação do Super Ego. Nesta linha evolutiva,

Winnicott (1950, 1960) conceptualiza a falha narcísica na relação primária com a mãe, a disfunção da função de rêverie e de objecto transitivo com efeitos na função de simbolizar, fundamental na metabolização da agressividade.

- Mahler (1959, 1960), ao descrever o processo de separação-individação de uma população prisional constata que tinham sido predominantemente crianças que, por volta dos dois anos de idade, eram sentidas pelas mães como querendo fugir ou desaparecer de casa.
- Kernberg (1970, 1980), descreve a patologia borderline e narcísica como uma incapacidade interna de sintetizar imagens e sentimentos bons e maus. A raiva e a inveja eram o motor desta clivagem e explicariam as dificuldades de relação interpessoal e o comportamento agressivo.
- Kohut (1966, 1977), descreve a importância das figuras parentais e da autoridade na formação do self/objectos internos, que se formariam como um espelho através de uma relação empática. Os objectos internos seriam fundamentais na formação de um self como núcleo da personalidade.

Nas últimas décadas a população prisional evoluiu dramaticamente, quer quantitativa² quer qualitativamente, introduzindo-se novas significações, confrontos e exigências de mudança catastrófica³ que representam uma ameaça para o *establishment*, activando-se ansiedades psicóticas e defesas não adaptativas. Muito desta transformação prende-se com o fenómeno das toxicoddependências⁴,

² A taxa global de sobrelotação anda à volta dos 142.4%, sendo particularmente grave no contexto prisional feminino (219.2%) (in Relatório sobre o Sistema Prisional do Provedor de Justiça, 1999).

³ Conceito definido por Bion e que diz respeito a uma conjunção de factos que pode ocorrer em campos diversos - na mente, na sessão psicanalítica e na sociedade - quando surge uma ideia nova que contém uma força potencialmente disruptiva que violenta, em maior ou menor grau, a estrutura do campo em que se manifesta (Grinberg et al, 1973).

⁴ No universo actual de reclusos, cerca de 61.7% está detida por crimes com motivação ligada à toxicoddependência; na população reclusa feminina este valor aumenta para cerca de 84% (in Relatório sobre o Sistema Prisional do Provedor de Justiça, 1999).

problemática violenta e dolorosa, que intoxica as prisões e questiona duramente a filosofia penal e o tratamento penitenciário, nomeadamente na sua finalidade de ressocialização⁵. E, se no passado os doentes mentais levaram os psiquiatras às prisões, o fenómeno das toxicodependências exige que equipas de saúde pluridisciplinares articuladas e capazes de intervenções globais (bio-psico-sociais), sejam uma realidade no contexto socio-ecológico prisional.

As complexas relações entre droga e crime têm conduzido à privação da liberdade um vasto grupo de pessoas com problemas de consumo de drogas/toxicodependência, psicologicamente instável, marginal, que não pode ser totalmente desresponsabilizada e que correspondem à maior fatia da população prisional: mais de 70% dos indivíduos consumiam regularmente pelo menos uma substância psico-activa antes da entrada na prisão, segundo os resultados de um inquérito aplicado em meio prisional (Negreiros, 1997). A emergência deste tipo de população trouxe diferenças fundamentais em relação aos reclusos do passado, bem como diferenças em termos do tipo de crime, persistência do comportamento desviante, reincidência, precocidade e reinserção social, em relação aos indivíduos não consumidores (Negreiros, 1997; Rodrigues, Antunes, Mendes, 1997).

Pensar o fenómeno das toxicodependências no contexto prisional, planear intervenções de redução de riscos e de tratamento, promover a saúde em sentido lato nas prisões é, em primeiro lugar, conhecer a população reclusa que utiliza drogas.

⁵ Pouco menos de metade (45.65%) da população reclusa é reincidente; na população prisional feminina predominam as primárias (89.4%) (in Relatório sobre o Sistema Prisional do Provedor de Justiça, 1999).

A questão da saúde nas prisões é internacionalmente discutida⁶, sendo uma área de especial preocupação já que se trata de um meio particularmente desvantajoso, designadamente pela falta de privacidade, stress, oportunidades reduzidas de suporte social, higiene e sobrelotação.

Para alguns o sistema prisional é totalmente desadequado à promoção de saúde, argumentando que se trata de uma contradição. Desde sempre que a prisão tem sido rotulada de "escola do crime"⁷ e, mais recentemente, de "escola de comportamentos de risco". Para outros (Cees Goos, 1996), e apesar dessa realidade objectivamente desvantajosa, existem oportunidades de promoção nas prisões e, neste caso, as questões que se levantam são outras: Como promover a saúde nas prisões? Quais são os pré-requisitos? Em primeiro lugar é necessária algum tipo de organização. Comparativamente com outro tipo de organizações existentes na sociedade, as prisões não são do tipo flexível e, portanto, pode levar algum tempo a operacionalização dos objectivos de promoção de saúde. Por outro lado, a rigidez da sua organização pode conduzir ao ganho da estruturação pois, uma vez implantada, a promoção de saúde poderá ter uma boa base institucional.

Os consumos de drogas e os problemas de saúde associados, têm vindo a constituir-se uma preocupação central na administração penitenciária⁸. Embora a resposta prisional face à detecção de consumidores seja, com demasiada

⁶ "Healthy Prisons" - A vision for the future, Report of the First International Conference on the Healthy Prisons, Liverpool, 1996.

⁷ A crítica da prisão e de seus métodos aparece muito cedo (1820 - 1845) e fixa-se num certo número de formulações que ainda hoje se repetem (Foucault, 1987).

⁸ Resolução do Conselho de Ministros nº 62/96 que aprova o Programa de Acção para o Sistema Prisional e despacho conjunto nº 596/99 da Presidência do Conselho de Ministros e Ministério da Justiça relativo ao Programa Especial de Prevenção da Toxicoddependência nos Estabelecimentos Prisionais.

frequência, um aumento das medidas de segurança, a evidência empírica mostra que o consumo (e o tráfico) de drogas, está bem enraizado no contexto prisional, desmascarando a ineficácia da repressão e os efeitos negativos decorrentes da exacerbção do controle de comportamentos, que tende a alargar-se a toda a população prisional, tornando todo o contexto mais rígido e prejudicial à saúde dos indivíduos, em particular à sua saúde mental. À medida que o controle aumenta diminuem as oportunidades socioterapêuticas, a construção de relações saudáveis e a possibilidade de reinserção.

Winnicott (1965) conceptualizou o conceito de Ambiente Contentor a partir da relação mãe e bebê e aplicou-o a outro tipo de relações e instituições. O que dizer da possibilidade da prisão - instituição total na acepção de Goffman (1968), definida como sendo um universo fechado onde se encontram removidas as barreiras que separam as várias esferas de vida do sujeito, submetidas a uma autoridade e gestão comuns e onde os participantes são os mesmos - se constituir Ambiente Contentor? As fronteiras materiais da prisão delimitam um quadro temporário de vida específica, dotado de alguma autonomia e, certamente, de um quadro de relações sociais com dinâmicas próprias, que poderá ou não ser um espaço relacional estruturado e estruturante capaz de suporte das necessidades vitais e promover o crescimento dos seus elementos.

Os campos de vida recriados na prisão não anulam nem substituem os do meio livre que permanecem como referências para quem está detido. Família, residência e profissão continuam no exterior e os seus substitutos na prisão não possuem o mesmo significado. Neste sentido a prisão não é verdadeiramente

totalizante, representa um intervalo na vida do indivíduo e é sentido como tal.

Intervalo que poderá representar para alguns uma oportunidade de abstinência num espaço continente promotor de pensamento e de crescimento pessoal. Na acepção de Erickson, uma moratória psicossocial, no sentido em que pode promover a emancipação e a autonomia dos indivíduos.

Domingos Neto (1996), acredita que o confronto do toxicodependente com o sistema judicial pode produzir motivação adequada para o tratamento e pensa tratar-se de um preconceito a ideia de que, dessa forma, se retira à pessoa a escolha livre e autónoma de se tratar, diminuindo-se assim a probabilidade do sucesso terapêutico. A investigação parece apoiar esta posição: McLellan (1977) realizou um estudo comparativo da resposta ao tratamento de um grupo de 121 toxicodependentes, dos quais 84 tinham sido enviados pelo sistema judicial e 37 tinham comparecido de livre vontade, e concluiu que a resposta era idêntica. Domingos Neto (1996), na sua investigação dedicada à avaliação do tratamento combinado e por etapas de heroíno-dependentes, estudou uma amostra que incluía uma população judicial condenada e não condenada. Verificou que a população não judicial e a judicial não condenada aderiu mais ao tratamento (80% e 62%, respectivamente) do que a população judicial condenada (52%), traduzindo o facto do agravamento progressivo da situação judicial (e também o agravamento em termos severidade dos consumos, personalidade, situação familiar, estrato social e evolução clínica) relacionar-se com menor adesão ao tratamento. Curiosamente, o grupo judicial não condenado é o primeiro em termos de evolução o que, segundo o autor, permite concluir que as medidas judiciais podem ser muito positivas para o evoluir terapêutico.

A entrada do toxicodependente na prisão - acontecimento de vida frequente no ciclo da dependência-delinquência - poderá ser vista como um ponto de contacto com os utilizadores de drogas nunca integrados em nenhum sistema de tratamento e, neste sentido, corresponder a uma oportunidade de formulação de um pedido de ajuda, ou seja, reconhecimento do problema e tomada de consciência da necessidade de ajuda, ou pelo menos, de ter acesso a informação e a metodologias de redução de riscos⁹. Com certeza que estes objectivos implicam que os cuidados disponíveis no contexto prisional sejam ajustados às necessidades e motivações da população que alberga, e que tenham qualidade e rigor idênticos aos cuidados existentes na comunidade livre.

Esta posição reenvia para a questão do toxicodependente recluso: suas características (de personalidade, familiares, sociais, carreira de utilização de drogas), necessidades e motivações. Semelhante ou diferente do toxicodependente em meio livre?

Cândido de Agra (1998), apresenta uma tipologia para caracterizar os toxicodependentes reclusos com base em dois critérios: a precedência afirmada de um comportamento (delinquência/consumo) em relação ao outro e a especialização num tipo de comportamento desviante. Considera três tipos:

⁹ "(...) A entrada num estabelecimento prisional é um momento bastante traumático. Traumático para aqueles que vêm do meio livre, situação em que, para além do confinamento a um espaço bastante restrito, se passa à heteronomia da distribuição do tempo, num conjunto de regras que, por necessárias que sejam, não são menos espartilhadoras. Traumático pelo medo do desconhecido e do imaginário que o arquétipo prisional desperta nas consciências. (...) O processo de admissão, na perspectiva da sua estrutura física como humana e organizacional, pode ser determinante na evolução prisional de uma pessoa, quer se encontre em situação de prisão preventiva, quer de condenação, e nesse particular julgo que algo mais pode ser feito. (...)" (in Relatório sobre o Sistema Prisional do Provedor de Justiça, 1999).

- (1) O delinquente-toxicodependente que se especializou na delinquência aquisitiva antes do consumo de drogas;
- (2) o especialista em droga-crime que inicia um actividade criminal grave no período que medeia os consumos de drogas leves e duras; pode apresentar hábitos de consumo ocasional de drogas ligeiras mas afirma a sua actividade criminal no mercado ilícito de drogas, especializando-se no tráfico antes do estado de dependência;
- (3) o toxicodependente-delinquente que conduziu a sua vida abrigado da delinquência e da criminalidade e não é, de modo nenhum, um especialista em comportamento criminal, o crime nesta figura tem uma função instrumental.

Segundo o autor, o tipo delinquente-toxicodependente é largamente maioritário no contexto prisional e, portanto, pensar o toxicodependente recluso implicará ter em conta que o seu comportamento de consumo é subsequente ao comportamento criminoso bem como as diferenças em termos de personalidade, severidade e tipo de consumos, situação familiar e suporte social.

É, pois, legítimo esperar que os toxicodependentes reclusos, tal como os toxicodependentes em meio livre, não constituem um grupo homogéneo (Cândido de Agra, 1998) e, possivelmente, diferem dos indivíduos integrados nos sistemas de tratamento da comunidade livre, com necessidades e motivações também distintas.

Para Domingos Neto (1995) é possível delinear-se o seguinte quadro: os toxicodependentes tendem a ser indivíduos que não se contentam e desistem mais facilmente das relações humanas e das relações objectais, substituindo-as pelo prazer obtido por uma via não relacional. O consumo como que uniformiza as diferenças individuais em termos de personalidade e de psicopatologia. Depois de conseguida a abstinência tendem a surgir as diferentes características de personalidade, personalidades a descoberto já sem a droga massificadora, com os traumas e os desvios expostos, encontrando-se com frequência os estigmas depressivos, traços paranóides por vezes marcados com uma culpabilidade massiva, outras vezes um altruísmo não compensado por uma saudável auto-estima. Algumas destas personalidades a descoberto revelam-se bem adaptadas, outras manifestam perturbações borderline ou psicóticas mas, na verdade, não se pode falar em grupos específicos.

O papel da investigação nesta área poderá certamente, contribuir para o conhecimento da realidade e desmistificação de ficções que frequentemente fundamentam, anos a fio, atitudes e intervenções, bem como promover *insight* das resistências face à mudança¹⁰ que as toxicodependências exigem ao sistema prisional.

¹⁰ Segundo Osório (1997), uma instituição não será alterada na sua patologia básica a não ser que se proceda à análise dos elementos estruturais (caracterológicos) por forma a consciencializar-se como um todo, isto é, adquirir *insight* das motivações operacionais (mecanismos de defesa) subjacentes aos objectivos manifestos.

3. A prisão como Sistema Grupal

3.1. Alguns Conceitos Teóricos Fundamentais

O espaço prisional é um contexto socio-ecológico específico que, em muitos aspectos, compromete a vida e obriga a importantes deformações da personalidade. À sua compreensão, fundamental à mudança, a conceptualização do sistema prisional como sistema grupal, parece-nos particularmente útil.

A par de uma actividade mental dirigida para a tarefa do grupo - a ressocialização - o sistema prisional apresenta uma actividade mental oposta, mais regressiva e primária, que possui os mesmas características dos mecanismos psicóticos descritos por Melanie Klein (1946).

Definição de fantasia inconsciente

A existência de uma actividade fantasmática foi inicialmente reconhecida por Freud que referiu a existência de modalidades típicas de encenações fantasmáticas - por exemplo, "o romance familiar" - e de esquemas inconscientes que transcendem a vivência individual e que seriam hereditariamente transmitidos: as "protofantasias"¹¹. Este conceito foi aprofundado no pensamento psicanalítico, sobretudo pelo trabalho de Melanie Klein na compreensão do desenvolvimento primitivo, descobrindo o rico mundo da fantasia inconsciente e das relações de

¹¹ São estruturas fantasmáticas típicas (vida intra-uterina, cena originária, castração, sedução) que a psicanálise descobre organizando a vida fantasmática, sejam quais forem as experiências pessoais dos indivíduos; a universalidade destes fantasmas explica-se, segundo Freud, pelo facto de constituírem um património transmitido filogeneticamente (Laplanche e Pontalis, Vocabulário da Psicanálise, Lisboa: Moraes editores, 1970, 486-490)

objecto da criança, o que nos leva a referir especificamente algumas das suas descobertas.

Seguindo na transferência a simbolização e a repetição da criança, de relações de objecto e ansiedades mais primitivas, constatou que as relações de objecto da criança se prolongavam até ao passado, até uma relação com objectos parciais - o seio e o pénis - precedendo a relação com os pais como pessoas totais. Klein descobriu também que a ansiedade suscitada pelas relações de objecto primitivas pode exercer uma influência constante nas relações de objecto posteriores e na formação do Complexo de Édipo. Essas relações de objecto primitivas eram caracterizadas pela importância da fantasia.

Foi capaz de seguir a complexa acção recíproca entre as fantasias inconscientes da criança e a experiência real e o modo gradual como a criança desenvolve uma acção mais realista com os seus objectos externos.

O conflito entre agressividade e líbido é muito mais intenso nos estádios primitivos do desenvolvimento. Para Klein, é fundamentalmente contra a agressividade e a ansiedade que as defesas são erguidas.

A divisão como defesa constitui uma fantasia pela qual o sujeito pode vivenciar o ser dividido, ou vivenciar uma divisão no objecto que o confronta. Klein verificou que as crianças muito pequenas estavam constantemente a tentar dividir os seus objectos e sentimentos, tentando reter sentimentos bons e introjectar objectos bons, e a expelir objectos maus e a projectar sentimentos maus. Ou seja, o motivo para a

divisão seria a necessidade de discriminar prazer e desprazer, dor e bem-estar, bondade e maldade etc.

A criança constrói dentro de si mesma um complexo mundo interno. O mundo concreto dos objectos internos persiste com uma rocha mergulhada na personalidade para submergir em sonhos, delírios, alucinações, hipocondria (Hinshewood, 1991).

A actividade mental inicial é desencadeada pelas primeiras experiências sensoriais da criança que providenciam material para a fantasia e a memória. As fantasias inconscientes mais precoces são essencialmente corporais e expressam uma realidade interna subjectiva, uma vez que experiência com a realidade exterior é muito limitada. Dada a imaturidade psíquica do bebé, não há diferenciação entre o mundo exterior e o mundo interno e portanto, as fantasias tanto são experimentadas como somáticas, quanto como fenómenos mentais, ou seja, o desejo e o impulso, seja libidinal ou agressivo, tende a ser sentido como estando a realizar-se no momento, diga respeito a um objecto externo ou interno. Os objectos fantasiados e a satisfação deles derivada são experimentados como acontecimentos físicos: por exemplo, o bebé ao adormecer, quando faz movimentos de sucção com a boca ou chucha no dedo, fantasia que está realmente sugando ou incorporando o seio e adormece com a fantasia de ter realmente, dentro de si, o seio que dá leite (Segal, 1975). Assim, nesta fase inicial, o desejo confunde-se com a acção; apenas progressivamente a criança aprende a distinguir o desejo da acção e a distinguir os factos externos dos seus sentimentos face a eles. Freud (1912) refere a "realização alucinatória do desejo" que Isaacs (1948) relaciona com o carácter dos desejos e

sentimentos precoces: a não satisfação do desejo do seio poderia desencadear a experiência de alucinação do seio ausente através de fantasias de incorporação do seio¹².

Os mecanismos de introjecção e de projecção correspondem a mecanismos mentais básicos na actividade fantasmática nas primeiras fases do desenvolvimento (Isaacs, 1948). Já Freud (1915) tinha descrito os processos primários do funcionamento mental, através dos quais o psiquismo lida com a maior parte das tensões externas e internas, precisamente os mecanismos da introjecção e da projecção: o que é experimentado pelo bebé como prazer é incorporado pelo *self*¹³ e fica a fazer parte dele (introjecção), enquanto o que é experimentado como frustrante é rejeitado e expelido para o exterior (projecção). As fantasias mais rudimentares possuem, segundo Isaacs (1948), as mesmas características desses processos primários, ou seja, a falta de coordenação do impulso, a falta de sentido do tempo, a contradição e a negação; também não se diferenciam da realidade e têm um carácter absoluto.

Isaacs (1948), estabelece uma relação dinâmica entre instintos, fantasias inconscientes e mecanismos mentais. Considera que as fantasias inconscientes estabelecem a relação entre os instintos e os mecanismos mentais¹⁴, isto é, são os processos através dos quais uns são transformados nos outros. Todos os

¹² As fantasias de incorporação - devorar, engolir, etc - são as fantasias mais precoces já que são representações psíquicas dos impulsos orais.

¹³ Self é um conceito que está em relação com o conceito de mundo interno: a noção de relação de objecto interno implica que o sujeito tem uma representação de si próprio como personagem fazendo parte desse mundo interno. É esta localização do sujeito como localizado no seu mundo interior - interior do corpo - que se reserva este termo (Petot, 1982, p.242).

¹⁴ Termo que descreve certos processos mentais que são experimentados pelo sujeito como fantasias inconscientes e que são, no fundo, formas de funcionamento da vida mental para lidar com as tensões internas e externas.

mecanismos mentais derivam de fantasias específicas que tem origem, por sua vez, nos instintos. Todo o instinto é concebido como um processo psicossomático, ou seja, tem um objectivo corpóreo direccionado a objectos externos concretos, e tem uma representação na mente, a fantasia.

No desenvolvimento mental da criança, as fantasias inconscientes tendo numa primeira instância a função de diminuir a tensão instintiva e a ansiedade, servem também o propósito de realização de um desejo e são, igualmente, lugar de operações defensivas. Segal (1975) considera que a fantasia inconsciente pode ter diversas funções, designadamente a de realização de um desejo, a negação, o controle onnipotente, a reparação etc, existindo sempre um aspecto defensivo. A autora acrescenta que as fantasias podem ser usadas como defesas contra outras fantasias - as fantasias maníacas, por exemplo, constituem uma defesa contra as fantasias depressivas subjacentes.

Para Isaacs, a frustração da satisfação alucinatória é o primeiro passo para o desenvolvimento de aptidões apropriadas para a adaptação à realidade e percepção do mundo exterior. Quando a alucinação do seio deixa de satisfazer a necessidade de alimento, a criança passa a ser capaz de adiamento da gratificação e desenvolve comportamentos específicos de chamada de atenção para a sua necessidade. Este adiamento liga-se ao início da capacidade simbólica e do pensamento. Segal (1957) considera que o pensamento tem origem no processo de testar a fantasia contra a realidade; o pensar pode, então, ser encarado como uma modificação da fantasia inconsciente, realizada pelo teste da realidade. Até que o teste da realidade e os

processos do pensamento estejam bem estabelecidos, a fantasia preenche na vida mental primitiva, algumas das funções posteriormente assumidas pelo pensar.

De forma resumida, pode ser dito que as fantasias inconscientes fazem parte da vida mental de todos os indivíduos; aparecem e desaparecem de acordo com determinadas necessidades instintivas desencadeadas por circunstâncias externas mas, muitas vezes, permanecem na mente expressando-se quer nos fenómenos conscientes quer inconscientes. Têm efeitos psíquicos e físicos reais, como por exemplo a conversão de sintomas, traços de carácter e de personalidade, expressões corporais, sintomas neuróticos, inibições e sublimações.

Definição de Identificação Projectiva

O conceito de identificação projectiva foi desenvolvido por Melanie Klein (1946) quando descreveu a Posição Esquizo-Paranóide. No seu artigo "Notas Sobre Alguns Mecanismos Esquizóides" (1946), a autora mostra que na Posição Esquizo-Paranóide a principal defesa contra ansiedade, é a identificação projectiva, mecanismo que constrói as relações de objecto narcísicas características desse período.

A partir da projecção original do instinto de morte desenvolve-se outro mecanismo de defesa extremamente importante: a identificação projectiva. Neste mecanismo, partes do Eu (*Self*) e objectos internos são expelidos (*split off*) e projectados no objecto externo, o qual se torna possuído e controlado pelas partes projectadas, identificando-se com elas. Tem múltiplos objectivos: pode ser dirigida

para o objecto ideal a fim de evitar a separação, ou pode ser dirigida para o objecto mau a fim de obter controle sobre a fonte de perigo (Segal, 1975).

Para Klein (1955) a projecção das partes boas do *self*, não sendo excessiva, conduziria ao fortalecimento do ego e de boas relações de objecto. Este aspecto comunicativo do mecanismo da projecção, é salientado no seu trabalho "Sobre a Identificação" (1955) onde refere a importância das boas identificações para a internalização do bom seio, condição essencial à formação de um ego integrado e estável e ao desenvolvimento de boas relações objectais.

Um outro autor que deu particular importância ao conceito de identificação projectiva foi Bion, contribuindo fundamentalmente a três níveis para a clarificação do conceito (Amaral Dias, 1988):

O primeiro consiste essencialmente num grau normal de identificação projectiva o qual, em conjunto com a identificação introjectiva, constitui um dos pilares fundamentais do desenvolvimento normal. O bebé ao dissociar partes de si próprio e ao projectá-las na mãe, espera poder recuperá-las. Esta situação é fundamental especialmente quando o projectado foi primariamente experimentado pelo bebé como ansiedade (ansiedade de morte) a qual deve ser transformada pela mãe - metabolizada e desintoxicada pela função de rêverie - e devolvida sob uma forma suportável. A colisão da identificação projectiva da mãe na identificação projectiva do próprio bebé, produz um "terror sem nome" no interior do aparelho psíquico do bebé.

Uma segunda perspectiva liga-se ao papel da identificação projectiva como precursora da actividade de pensar e à sua intervenção na formação do que Bion designou por "aparelho de pensar os pensamentos", através da interacção dos mecanismos ($\sigma \leftrightarrow \varphi$) e ($Ps \leftrightarrow D$). O primeiro representa a relação dinâmica entre algo que se projecta (σ) e algo que contem o projectado (φ) - continente. O segundo representa a relação dinâmica entre as posições esquizo-paranóide e depressiva. Estes mecanismos em conjunto com a capacidade de rêverie (capacidade de receber, conter e modificar as projecções do bebé) da mãe, dão lugar à formação dos primeiros esboços da função α (isto é, aos modelos utilizáveis no domínio do mental) e ao "aparelho para pensar os pensamentos", sobretudo quando os conteúdos das projecções previamente metabolizadas são reintrojectadas. O uso de uma identificação projectiva mais onipotente e menos realista funcionará não como mecanismo do "aparelho para pensar os pensamentos" mas como mecanismo evacuador de elementos β (isto é, de impressões e experiências emocionais não transformadas que correspondem a uma fase primitiva do desenvolvimento cujo destino normal seria o de serem digeridos pela função α da mãe; quando estes elementos não são transformados permanecem como "coisas em si" e não o pensamento das coisas, são expulsos pela identificação projectiva dando origem ao que Bion designou de "objectos bizarros").

A terceira contribuição de Bion para a Teoria da Identificação Projectiva diz respeito aquele conjunto de doentes que apresentam transtornos sérios do pensamento e que utilizam a clivagem e a identificação projectiva como substitutos do pensamento. A violência e a onipotência da intensividade do psicótico resulta

delirantes e possessivos, a desconfiança do objecto e a excessiva angústia persecutória.

Objectos Internos e Mundo Interno. A noção de divisão.

Os objectos internos são entendidos como estruturas dentro do ego do *self* (Grotstein, 1985). São formadas por identificação projectiva de aspectos do *self* sobre os objectos interpessoais e para dentro deles, com a subsequente introjecção e identificações secundárias (internas) com eles.

As experiências pessoais com os *objectos-do-self* ou com os objectos internos, fornecem por um lado, os sentimentos de segurança, garantia, confiança e auto-afirmação, e por outro, os sentimentos de perigo, timidez e acanhamento. São os inventários de auto-avaliação (Grotstein, 1985). Tal como afirma Hinshewood (1991), o mundo concreto dos objectos internos persiste como um rocha mergulhada na personalidade para submergir em sonhos, delírios, alucinações, hipocondria.

Graças aos objectos internos, "(...) o homem torna-se semelhante a uma sociedade tal como é descrita pelos sociólogos. Entidades como homúnculos reaparecendo na dinâmica definida pelos objectos internos coabitando e competindo pela sua expressão no interior do espaço interno. Individuação dos objectos internos que corresponde à sua qualidade teológica na concepção Kleiniana, na qual são literalmente vistos como pessoas internas. Objectos internos que sendo fantasias, pensamentos, pensam e fantasiam, ideias corporificadas, ideias pensantes tal como Bion descrevera" (Ribeiro, 1991).

Falar da mente como uma sociedade interna reenvia-nos para o conceito de "Divisão" de Grotstein (1985). Segundo o autor, "a Divisão denota tanto um fenómeno universal que ocorre na nossa vida quotidiana de modos multivariados, quanto uma mecanismo de defesa fundamental" (Grotstein, 1985).

Em termos perceptivos, a mente discrimina diferenças entre si e os objectos; ao nível defensivo, a divisão implica uma fantasia inconsciente pela qual o Ego consegue dividir-se da percepção de um aspecto indesejado de si mesmo, ou dividir um objecto em dois ou mais objectos, a fim de situar separadamente qualidades polarizadas.

A divisão não é um fenómeno meramente mental na medida em que tem um paralelo no desenvolvimento neurofisiológico do sistema central: Gazzaniga e LeDonx (cit. Grotstein, 1985) concluíram que, quer do ponto de vista neurológico, quer fenomenológico, o indivíduo parece vivenciar duas consciências separadas, bem como dois cérebros para processar os dados da experiência, sendo um deles sensorial, objectivo, abstracto neurofisiológico, enquanto o outro é espacial, subjectivo, primitivo e orientado para a fantasia. De acordo com esta posição, Grotstein (1985) pensa na divisão como um mecanismo mental por um lado, e como uma experiência - ou modo de experienciar - por outro. O experienciar as experiências requer normalmente a separação ou divisão entre o objecto da experiência e a experiência antecedente.

A divisão como defesa constitui uma fantasia pela qual o sujeito pode vivenciar o ser dividido, ou vivenciar uma divisão no objecto que o confronta. Este mecanismo

baseia-se na necessidade de discriminar prazer e desprazer, dor e bem-estar, bondade e maldade, etc. Ou seja, emerge a necessidade de distinguir dois seres separados num mesmo objecto.

Grotstein salienta também que "a divisão defensiva envolve sempre a participação auxiliar da identificação projectiva a fim de translocar o aspecto dividido da personalidade. Assim, na lactância e na infância, quando há dificuldade em estabelecer um mundo interno bem definido e distinto, a experiência inconsciente de estar dividido dá indicação de um alto grau de identificação com objectos em que são projectados os aspectos expelidos". Meltzer (1990a) considera que os objectos internos "flutuam" de maneiras diversas. Os parâmetros da variação dão-se sobre linhas de integração - objectos parciais ou totais -, grau de conectividade - objectos separados ou combinados -, beleza, bondade, veracidade, dependência, força, atenção, inteligência e, ainda riqueza emocional. Podem ser danificados por ataques cruéis de partes infantis da personalidade mas, se ocorrer o clima emocional adequado (angústia depressiva) podem reparar-se uns aos outros (incluindo reviver-se mutuamente).

Os objectos internos podem estar identificados com partes do *self* de maneiras distintas. Uma delas, a identificação introjectiva, dá origem à parte adulta da personalidade. Por outro lado, os objectos internos podem se invadidos, dominados, corrompidos pela parte destrutiva da personalidade, na sua forma mais maligna - acção de destruição que produz o superego sádico definido por Freud. A parte destrutiva compete com os "bons objectos" dominando toda a situação de separação com o intuito de estabelecer a hegemonia, explorando as técnicas de

da falha em usar o mecanismo de identificação projectiva normal, do pensamento organizado no plano da equação simbólica (Segal, 1957), sem discriminação entre o símbolo e o simbolizado, entre o exterior e o interior que contém os objectos externos.

Baseando-se nas relações dinâmicas entre o que se projecta e o continente, e entre as posições esquizo-paranóide e depressiva que conjuntamente com a capacidade de rêverie da mãe vão dar origem à formação dos primeiros esboços da função α e ao "aparelho para pensar os pensamentos", Bion propôs uma teoria da origem do pensamento. O psiquismo neo-natal compreende pois dois elementos de base: os elementos α e os elementos β . Os primeiros pensamentos do bebé - elementos β - são ordenados pela identificação projectiva, evacuados porque representam os estímulos insuportáveis. Estes protopensamentos correspondem a uma sensação de ausência, a um buraco. Num segundo momento surge a capacidade de pensar, em conjunto com a capacidade de sustentar a frustração e aceitar a demora. Na ontogénese os pensamentos precedem o "aparelho para pensar os pensamentos".

Para Meltzer (1967) o conceito de identificação projectiva é um conceito essencial e muito diferente do conceito freudiano de projecção. Assinalou a importância do funcionamento da identificação projectiva na relação analítica e enumerou os vários motivos que podem levar à utilização da identificação projectiva maciça: a intolerância à separação, o controle onnipotente (utilizado quando a diferenciação entre o bom e o mau está pobremente definida), a inveja, os ciúmes

propaganda, sedução e ameaça para dominar as outras partes infantis. Explora a intolerância à dor mental e a ignorância das outras partes para impor a sua autoridade pela sua onisciência e onipotência.

A descrição clássica de Melanie Klein

Em 1932 ("Psicanálise da criança"), Klein apresenta uma teoria claramente articulada da Projecção/Introjecção, ao explicar a formação primitiva da personalidade através da interacção sincronizada destes dois mecanismos: a projecção de imagens aterradoras no mundo externo e introjecção de imagens boas.

Na perspectiva kleiniana, é precisamente a interacção entre os mecanismos da projecção e da introjecção que se realiza desde o início da vida pós-natal, que permite o desenvolvimento das relações objectais. A mãe, ou melhor o seio, é o objecto primário. O mundo interno constrói-se com base nessa interacção, ou seja, constitui-se de objectos internalizados desde o nascimento, em vários aspectos e situações emocionais que, deformados pela qualidade da relação vivida, formam um conjunto coeso no qual mantêm relação entre si.

A identificação projectiva está ligada aos processos que organizam a vida mental durante os primeiros três ou quatro meses e abrange os mecanismos do Ego, ainda pouco integrado para lidar com a primeira forma de ansiedade emergente da experiência do nascimento - ansiedade desencadeada pela pulsão de morte sob a forma de impulsos agressivos.

A evolução do psiquismo humano visa a integração do Eu e do *Self*, tendo como motor o conflito essencial entre a pulsão de vida e a pulsão de morte e a sua síntese sob o primado da pulsão de vida¹⁵.

Para se proteger da ansiedade produzida pelo instinto de morte, o Ego primitivo divide-se (*splits*) e projecta essa parte - que contém o instinto de morte - para fora (deflexão da pulsão de morte), no objecto externo original, isto é, o seio. A clivagem (dissociação) é eficaz na medida em que realiza uma dispersão da ansiedade e uma desconexão das emoções; mas, a parte do seio que contém a pulsão de morte, torna-se um objecto perseguidor, passando a ser sentida como ameaçadora. A intrusão do instinto de morte no seio é geralmente sentida como dividindo-o (*splitting off*) em vários pedaços, de modo que o Ego é confrontado com uma multidão de perseguidores. Entretanto, parte do instinto de morte que permanece no Eu (*Self*) é convertida em agressividade dirigida contra os perseguidores (Segal, 1975).

O objecto primário é pois, dividido em duas partes: o seio persecutório - o "mau seio" - e o seio ideal, o "bom seio", no qual foi projectada parte da libido. A parte da libido que não é projectada, é usada para estabelecer uma relação libidinal com o objecto ideal. A ansiedade dominante é evidentemente, de aniquilamento, tanto do objecto ideal quanto do self, pelos objectos perseguidores. Esta fase do desenvolvimento é designada por Klein de Fase (ou Posição) Esquizo-Paranóide, fase em que o estado do Ego e dos seus objectos se caracteriza pela clivagem e há o predomínio da ansiedade paranóide. A especificidade da clivagem nesta fase é o

¹⁵ A pulsão de vida actua no sentido da integração, da síntese e da construção; a pulsão de morte age no sentido da fragmentação, da ruptura e a desintegração.

reportar-se a um objecto parcial - o seio - bem como a sua intensidade a fim de manter o afastamento entre os objectos perseguidores e os objectos ideais, mantendo-os sob o controle. A idealização (processo psíquico pelo qual as qualidades do bom objecto são exacerbadas) e a negação mágica onipotente (negação das características indesejáveis do objecto) contribuem também, para a manutenção dessa distância. A Fase Esquizo-Paranóide corresponderia, portanto, a um estado de indiferenciação entre o Eu (*Self*) e o objecto, sendo o objecto clivado e a realidade externa um prolongamento da realidade interna do bebé. A identificação projectiva, a idealização e a negação onipotente seriam as defesas dominantes.

Como já foi referido, Klein define a identificação projectiva como correspondendo à fantasia onipotente de que partes não desejadas do *self* e dos objectos internos, podem ser clivadas e projectadas para dentro do objecto externo que passa a estar identificado com as partes projectadas. A utilização deste mecanismo implica que a mãe passe a ser vivenciada pelo bebé como uma parte má do *self*, constituindo uma forma particular de identificação que estabelece o protótipo de uma relação objectal agressiva.

O mecanismo da identificação projectiva pode, pois, originar várias situações de ansiedade, designadamente o medo de que um objecto atacado retalie igualmente por projecção originando-se profundas ansiedades paranóides, o medo de ter partes de si mesmo aprisionadas e controladas pelo objecto no qual foram projectadas provocando sentimentos de confusão mental, ou quadros clínicos específicos como a claustrofobia.

As partes boas do ego também são expelidas e projectadas para dentro dos objectos externos, que ficam identificados com essas partes. A predominância das experiências boas sobre as más permitirá ao bebé adquirir a crença na prevalência do objecto ideal sobre os objectos perseguidores; menos receoso da sua agressividade e da ansiedade que esta desperta, pode recorrer menos à dissociação e à projecção e torna-se possível a aproximação das partes boas e más do ego. Adquirindo confiança na sua boa zona relacional e à medida que as capacidades cognitivas amadurecem, o bebé torna-se cada vez mais capaz de enfrentar a unificação do objecto, quer no plano perceptivo quer no plano psíquico.

Com a diminuição dos mecanismos projectivos, fortalecem-se os processos de integração permitindo a crescente diferenciação entre o Eu (*Self*) e o objecto e a passagem gradual para a Posição Depressiva, que ocorre quando o bebé passa a integrar os aspectos bons e maus dos objectos, ou seja, o bebé percebe a mãe como um objecto total. Ao reconhecer que o objecto amado é o mesmo que o odiado, o bebé sente-se responsável pelos ataques que fantasmaticamente fez ao objecto, o que obriga ao reconhecimento da sua realidade interna e a um sentimento de responsabilidade pelo que acontece ao objecto. Este novo estado corresponde ao surgimento da angústia depressiva: à preocupação e cuidado com o Eu, associa-se agora a preocupação com o objecto (o bom objecto e o medo de o destruir). Este reconhecimento que ocorre por volta do quarto mês de vida, conduz à ambivalência face ao objecto que agora é visto como um objecto separado. Sendo esta experiência demasiado dolorosa e ultrapassa as capacidades de resolução do bebé, vão sendo despoletados mecanismos defensivos, designadamente:

- (1) O bebé ataca e destrói nos seus fantasmas o objecto perdido (separado), transformando-o em perseguidor e potencialmente vingador (defesa paranóide); a situação que desencadeia a angústia depressiva é resolvida mas à custa de um aumento da angústia persecutória;

- (2) o bebé pode empregar defesas maníacas que consistem em fantasias de controle onnipotente do objecto, com um sentimento de triunfo e de desprezo sobre o objecto, que o protege da vivência de afectos depressivos; esta organização defensiva que inclui a clivagem (depressiva), a negação (do valor e da importância da perda) e um fantasma de controle onnipotente, oscila com momentos de verdadeira vivência de sentimentos depressivos em relação ao objecto.

Nesta fase há uma redução da clivagem e da identificação projectiva. Os mecanismos introjectivos tornam-se mais importantes e a ansiedade devido à ambivalência é preponderante. O aparecimento da ambivalência implica a perda do objecto idealizado, tarefa particularmente dolorosa acompanhada dos sentimentos correspondentes: o luto, a nostalgia do bom objecto, a culpabilidade e o desespero depressivo.

À medida que a Posição Depressiva é gradualmente elaborada, o bebé vai assimilando o significado da sua realidade psíquica e conseqüentemente o teste da realidade fica mais estabelecido e significativo. Torna-se capaz de reconhecer os seus impulsos, de sentir responsabilidade por eles e de tolerar a culpa. A nova capacidade de sentir preocupação pelos seus objectos, permite-lhe a aprendizagem

progressiva do controle dos impulsos e da mobilização de impulsos reparadores. O luto experienciado na posição depressiva e os impulsos reparadores desenvolvidos para restaurar os objectos amados (internos e externos), constituem a base da criatividade e da sublimação¹⁶. É nesta fase que ocorre a génese da formação simbólica, isto é, o bebé com o objectivo de proteger o objecto, inibe os seus instintos e desloca-os ou substitui-os, este processo conduz à recriação, dentro de si próprio, dos objectos que deseja que façam parte dele, permitindo o enriquecimento do ego.

No caso do bebé não conseguir uma elaboração suficiente da fase anterior, quer devidos a factores externos ou a internos, a elaboração da Posição Depressiva ficará comprometida.

Para Klein todos estes processos e etapas fundamentais no decurso dos primeiros meses de vida (terminam por volta dos seis anos de idade, com a entrada na latência), constituem o protótipo dos mecanismos e processos psíquicos desencadeados perante as várias situações ao longo da vida. Note-se que estas posições não são rígidas nem existem em estado puro, podendo coexistir. Perante situações dolorosas, há um reactivar das angústias persecutória e depressiva e consequente perturbação do mundo interno e da organização conseguida anteriormente.

¹⁶ Para Segal (1975), a sublimação enquanto produto de uma bem sucedida renúncia a um objecto instintivo, tal como foi considerado por Freud, só pode ocorrer através do processo de luto; a formação simbólica é precipitado do luto intrínseco à Posição Depressiva.

3.2. A Teoria de Grupos de Bion

Bion (1970), dá ênfase à existência, desde a nascença, de um mecanismo essencial de psiquismo grupal. A *psyché* individual, na sua origem, não é constituída senão por um sistema de projecção-reprojecção que transforma o corporal em psíquico. Necessariamente o nascimento da *psyché* ocorre num amálgama grupal que é a "fantasia familiar", o inconsciente familiar.

Esta psiquisação primária parece ser o modelo de fenómenos de inter-fantasmização inconsciente nos grupos, fenómenos designados de "ressonância inconsciente" (Foulkes, 1948), de "fomentação fantasmática" ou "ressonância fantasmática" ou "realidade psíquica inconsciente trans-individual" (Anzieu, 1975), "aparelho grupal" (Kaës, 1976). Estes fenómenos correspondem ao que Bion (1970) denominou de "mentalidade grupal": capacidade para um sujeito viver o grupo como uma totalidade, como uma unidade psíquica, num "sortido" de anonimato inconsciente. Cada elemento do grupo tem uma valência grupal que permite entrar instantaneamente em combinação fantasmática com um outro membro na sua totalidade.

Bion (1970) fala-nos de três pressupostos básicos para a compreensão dos mecanismos de grupo e que dizem respeito a uma actividade mental (grupal) irracional, inconsciente, criativa e de intensa emoção instantânea e involuntária. Esta actividade mental mais regressiva e primária e que possui as mesmas características que os mecanismos psicóticos descritos por M. Klein, coexiste com uma outra actividade mental dirigida para a realização da tarefa do grupo.

O reconhecimento da presença de mecanismos psicóticos nos grupos permitiu a Bion uma conceptualização original da dinâmica de campo grupal:

O conceito de "Mentalidade Grupal" que diz respeito a uma actividade mental colectiva produzida por um grupo de pessoas referente à unanimidade de pensamentos e de objectivos que se geram no grupo, que transcende os indivíduos e se institui como uma entidade à parte.

Segundo Bion, em qualquer grupo operam duas categorias de actividade mental simultâneas, opostas e interactivas e bem delimitadas entre si: uma categoria diz respeito ao que o autor designou de "grupo de trabalho" e outra categoria é a do " grupo de pressupostos básicos".

O grupo de trabalho está envolvido na tarefa actual do grupo e orienta-se para a sua realização. Corresponde ao nível de funcionamento consciente individual, isto é, às funções do ego consciente que operam no nível secundário do pensamento. Envolve contacto com a realidade, tolerância à frustração, controle das emoções e a utilização de métodos racionais e científicos.

O grupo de pressupostos básicos refere-se à estrutura particular e à organização adoptada pelo grupo em função dos pressupostos básicos em actividade. Diz respeito aos impulsos emocionais de origem primitiva subjacentes ao grupo e que expressam as fantasias grupais inconscientes de carácter onipotente e mágico, relacionadas com o modo pela qual serão resolvidas as suas dificuldades ou serão satisfeitos os seus desejos. Caracterizam-se pelo seu conteúdo irracional e

têm uma força e uma realidade que se manifestam na conduta e no modo de organização (cultura) do grupo.

Os pressupostos básicos funcionam nos moldes do processo primário e, portanto, ignoram as noções de temporalidade (não toleram a frustração) e de relação causa-efeito, opõem-se a todo o processo de desenvolvimento e conservam as mesmas características das reacções defensivas mobilizadas pelo ego primitivo contra as ansiedades psicóticas. Esta situação está estreitamente relacionada com a incapacidade de desenvolvimento de uma linguagem simbólica que seja um prelúdio à acção: no grupo de pressupostos básicos a linguagem não aparece desenvolvida como forma de pensamento, mas é antes uma forma de acção; é, portanto, despojada da sua qualidade comunicativa, qualidade que depende, em parte, da formação e utilização de símbolos e, neste sentido, assemelha-se mais à linguagem do psicótico.

Bion (1970) descreveu três modalidades de pressupostos básicos que traduzem três grandes configurações emocionais: (1) de "Dependência" (2) de "Ataque e Fuga" (3) de "Acasalamento". O que caracteriza particularmente cada uma destas configurações é a forma como as emoções básicas - amor, ódio, medo, ansiedade, etc - presentes em qualquer situação grupal, são combinadas exigindo um tipo específico de líder apropriado para preencher os requisitos do pressuposto básico predominante no grupo (Zimmerman, 1995).

O pressuposto básico de Dependência refere-se a fantasias inconscientes do grupo dominadas pela necessidade de alguém que promova a satisfação de todas

necessidades e desejos. A liderança recai sobre o membro mais grandioso, um líder de características carismáticas fornecedor de protecção e segurança de quem o grupo depende de forma absoluta, gerando-se um vínculo de natureza parasitária ou simbiótica. Pode ser visto como uma organização defensiva contra as ansiedades depressivas (culpa e depressão). Geralmente este tipo de grupo caracteriza-se por uma forte passividade.

O pressuposto básico de Ataque e Fuga diz respeito a um inconsciente grupal dominado por ansiedades paranóides e, portanto, a convicção grupal é que existe um inimigo externo (perseguidor). Assim sendo o grupo mostra-se altamente defensivo e "ataca" com rejeição o inimigo (isto é, qualquer situação nova de dificuldade psicológica) ou evita qualquer manifestação sua. O grupo regrediu a uma posição francamente esquizo-paranóide e a liderança exigida tende a recair no membro mais violento possuidor de características paranóides e tirânicas.

O pressuposto básico de Acasalamento corresponde à crença colectiva de que, quaisquer que sejam as dificuldades e necessidades actuais do grupo, estas serão resolvidas por um facto/acontecimento futuro. Este grupo não tem líder, vive na expectativa da sua chegada; há uma esperança de tipo messiânico. Nestes casos, o grupo tende a organizar-se com defesas maníacas e o líder desse tipo de grupo deverá ter características messiânicas e algum misticismo.

Bion salienta que os grupos são potencialmente regressivos, implicando que

os indivíduos membros de um grupo experimentem uma regressão¹⁷ que envolve perda da sua "distintividade pessoal". Os fenómenos de pressuposto básico são pois, reacções grupais defensivas face às ansiedades psicóticas reactivadas pelo dilema do indivíduo dentro do grupo e a regressão que este lhe impõe.

As três configurações emocionais podem coexistir num mesmo grupo, embora este tenda a relacionar-se predominantemente com uma delas, podendo ocorrer a substituição de um pressuposto básico por outro com a correspondente mudança de estado emocional, liderança e papéis.

Quando um grupo age de acordo com o pressuposto básico em actividade, comporta-se de forma primitiva e muito afastada da realidade. A tenacidade com que o grupo se apega a esses métodos primitivos, deve-se à intensidade dos sentimentos em jogo e aos mecanismos de identificação projectiva que utiliza para defender-se das ansiedades psicóticas. Todos os pressupostos básicos são estados emocionais que tendem a evitar a frustração inerente à aprendizagem por experiência, aprendizagem que implica esforço, dor e contacto com a realidade (Grinberg et al., 1973).

A inovação, uma ideia nova, representa uma ameaça de mudança catastrófica para o *establishment* que está firmemente constituído e aceite. Face à ameaça, o *establishment* pode reagir segregando a inovação - através da figura de bode expiatório - ou procurando absorvê-la no próprio *establishment*. São fenómenos que

¹⁷ A regressão é na maioria das vezes concebida como um retorno a formas anteriores do desenvolvimento do pensamento, das relações de objecto e da estrutura do comportamento (Laplanche & Pontalis, Vocabulário de Psicanálise, Lisboa: Moraes Editores, 1970, 567-571).

podem ser entendidos como utilizações grupais da identificação projectiva.

A mudança catastrófica implica momentos de desorganização, de desestruturação, de sofrimento e de frustração, vicissitudes de que depende o crescimento e a evolução. O grupo de pressupostos básicos, devido à sua intolerância à frustração, tende a reagir defensivamente e não adaptativamente perante a mudança catastrófica. O grupo de trabalho, ao suportar a frustração, permite a evolução das ideias novas que não são deificadas nem expulsas, nem o seu avanço é obstruído como acontece no grupo de pressupostos básicos.

Em resumo, pode ser dito que a conceptualização biónica da vida afectiva dos grupos que só pode ser entendida em termos dos mecanismos psicóticos típicos da relação de objecto parcial, proporcionou um aprofundamento do entendimento da dinâmica inconsciente dos grupos, designadamente com o seu conceito original de "pressuposto básico" considerado como reacção defensiva contra a ansiedade psicótica.

3.3. O Contributo Teórico de Elliott Jaques: Os Mecanismos de

Defesa Sociais

A conceptualização teórica de Elliott Jaques (1955) pode ser um contributo importante para uma melhor compreensão da problemática das toxicodependências no contexto prisional enquanto fenómeno social. O autor considera que os indivíduos podem utilizar de forma inconsciente as instituições de que fazem parte, para reforçar os mecanismos individuais de defesa contra a ansiedade, em particular contra o retorno das ansiedades primárias, paranóide e depressiva. Estes processos ocorrem ao nível fantasmático social (actividade intrapsíquica inconsciente) através dos mecanismos de identificação projectiva e introjectiva. Isto significa que, quando os objectos internos são partilhados com outros elementos do grupo e são utilizados com a finalidade de serem projectados, as relações sociais imaginárias podem ser estabelecidas através da identificação projectiva com o objecto comum. Por outro lado, a partilha dos objectos internos só é possível através da identificação introjectiva.

Segundo o autor, o carácter das instituições é determinado não somente por funções conscientes, definidas de comum acordo, mas também por múltiplas funções não reconhecidas (nível fantasmático). Uma das principais funções das relações sociais fantasmáticas de uma instituição é defesa contra a ansiedade psicótica. É esta função defensiva inconsciente que permite explicar as manifestações de irrealismo, de clivagem, de hostilidade, de suspeição e outras formas de condutas mal adaptadas que se surgem nas relações sociais. Estas manifestações são o correspondente social dos sintomas psicóticos nos indivíduos

manifestações são o correspondente social dos sintomas psicóticos nos indivíduos que não desenvolveram a capacidade para utilizar os mecanismos de filiação aos grupos sociais a fim de evitar a ansiedade.

Elliot Jaques (1955) refere fundamentalmente dois tipos de defesa contra ansiedade paranóide, por um lado, e contra a ansiedade depressiva por outro.

Os mecanismos de defesa contra a ansiedade paranóide, consistem em colocar os maus objectos internos e as pulsões agressivas no interior do psiquismo de alguns membros particulares de uma instituição. Estes membros são escolhidos inconscientemente ou eles próprios se escolhem inconscientemente, para a introjecção dos objectos e das pulsões projectadas, procedendo à sua absorção ou devolução. A absorção dos objectos e pulsões tornam esses indivíduos o bom ou mau objecto correspondente e as respectivas pulsões; no caso de os devolver, isto é, deslocá-los para outro indivíduo, aliado ou inimigo, é esse elemento que passa a ser amado ou odiado. O principal objectivo destes mecanismos é o de evitar, ao nível fantasmático, o retorno do mau objecto e da pulsão agressiva que tiveram origem no objecto das projecções.

Esta cooperação social, ao nível da realidade, com outros membros da instituição ou do grupo, utilizando mecanismos similares à projecção, permite aos indivíduos uma redistribuição dos maus objectos e das pulsões agressivas existentes nas relações fantasmáticas entre si. Em complemento com este mecanismo de projecção, a identificação introjectiva permite aos indivíduos interiorizar os outros membros que reforçam os ataques contra os perseguidores ou

apoiam a idealização maníaca dos objectos amados, possibilitando o tirar partido das sanções e dos suportes sociais.

Parece então, que os mecanismos psicológicos utilizados ao nível fantasmático social para lidar com a ansiedade paranóide, são semelhantes aos utilizados ao nível individual: clivagem, projecção e introjecção dos objectos e das pulsões.

Relativamente às defesas sociais contra as ansiedades depressivas, o autor analisa alguns aspectos do fenómeno de "bode expiatório", habitualmente representado pelos grupos minoritários das sociedades/grupos. A comunidade de pertença destes grupos encontra-se cindida em duas partes, uma maioria boa e uma minoria má, isto é, uma clivagem dos bons e maus objectos internos e criação de um mundo interno bom e mau. O grupo perseguidor preserva a crença de que é o bom e alimenta o desprezo e ataques contra o grupo bode expiatório, através da utilização grupal do mecanismo de identificação projectiva. Os mecanismos de clivagem interna e a protecção dos bons objectos internos, bem como o ataque dos maus objectos internos perseguidores, são reforçados pelas identificações introjectivas aos outros membros que participam no ataque, colectivamente aprovado, contra o bode expiatório. Elliott Jaques (1955) salienta que um dos factores selectivos na escolha consensual do grupo minoritário, ao nível fantasmático, é este possuir igualmente desprezo e ódio pelo grupo perseguidor. Esta cooperação inconsciente entre perseguidor e perseguido, permite aliviar a culpabilidade inconsciente do grupo perseguidor e também a do grupo minoritário, reforçando-se as defesas contra ansiedade depressiva. O alívio da ansiedade

depressiva, através dos mecanismos fantasmáticos sociais, também pode realizar-se através da negação e da idealização: a negação maníaca dos impulsos destrutivos e da destruição dos objectos e o reforço dos bons impulsos e dos bons objectos, pela participação na idealização do grupo.

Qualquer situação nova que confronte os grupos sociais com a necessidade de mudança/adaptação, implica ao nível dos indivíduos uma certa desestruturação do seu mundo interno, ou seja, uma certa desorganização ao nível fantasmático dos mecanismos de defesa que protegem contra a ansiedade psicótica. Para Jaques (1955) a grande função dos mecanismos sociais é permitirem protecção contra a ansiedade e protegerem a sua sobrevivência. Muitos dos comportamentos sociais que representam resistências à mudança social, e em particular à mudança social provocada por um agente exterior (uma mudança imposta), são devidos aos efeitos da mudança sobre os sistemas de defesa inconscientes dos indivíduos contra a ansiedade psicótica (ou melhor, contra o aumento desse tipo de ansiedade). Tendem a permanecer até os indivíduos reajustarem os seus sistemas de defesa. Quando o aumento da ansiedade não é tolerado, seja por ser demasiado intensa, seja por o grupo não possuir suficiente tolerância à frustração, as relações fantasmáticas vão organizar-se no sentido do reforço das defesas individuais contra a ansiedade psicótica, opondo-se à realização da mudança. São defesas que não têm uma função adaptativa. As mudanças no comportamento social só se produzem quando as relações fantasmáticas já não servem esta função.

Em síntese, a teoria de Elliot Jaques (1955) permite compreender que, grande parte das dificuldades de realização da mudança social em geral, e a mudança

social no contexto prisional em particular, por forma a poder lidar e resolver muitos dos problemas ligados à problemática das toxicodependências, têm por base motivações inconscientes relacionadas com as defesas contra a ansiedade psicótica.

3.4. Crescimento e Evolução vs Obstrução do Desenvolvimento das Instituições

Os sistemas sociais, as instituições e os grupos em geral, são sempre e apesar dos seus objectivos específicos, instrumentos de procura e de manutenção do poder. Adquirir "insight" dos mecanismos obstrutivos vinculados a essa procura e manutenção do poder ao serviço de pressupostos narcísicos dificultadores de um funcionamento institucional suficientemente bom, é um passo precioso para a introdução de mudança.

Numa perspectiva psicanalítica, falar em processos obstrutivos é evocar a ideia de um instinto ou pulsão de morte, definido como um forma de inércia ao movimento em direcção à vida, ao crescimento, à evolução e suas exigências de diferenciação e de reconhecimento da presença do outro; é algo que boicota ou sabota o desenvolvimento psíquico do indivíduo (Osório, 1997). Dito de outra forma, é a recusa das vicissitudes da existência e o desejo de manter eternamente o estado de onipotência original (paradigma do narcisismo primário do bebé).

O conceito de narcisismo também é relevante para a compreensão institucional. A impossibilidade de sair de dentro de si para a interacção com o outro, esteja o outro externalizado no seu mundo de relações pessoais ou internalizado sob a forma de representações de objectos afectivos no aparelho psíquico, expressão da libido reprimida, evidencia-se no contexto grupal por uma menor disponibilidade às interacções afectivas e uma menor consideração pelos direitos alheios. Desta forma, alimentam-se os processos obstrutivos pelo bloqueio da cooperação grupal indispensável à realização da tarefa a que o grupo se propõe. Por outro lado, a libido reprimida impede a admiração porque esta implica o reconhecimento do valor do outro.

As posturas narcísicas fomentam a eclosão de sentimentos de inveja. A inveja lança as suas raízes no narcisismo e cresce estimulada pela hostilidade. Articula-se com o instinto de morte por ser um sentimento paralisante impeditivo do crescimento e que deixa o indivíduo à margem dos movimentos evolutivos de qualquer grupo, por ele boicotados, pois a emergência da criatividade grupal exacerba o seu mal-estar. O indivíduo não tem consciência da sua própria inveja já que, para ter essa consciência, seria necessário ter acesso ao processo criativo do *insight* e esse está bloqueado pela acção do instinto de morte.

Para Osório (1997), outros sentimentos ou emoções para além da inveja, podem interferir na malha interactiva dos processos grupais. Refere a arrogância como outro subproduto narcísico, bem como o seu oposto, a subserviência. Os comportamentos decorrentes da arrogância de quem narcisicamente se atribui um valor que não tem, e desqualifica o outro, ou da subserviência de quem se humilha

para contemplar o seu triunfo narcísico espelhado no outro, têm efeitos estagnantes na evolução grupal. O autor considera, ainda, o papel da hipocrisia enquanto agente bloqueador, ao impedir a emergência dos sentimentos conflitantes e tamponando perversamente as crises institucionais, impedindo a mudança.

Quando um grupo institucionaliza-se ao serviço do poder e do culto do narcisismo, desvia-se dos seus objectivos originais, perde vitalidade e tende a sofrer um processo insidioso de degradação. Analogamente ao que acontece com um indivíduo, uma instituição não será alterada na sua patologia básica a não ser que seja possível proceder à análise dos seus elementos estruturais (caracterológicos) e possa adquirir "insight" das motivações operacionais (mecanismos defensivos) subjacentes aos objectivos manifestos. Uma vez que o carácter do grupo institucional não é a simples sobreposição dos traços caracterológicos dos seus membros, mas antes a resultante dos vectores individuais que o compõem, então há a considerar ainda a matriz operacional onde se inserem esses vectores e que diz respeito à natureza intrínseca e definitiva de cada instituição (Osório, 1997).

II

REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

A. Toxicodependentes: Que Visibilidade, Que Investigação?

Grande parte da investigação em torno da problemática das toxicodependências, tem sido realizada com toxicodependentes que tem acesso aos sistemas de tratamento. Estudos de caracterização da população com base nos registos disponíveis, bem como a investigação (especialmente americana) de temas ligados ao diagnóstico, a *drop-outs* precoces e ao prognóstico, são consideravelmente abundantes.

Uma crítica possível decorre da constatação da predominância desta orientação baseada no “paciente”: os resultados da investigação dificilmente poderão ser generalizados à população total de toxicodependentes (Eland-Goossensen, 1991). Significa isto que pouco se sabe sobre os toxicodependentes fora dos contextos de tratamento, embora a informação disponível pareça apontar para uma população diferente da que tem acesso ao tratamento. Claro está que a investigação com este tipo de população – e outras dotadas de invisibilidade similar – apresenta dificuldades acrescidas. É uma população de difícil localização, de difícil recrutamento para os propósitos de investigação e, ao nível da constituição da amostra, os métodos tradicionais não servem.

Em 1992 Eland-Goossensen lançou um projecto de investigação intitulado “Addicts in and outside of treatment: Different populations?”, cujos objectivos prendem-se com o estudo das diferenças e semelhanças entre toxicodependentes

fora e dentro dos contextos de tratamento, relativamente à natureza, à severidade e à duração dos consumos, bem como aos aspectos ligados ao acompanhamento médico, ao emprego, à situação judicial, a problemas sociais e a dificuldades psicológicas.

Com base na comparação das duas populações, procurou dar resposta às seguintes questões:

- (1) Que factores poderão estar associados à tomada de decisão de procura de ajuda profissional?
- (2) Que factores poderão estar associados à escolha de um tipo particular de tratamento?

O ponto de partida óbvio é a avaliação da necessidade de ajuda nos toxicodependentes sem contactos com os sistemas de tratamento: existe ou não? O segundo aspecto é a avaliação do processo que leva um toxicodependente a procurar ajuda. Há uma distinção enfatizada por vários autores que se afigura importante: a necessidade de ajuda experimentada e a necessidade de ajuda expressa (Mackenbch, 1982; Raat, 1987; Bannenberg, 1988 cit. Eland-Goossensen, 1997). A primeira refere-se à necessidade que não conduziu a um pedido de tratamento, a segunda refere-se à sua concretização. Esta distinção é, com certeza, fundamental quando se trata do planeamento/operacionalização do tratamento e ignorá-la relativamente aos indivíduos fora do tratamento, será comprometer a sua eficácia/eficiência.

A investigação tem consistentemente demonstrado que o abuso de drogas psico-activas frequentemente coincide com a existência de problemas graves noutras áreas, designadamente problemas de saúde, de emprego, legais, sociais e mentais. A prevalência de distúrbios psiquiátricos nesta população surge muitas vezes como mais elevada do que na população geral (Rounsaville et al., 1982; Van Limbeek et al., 1986; Hendricks, 1990).

Os estudos disponíveis sugerem que nos heroíno-dependentes em tratamento encontram-se mais problemas sociais, mais crimes relacionados com a droga e mais distúrbios depressivos do que aqueles que estão fora do tratamento, mesmo quando a duração e a severidade da toxicodpendência são comparáveis nos dois grupos (Rounsaville & Kleben, 1985). Há também, a considerar toxicodpendentes isolados com problemáticas particularmente severas face às quais os dispositivos de tratamento não são ajustados. Um outro indicador que surge na literatura tem a ver com o aparente aumento do número de toxicodpendentes com problemas mentais bastante inibidores.

Na situação específica do nosso país, a questão dos toxicodpendentes fora do tratamento serem mais ou menos doentes (no sentido de saúde global e específico) do que aqueles que estão inseridos em programas, permanece em aberto.

Relativamente aos factores que desempenham um papel no processo de procura de ajuda vs não procura de ajuda, Eland-Goossensen (1997) refere que se deve considerar não somente a extensão actual dos problemas, mas também a sua

experiência subjectiva (Roosenstock, 1960, 1974), assim como a influência de variáveis específicas, designadamente o suporte social disponível (Aggar, 1977; Biernacki, 1986; Hughes, 1977; Shaw et al., 1978; Linberg, 1984).

Sistematizou uma descrição das variáveis de contexto, experiência e comportamento ligadas ao consumo de drogas e problemas associados, que desempenham um papel importante no pedido de ajuda. Deu uma ênfase particular à possibilidade de diferenças entre os toxicodependentes dentro e fora do tratamento relativamente a: (1) a experiência do consumo de drogas, o respectivo controle (ou perda de) e o funcionamento noutras áreas (2) o papel da rede social (a) na decisão de procura de ajuda ou (b) na continuação do consumo de drogas sem pedido de ajuda profissional e (3) a percepção/opiniões dos toxicodependentes sobre o sistema de tratamento.

O estudo foi levado a cabo com 400 toxicodependentes, distribuídos por quatro grupos (100 cada) correspondentes aos tratamentos em que estavam inseridos (desintoxicação física com internamento, comunidade terapêutica -CT - livre de drogas e programa de metadona) e a um grupo de toxicodependentes sem tratamento.

Todos os sujeitos respeitavam os critérios de diagnóstico de toxicodependência da DSM-III-R e o início da dependência tinha ocorrido pelo menos dois anos antes do estudo. Para os toxicodependentes em tratamento definiu-se o critério de se manterem nos programas pelo menos duas semanas após a admissão. Quanto aos toxicodependentes sem tratamento, o requisito necessário

era o de não terem recebido nenhum tratamento para a dependência ou para problemas relacionados com a droga, num período superior a duas semanas consecutivas, nos últimos dois anos.

Os dados foram recolhidos através da aplicação do Addiction Severity Index (ASI-R; McLellan et al., 1980; Hendricks et al., 1989), indicando os sujeitos para cada área problemática a maior ou menor necessidade de ajuda e o entrevistador classificando o grau de severidade dos problemas relatados.

Para uma melhor especificação das diferenças nos quatro grupos em termos da natureza e comorbidade dos problemas mentais, os sujeitos também responderam à Composite International Diagnostic Interview (CDI, Robins et al., 1988).

Finalmente foi feita uma entrevista aberta com parte dos sujeitos (25% dos toxicodependentes incluídos em cada grupo) onde se discutiu as experiências e interpretações relacionadas com a utilização de drogas e problemas associados, o papel do controle (ou perda de), o suporte social, etc. Relativamente aos indivíduos que tinham de facto pedido ajuda, foram questionados os seus motivos, a causa imediata/objectivos da sua admissão e a escolha de um tratamento específico. Aos indivíduos sem tratamento foram questionadas as suas razões para a não procura de ajuda e foi ainda recolhida informação adicional, através de notas de campo, sobre as circunstâncias em que viviam e sobre a situação em que decorreu a entrevista. As percepções/opiniões dos toxicodependentes acerca do tratamento foram também registadas.

Os resultados disponíveis (preliminares) mostram que a prevalência de distúrbios psiquiátricos com vários diagnósticos é mais baixa no grupo de toxicodpendentes fora do tratamento. Grandes diferenças foram encontradas para a depressão, ansiedade generalizada e uso indevido/abuso de álcool. Relativamente ao diagnóstico de depressão major assinala-se um aumento gradual da sua prevalência desde o grupo de toxicodpendentes fora do tratamento (5%), via grupo da metadona (12%), seguido do grupo em desintoxicação física (25%) até ao grupo em comunidade terapêutica (32%). Embora se tratem de dados preliminares, como já foi referido, e não tenham sido feitos testes de significação e, portanto, não é possível concluir acerca destas diferenças, há a sugestão de que os toxicodpendentes fora do tratamento apresentam em geral, menos problemas mentais comórbidos do que aqueles que tem acesso ao tratamento. Inversamente, as fobias parecem estar proporcionalmente distribuídas entre o grupo sem tratamento, por um lado, e os três grupos em tratamento, por outro. É também referida a elevada prevalência da esquizofrenia no grupo fora do tratamento.

1. Os Perfis dos Toxicodependentes

Já foi dito que, nas últimas décadas, vários estudos têm proliferado sobre a temática da avaliação de programas de tratamento e da ocorrência de comportamentos de *drop-out*. Relativamente recente é a investigação centrada na questão da combinação de categorias de toxicodependentes/tipos de tratamento, com vista a um melhor ajustamento/rentabilização dos resultados terapêuticos. Embora a maior parte destes estudos se tenha dedicado à adição de álcool (Del Boca & Mattson, 1994; Annis, 1988; Finney & Moose, 1986 cit. Eland-Goossensen, 1997), McLellan et al. (1980) estudaram uma amostra de toxicodependentes. Verificaram que com respeito a este tipo de população, uma apreciação global da severidade psiquiátrica (baixa, média ou elevada), correspondia ao melhor preditor isolado do sucesso de tratamento. Quando os sujeitos foram divididos em três subgrupos de acordo com a sua severidade psiquiátrica e combinados com diferentes tipos de tratamento, comparados com um grupo de controle, verificava-se uma melhoria da eficácia do tratamento em cerca de 19%.

O primeiro passo em direcção a um ajustamento adequado do toxicodependente ao tratamento, será uma comparação sistemática da natureza e extensão do consumo de drogas e dos problemas associados entre os toxicodependentes que aderem a vários tipos de tratamento. Um segundo passo será determinar as percentagens de sucesso dos toxicodependentes nas diferentes condições terapêuticas. Um terceira etapa corresponderá então à avaliação das diferenças no sucesso dos vários programas.

O quadro seguinte sumariza as tipologias de heroinodependentes encontradas na revisão de literatura¹. Note-se que são tipologias baseadas em vários tipos de dados tais como os resultados terapêuticos, características psicológicas ou actividades criminosas. Consideraram vários tipos de consumidores, diferentes métodos de recolha da informação e que chegaram a classificações idiossincráticas de acordo com o *design* do estudo e o tipo de vocabulário classificativo escolhido por cada autor. Nenhum dos estudos descreve os toxicoddependentes em diferentes contextos de tratamento e apenas no estudo realizado por Cancrini et al. (1988) se relacionam as questões do tratamento com os perfis.

Autores	Métodos	Tipologia	Descrição
Nurco & Shaffer (1982)	N=230+230 toxic. de raça negra +raça branca Análise factorial e análise de "cluster"	6 tipos de toxic. descritos de acordo com quantidade e qualidade dos resultados e trabalho	Criminosos bem sucedidos Toxic. de rua Toxic. que perderam tudo Toxic. trabalhadores Toxic. crónicos Vadios
Cohen (1986)	N=663 toxic. em prog. metadona e em CT Análise de "cluster"	9 tipos de toxic. caracterizados com base nos antecedentes socioculturais e traços psicológicos	Toxic emocional/ doente Toxic. normal Toxic. profissional do crime Toxic. inadequada/ socializado Toxic. que procura sensação
Faupel (1987)	N=30 toxic. "pesados" Análise em profundidade das suas histórias de vida	4 tipos de toxic. baseados em duas contingências: disponibilidade de droga e estrutura familiar	"Drogado" estabilizado (elevado/elevado) Utilizador ocasional (estrutura de vida elevada/ baixa disponibilidade de droga) "Drogado" em "roda livre" (baixa estrutura de vida/ disponibilidade de droga elevada) "Drogado" de rua (baixo/baixo)
(Cont.)			

¹ Eland-Goossensen, M. A. (1997). Opiate addicts in and outside of treatment; different populations?. IVO, p 51

(Cont.)			
Cancrini et al. (1988)	N=131 Análise da informação recolhida durante as terapias através de questionários e observação	Classificação baseada nos problemas pessoais e familiares, 4 tipos de toxic. que foram combinados com certos tipos de tratamento	Toxic. traumatizado Toxic. com neurose actual Toxic. transaccional Toxic. sociopata
Swiestra (1990)	N=40 Análises qualitativas combinadas com informação quantitativa	3 tipos de toxic. descritos com base na carreira de utilização de drogas e activ. criminais	Tipo I: Toxic. alta/ criminosos Tipo II: Toxic. com baixa criminalidade, mais velhos, carreira de drogas longa Tipo III: ex-toxic., ex-criminosos, carreira de drogas curta
Grapendaal et al. (1991)	N=150, dos quais 105 estavam num programa de metadona e 45 não Informação recolhida com base num questionário combinada com informação de entrevistas biográficas	Tipologia económica baseada na aquisição criminosa, actividades no mercado da droga e salários legais	Utilizador normalizado Utilizador traficante Utilizador criminoso
Bieleman et al. (1993)	N=62 Análise em profundidade das histórias de vida	7 tipos com base nas diferenças na utilização de drogas e no modo como os heroinodependentes reagem às medidas policiais	Criminoso original Criminoso instrumental Utilizador pragmático Utilizador delinquent Utilizador intelectual Utilizador isolado

A investigação realizada por Eland-Goossensen et al (1997), comparando grupos de toxicodependentes em condições distintas de tratamento, acrescenta informação (e operacionalização) aos resultados dos estudos anteriores.

Utilizou o ASI-R para a recolha de informação sobre aspectos sociodemográficos e dados relativos a seis áreas potencialmente problemáticas (saúde física, emprego, consumo de substâncias incluindo o álcool, heroína e outras drogas, funcionamento legal, relações sociais e funcionamento psicológico). Foram avaliados quer os problemas recentes quer ao longo da vida.

As diferenças entre os grupos dos níveis de itens de cada área do ASI-R foram testadas separadamente.

Os resultados foram sistematizados de acordo com a sequência das áreas de vida definidas no ASI. Relativamente às áreas de saúde física e de uso de álcool não foram encontradas diferenças.

Aspectos demográficos

Embora fosse esperado que o grupo fora do tratamento incluísse mais utilizadores jovens (indivíduos que experimentam), com carreiras de consumo de heroína relativamente curtas, os resultados mostram precisamente o contrário. O grupo fora do tratamento caracterizava-se pela média de idades mais elevada (33.6), diferindo significativamente dos grupos de desintoxicação e CT. Os sujeitos do grupo da metadona eram também mais velhos do que os que estavam em programas de internamento.

Quanto aos antecedentes culturais verificou-se que o grupo fora do tratamento tinha mais indivíduos provenientes de minorias étnicas.

Finalmente, constatou-se a tendência para uma menor representatividade do sexo feminino no grupo da metadona.

Emprego

Não se encontraram diferenças significativas relativamente aos itens a longo prazo relacionados com o funcionamento ocupacional, como por exemplo o nível de

educação. A tendência mais importante diz respeito ao facto de existirem menos sujeitos no grupo fora do tratamento usufruindo de salários, mais indivíduos com subsídio de desemprego e ainda mais casos com rendimentos não convencionais (roubos, mendicidade, tráfico ou prostituição).

Consumo de heroína em geral

Embora a idade média do primeiro consumo de heroína não pareça diferir, a duração média do consumo de heroína em anos está negativamente relacionada com a intensidade dos programas de tratamento, verificando-se diferenças estatisticamente significativas nos grupos fora do tratamento vs desintoxicação e CT. Apesar da CT ser suposto tratar os “casos mais pesados”, os consumidores fora do tratamento apresentam carreiras de consumo de heroína mais longas, o que provavelmente está relacionado com a média de idades mais elevada encontrada neste grupo. Esta constatação pode significar um grupo de consumidores fora do tratamento “cansado do tratamento” após uma história de insucessos terapêuticos.

Um outro aspecto curioso diz respeito ao facto de haver diferenças significativas em termos de períodos “limpos” entre o grupo fora do tratamento e os outros grupos, apresentando o primeiro significativamente menos.

Consumo de outras drogas

As diferenças mais importantes foram encontradas nos consumos de metadona, anfetaminas e cannabis. Foram encontrados mais sujeitos a consumir metadona nos últimos 30 dias nos grupos com internamento o que se relaciona com o facto de muitos deles seguirem directamente de um programa de metadona para

programas de desintoxicação ou CT. Os sujeitos fora do tratamento reportaram menor consumo de metadona ao longo da vida, comparativamente com os grupos em tratamento.

No que diz respeito aos outros consumos, o grupo fora do tratamento começou, em média, os consumos de anfetaminas e cocaína mais tarde. No entanto, é também este grupo que relata mais este tipo de consumo nos últimos 30 dias. Relativamente ao consumo de cannabis, os sujeitos fora do tratamento têm em média mais anos de consumo dos que os outros.

Funcionamento legal

Em geral foram encontradas percentagens idênticas nos grupos definidos relativamente à maior parte dos itens respeitantes às actividades criminais e detenções. São no entanto, referidas duas diferenças: a primeira é que os sujeitos sem tratamento cometeram mais actividades ilegais nos últimos 30 dias (69.1%) comparativamente com os que estão nos programas de metadona (47.8%) ou de desintoxicação (44.8%); a segunda é que se encontra uma média mais elevada de contactos com a polícia por posse ou tráfico de droga no grupo fora do tratamento (6.9) do que no grupo da metadona (2.4).

Relações sociais

Em geral os sujeitos fora do tratamento estavam mais satisfeitos com a sua situação social. Esta tendência pode ser reconhecida na maior satisfação com as condições de vida assumida pelo grupo fora do tratamento, comparada com os grupos de desintoxicação e CT, embora não existam diferenças significativas entre

os grupos em termos de condições de vida. O grupo da metadona também referiu maior satisfação em relação a este item, comparativamente com o grupo da CT.

Em relação às actividades dos tempos livres, o grupo fora do tratamento também relatou maior satisfação.

Complementarmente foram postas questões respeitantes a problemas nas relações sociais próximas e mais distantes. Os grupos com internamento descreveram mais problemas recentes com a família do que os grupos da metadona e fora do tratamento. Os sujeitos fora do tratamento descreveram mais desentendimentos com outros significativos.

Funcionamento emocional e psicológico

O número de sujeitos tratados devido a queixas psicológicas num programa de tratamento não específico para a toxicodependência não diferia em relação aos grupos considerados. Em termos gerais, verificou-se que os sujeitos dos grupos de desintoxicação e CT apresentavam mais queixas psicológicas (depressão, medos, problemas de concentração) quer ao longo da vida, quer na dimensão recente.

De acordo com os resultados obtidos, a autora sistematizou o tipo de perfil relativo a cada condição previamente definida. Quando compara esses perfis, surge uma linha divisória entre os grupos fora do tratamento e da metadona por um lado, e os grupos em contextos de internamento por outro. Embora o programa de metadona tenha sido definido como um contexto de tratamento, a sua natureza surge claramente diferente dos outros tratamentos.

Perfil dos consumidores de heroína FORA DO TRATAMENTO

- Idade média mais elevada e especificamente menos sujeitos com menos de 25 anos.
- Mais consumidores com antecedentes culturais correspondentes a grupos minoritários.
- Menos consumidores com salários e mais consumidores com rendimentos não convencionais.
- Duração média do consumo de heroína mais elevada e policonsumo mais recente.
- Menos sujeitos experienciam o consumo de drogas como problemático.
- Menos períodos “limpos” nos últimos três anos.
- Menos uso de metadona, história de consumo de cannabis mais longa.
- Mais actividades ilegais no último mês e mais contactos com a polícia por posse e tráfico de droga.
- Maior satisfação com as condições de vida e actividades de tempos livres
- Mais problemas recentes com outros significativos.
- Menos queixas psiquiátricas tais como tensão/medos recentes e ao longo da vida, problemas de concentração recentes e ao longo da vida e menos depressão recente, comparativamente com os grupos de internamento.

Perfil dos consumidores de heroína na condição METADONA

- Mais sujeitos estão satisfeitos com a sua situação de vida actual.

- Menos problemas recentes com familiares próximos e outros significativos comparativamente com os sujeitos dos grupos de internamento.
- Menos queixas psiquiátricas em termos de menos traumas, menos tensão/medos recentes e ao longo da vida, menos problemas de concentração recentes e ao longo da vida, menos depressão recente, menos agressividade não controlada.
- Menos problemas no último mês decorrentes de queixas psiquiátricas.

Perfil dos consumidores de heroína na condição DESINTOXICAÇÃO

- Os sujeitos são em média mais novos.
- Menos sujeitos pertencentes a grupos minoritários.
- Menos sujeitos com rendimentos não convencionais, menos desemprego.
- Mais consumidores experienciam problemas resultantes do seu consumo de drogas.
- Mais problemas recentes com familiares próximos comparativamente com o grupo da metadona.
- Mais queixas psiquiátricas tais como tensão/medos recentes e ao longo da vida, problemas de concentração ao longo da vida e problemas recentes de depressão.
- Mais sujeitos apresentaram queixas psiquiátricas no último mês.

Perfil dos consumidores de heroína em COMUNIDADE TERAPÉUTICA

- Os sujeitos em regime residencial são mais novos.
- Menos consumidores com antecedentes culturais provenientes de grupos minoritários.
- Mais consumidores experienciam problemas resultantes do seu consumo de drogas.
- Mais sujeitos estavam "limpos" nos últimos três anos.
- Mais sujeitos experienciaram problemas resultantes do consumo de drogas no último mês.
- Menos consumidores estavam satisfeitos com a sua situação de vida e actividades de tempos livres.
- Mais problemas recentes com familiares próximos do que no grupo da metadona.
- Mais queixas psiquiátricas tais como traumas, tensão/medos recentes e ao longo da vida, problemas de concentração recentes e ao longo da vida, problemas com o controle da agressividade.
- Mais queixas psiquiátricas no último mês.

Na discussão dos resultados, a autora salienta a existência de diferenças entre os toxicodependentes em diferentes contextos de tratamento e sublinha que existe um conjunto de consumidores de heroína mais velhos que, de facto, utilizam menos o sistema de tratamento. Por outro lado, o facto de no grupo fora do tratamento se encontrar mais sujeitos de grupos minoritários, pode permitir a interpretação de que estes indivíduos têm mais dificuldade em aceder ao tratamento.

Uma outra característica do grupo fora do tratamento tem a ver com o relato de menos empregos estáveis, mais desemprego e mais actividades não convencionais para ganhar dinheiro. Refere que este resultado opõe-se ao encontrado por Scottenfeld et al. (1992) que constatou que, a maior parte dos indivíduos que procuravam ajuda para a dependência de heroína ou para o abuso de outras drogas não opiáceas, indicavam as dificuldades de emprego como a principal razão para o pedido de ajuda. No seu estudo, essas dificuldades não surgiram como a razão central do pedido de ajuda e apenas parecem tornar-se importantes numa fase posterior, quando os problemas mais urgentes já estavam resolvidos (ou parcialmente resolvidos).

O grupo da metadona diferencia-se principalmente pelos problemas com drogas e menos problemas noutras áreas de vida. Provavelmente não significa a sua inexistência mas que, possivelmente, são negados, desvalorizados ou estão mascarados.

Uma última nota da autora diz respeito à não diferenciação dos toxicoddependentes nas condições de desintoxicação e de comunidade terapêutica. De facto, não foram encontradas diferenças significativas e ambos os grupos incluem um número mais elevado de toxicoddependentes jovens e com mais problemas sociais e psicológicos. Embora a duração dos dois tipos de tratamento, assim como a intensidade terapêutica sejam consideravelmente diferentes, os toxicoddependentes referidos para estes programas parecem ser comparáveis.

Não foram encontradas diferenças relativamente à criminalidade. Os problemas financeiros ou o cansaço das pressões judiciais, parecem ser razões plausíveis para um pedido de metadona ou de um programa mais intensivo. No entanto, os resultados indicam que o grupo fora do tratamento estava mais envolvido em actividades criminais no último mês, o que pode indicar que estes problemas não são fundamento do pedido de ajuda.

Relativamente a uma questão central para Eland-Goossensen, a combinação indivíduo/tratamento, a autora elabora três comentários:

- Primeiro é que os heroíno-dependentes com problemas sociais e psicológicos solicitam mais programas de tratamento residenciais, o que sugere que esses problemas constituem razão para um pedido de internamento. Claro que conclusões respeitantes a esta questão, só serão possíveis com base em estudos de avaliação do sucesso terapêutico dos programas. O estudo já referido de McLellan et al. (1980), mostrou que a severidade dos problemas psiquiátricos podia ser considerado um predictor do sucesso do tratamento, indicando que a psicopatologia severa inibe o sucesso terapêutico;
- segundo é que o grupo de consumidores de heroína em tratamento com metadona não ficou suficientemente diferenciado em termos de perfil, o que pode ser interpretado com base na ideia de que a maior parte dos indivíduos consumidores que pedem ajuda, não têm como objectivo a abstinência mas antes a redução de riscos. Assim sendo, a questão da combinação indivíduo/tratamento torna-se pouco relevante;

- terceiro diz respeito à diferenciação intragrupo na condição fora do tratamento – os indivíduos mais velhos e os pertencentes a grupos minoritários – o que pode exigir atenção especial em termos da questão do ajustamento ao tratamento. Possivelmente os consumidores fora do tratamento que têm carreiras de utilização de drogas mais longas, tentaram vários programas de tratamento sem sucesso e perderam a motivação para o tratamento. Isto indica pouco sucesso terapêutico e exige a descrição da carreira de tratamento dos toxicodependentes em diferentes condições.

Entre as variáveis do ASI-R, podem ser identificados itens subjectivos e objectivos. A maior parte das questões solicitam informação objectiva, outras perguntam da satisfação face a uma determinada instância de vida ou face à ocupação dos tempos livres. Nestes itens foi encontrada uma diferença clara entre os indivíduos internados (menor satisfação) e os outros indivíduos nas outras condições. Isto aponta para importância de uma análise da influência dos problemas objectivos e da sua experiência subjectiva, no comportamento de pedido de ajuda.

Domingos Neto (1996) com o duplo objectivo de caracterização de uma população de heroíno-dependentes em tratamento e de avaliação do seu modelo de intervenção terapêutica - Tratamento Combinado e por Etapas - investigou longitudinalmente uma amostra clínica composta por 63 indivíduos admitidos consecutivamente em consulta.

Num primeiro momento estudou a amostra em termos socio-económicos, psicológicos, psiquiátricos e de alguns parâmetros biomédicos. Num segundo

momento, fez uma análise aprofundada destas variáveis em três subgrupos da amostra inicial segundo a influência judicial na sua motivação para o tratamento: uma população não judicial (n=35) e duas judiciais, uma condenada (n=15) e outra não condenada (n=13).

Em termos de instrumentos de medida aplicou:

- Índice de Graffar (Graffar, 1956) para a avaliação dos aspectos económicos e sociais dos toxicodpendentes e das suas famílias.
- BDI (Beck Depression Inventory - Beck, 1961; Steer, 1986) validado para a população portuguesa por Vaz Serra (Inventário de Depressão de Beck - Serra, 1972).
- SCL-90 (Hopkins Symptom Distress Checklist 90 - revised - Derogatis, 1976, 1977 e 1983);
- ASI (Addiction Severity Index - McLellan, 1981; Hendricks, 1989);
- Apgar Familiar (Smilkstein, 1978);
- ISSI (Interview Schedule for Social Interaction - Henderson, 1980, 1988).

Relativamente à caracterização inicial da amostra verificou que:

- Trinta e cinco indivíduos vieram à consulta por vontade própria e da família e 28 indivíduos foram encaminhados pelo sistema judicial (concordando evidentemente com o tratamento);
- 87% dos casos eram do sexo masculino;
- a média de idades foi de 25 anos e foi semelhante nos três subgrupos;

- a média de escolaridade (nº de anos completados) foi de oito anos - consideravelmente baixa - sendo no subgrupo judicial condenado o valor encontrado ainda mais baixo (seis anos);
- nível social globalmente baixo - nível quatro (médio/baixo)²;
- uma actividade socialmente útil tende a não existir no grupo judicial condenado, contrariamente aos outros dois subgrupos;
- 70% dos casos tinham os pais juntos;
- a média de anos de consumo foi de quatro anos, embora no grupo judicial condenado esse valor tenha sido mais elevado (seis anos);
- 33% dos indivíduos fumava a droga contra 67% que a injectava; o consumo por injeção aumentava significativamente à medida que a situação judicial se torna mais grave;
- no momento da primeira entrevista 82.5 % estava a consumir;
- 49% dos casos tinha relação afectivo sexual estável, contra 51% que não se encontrava nesta situação.

Em termos de adesão ao tratamento constatou que:

- 80% dos indivíduos não judiciais aderiu ao tratamento contra 62% dos judiciais não condenados e 53% dos condenados;
- a média dos anos de consumo (bem como o nível etário) dos que aderiram ao tratamento foi significativamente inferior à dos que não aderiram;

² O Índice de Graffar, calculado com base nas cotações atribuídas a cinco dimensões - profissão, nível de instrução, fonte principal de rendimento, tipo de habitação e características da residência e do bairro onde a pessoa habita - permite a classificação do estrato social em cinco níveis: 1-Alto, 2-Médio/Alto, 3-Médio, 4-Médio/Baixo, 5-Baixo.

- nível de escolaridade foi mais elevado no grupo que aderiu ao tratamento;
- as pessoas que apenas fumavam heroína aderiram melhor do que aquelas que injectavam.

Em termos de evolução clínica durante o ano de estudo, o autor refere uma taxa de retenção de 57%, tendo os grupos não judicial, judicial não condenado e judicial condenado chegado ao fim com valores de 61%, 75% e 25%, respectivamente. Assinala que a melhor evolução (persistentemente ao longo do ano), curiosamente, verifica-se no grupo judicial não condenado. Em oposição, o grupo judicial condenado destaca-se pela negativa.

Uma conclusão que se impõe é que a população judicial não é homogênea e reage de forma distinta ao tratamento. O facto de o grupo judicial não condenado, não obstante os parâmetros da caracterização inicial e de interesse dos progenitores pelo tratamento serem mais desfavoráveis do que no grupo não judicial, ter tido a melhor evolução terapêutica, reenvia para a importância das medidas judiciais de tratamento.

A existência de uma actividade socialmente útil (observou-se desde o início do tratamento um aumento de actividade, sendo esta evolução menor nos indivíduos que injectavam a heroína antes do tratamento; quem tem uma actividade socialmente útil também tem, de modo estatisticamente significativo, mais semanas de abstinência), o consumo na altura dos testes (parece haver uma relação significativa entre o número de semanas de abstinência e a frequência ponderada de colheitas de urina para análises toxicológicas; o autor refere também a suspeita

de que, quanto maior é o interesse do próprio e da sua família em fazer as análises, tanto maior é o número de semanas de abstinência) e o aparecimento ou a evolução de relações afectivo-sexuais (há a indicação de que, quem tem uma relação afectivo-sexual estável, consegue uma maior número de semanas de abstinência), documentam a evolução do tratamento.

Relativamente à evolução das variáveis psicológicas, familiares e psicossociais, o autor apresenta os seguintes resultados:

- O Tratamento Combinado e por Etapas parece ser suficiente para tratar o estado depressivo dos doentes, o que poderá relacionar-se com a abstinência sustentada e conseqüente melhoria da situação familiar;
- quanto mais antigo é o consumidor, mais deprimido se apresenta no final do estudo;
- quem tem uma actividade durante o tratamento, quem fumava a droga, quem não consome na altura dos testes e quem tem a situação judicial mais leve, apresenta menos depressão durante o tratamento;
- na medição inicial, os sujeitos apresentavam com maior evidência, sintomas de obsessão-compulsão e de depressão; seguia-se a ansiedade, a somatização e a ideação paranóide, a ansiedade fóbica foi muito reduzida;
- ao longo do tratamento assistiu-se a uma descida dos valores mas, basicamente, a configuração e o perfil dos sintomas obtido pelo SCL-90 manteve-se; o autor afirma que em termos gerais pode dizer-se que os

indivíduos em tratamento, apresentam-se ao fim de um ano, menos deprimidos, menos ansiosos e mais assertivos;

- muitos valores das subescalas do SCL-90, recolhidos nos vários momentos de medição, aumentam de acordo com o número de anos de consumo de heroína e de acordo com as concomitâncias de consumo de heroína durante o tratamento; quanto mais antigo é o consumo e quanto mais frequentes são as recaídas durante o tratamento, maior é a psicopatologia associada;
- quanto maior foi a colheita de amostras de urina para análise, tanto menores foram os valores de psicopatologia encontrados, ou seja, pais interessados associam-se a filhos com menos sintomas de psicopatologia e com melhor evolução terapêutica;
- quem não tem actividade socialmente útil, quem injectava, quem tem uma situação judicial mais grave e quem consumiu na altura dos testes, tendia a apresentar sofrimento psíquico durante o tratamento.

Relativamente à severidade da toxicodpendência, as variações dos resultados obtidos nas subescalas do ASI dos problemas de drogas, familiares e psicológicos são estatisticamente significativas; a variação dos problemas legais também tem significado estatístico, enquanto que para a variação da subescalas médica e do álcool apenas se pode referir a suspeita de significado estatístico; só a subescala de emprego, embora varie de acordo com o esperado, isto é, a diminuição dos problemas de emprego, não tem significado estatístico.

A norma na maior parte das subescalas do ASI, é os valores estarem muito aumentados na medição inicial (frequentemente ainda a consumir), depois no período pós-desintoxicação baixarem para números mínimos tendendo de seguida, a estabilizarem para valores bastante inferiores aos iniciais. No caso da subescala dos problemas legais ocorre uma diminuição progressiva e sustentada. A subescala dos problemas de álcool comporta-se de um modo diferente, apresentando no final do estudo um valor ligeiramente superior ao inicial.

No que diz respeito à evolução dos problemas familiares assistiu-se a um aumento da satisfação do toxicodependente com a sua família, sendo uma evolução estatisticamente significativa.

Em termos da evolução da capacidade de relacionamento afectivo e da ocorrência de interacção social, o autor concluiu que quanto melhores os resultados de quantidade e de satisfação com as interacções sociais, melhor seria a recuperação clínica e psicossocial dos indivíduos.

2. Severidade dos Problemas e Necessidade de Ajuda dos

Toxicodependentes

Uma revisão da literatura relativamente às questões da severidade dos problemas e da necessidade de ajuda dos heroíno-dependentes em diferentes condições de tratamento é sumarizada no quadro seguinte e ilustra de forma clara a discordância dos resultados encontrados (Eland-Goossensen, 1997):

O'Donnell et al. (1976)

Amostra:

- Comunidade: N=128 (muitos experimentadores de heroína mas não toxicodependentes). Sexo: todos homens. Idade: entre os 20-30 anos. Raça: 67% brancos. Idade do 1º consumo de heroína: 17% com menos de 18 anos, 69% entre os 18-22 anos e 13% com mais de 22 anos.
- Tratamento N=20. Sexo: todos homens. Idade: todos entre os 20-30 anos. Raça: 70% brancos. Idade do 1º consumo de heroína: 25% com menos de 18 anos, 65% entre os 18-22 anos e 10% com mais de 22 anos.

Método de amostragem: Amostra nacional (estratificada e aleatória)

Variáveis e instrumentos de medida: Entrevista (história passada e actual do consumo de drogas, educação, ocupação, comportamento criminal, história marital e parental).

Resultados: Os toxicodpendentes em tratamento tendiam a apresentar mais problemas relacionados com o consumo de heroína (saúde, trabalho, família). Não foram encontradas diferenças raciais ou de classe social de origem entre os dois grupos.

Limitações: A amostra foi restrita a jovens do sexo masculino, a prevalência do consumo de drogas era mais elevada entre os mais jovens deles. A baixa incidência do tratamento pode ser resultante do facto dos respondentes estarem a consumir há relativamente pouco tempo.

Implicações: Os heroinodpendentes sem tratamento parecem ser mais capazes de prevenir os efeitos negativos do seu consumo de heroína. Relatam menos dificuldades associadas a esse consumo em áreas como emprego e vida familiar. Isto pode ser o resultado do tipo de relação que estabeleceram com a droga.

Blumberg & Dronfield (1976)

Amostra:

- Comunidade N=115. Sexo: 12% de mulheres. Início do consumo injectado: em média há 46.6 meses. Média de idades: 22.9 anos. Desempregados: 38%. Sentenciados: 43%.

- Tratamento N=115. Sex: 20% de mulheres. Início do consumo injectado: há 35 meses. Média de idades: 22.7 anos. Desempregados: 34%. Sentenciados: 58%.

Método de amostragem: Foi pedido a toxicod dependentes numa clínica que descrevessem as suas experiências dentro e fora do tratamento da droga, procedendo-se à comparação dos dados.

Variáveis e instrumentos de medida: Auto-inventário de variáveis tais como o sexo, idade, uso de drogas, emprego, sentenças e queixas físicas.

Resultados: A principal descoberta foi a similaridade entre os dados dos toxicod dependentes dentro e fora da clínica. Mais emprego na amostra não clínica. A principal razão porque os toxicod dependentes fora do tratamento ainda não o tinham solicitado era o facto de não consumirem há tempo suficiente.

Limitações: Os resultados não podem ser generalizados devido a o uso da técnica nominativa.

Graeven & Graeven (1983)

Amostra:

- Comunidade N=22. Média das idades: 22 anos. Grupos muito pequenos para o estudo das diferenças relativamente ao sexo e etnia. O estatuto marital era comparável.

- Tratamento N=44 (desintoxicação, metadona, residencial e outros). Média das idades: 24 anos. Também foram incluídos experimentadores.

Método de amostragem: Os respondentes faziam parte dos adolescentes de duas escolas secundárias onde se verificava um surto de consumo de heroína.

Consumidores de heroína de diferentes grupos de pares foram seleccionados por informadores locais.

Variáveis e instrumentos de medida: Antecedentes familiares, personalidade, uso de drogas e experiência de tratamento.

Resultados: Não foram realizados testes estatísticos. Os toxicodpendentes fora do tratamento tinham uma vida familiar melhor, estavam menos envolvidos com o sistema judicial, uma auto-estima mais elevada e menos hábitos.

Limitações: A interpretação dos resultados deve ser cautelosa devido ao tamanho das amostras. As diferenças descritas entre toxicodpendentes fora e dentro do tratamento sugerem que as generalizações de estudos apenas feitos com toxicodpendentes em tratamento não podem ser feitas.

Implicações: Os resultados mostram que existe um grupo de heroinodpendentes capazes de regularem os seus hábitos de forma a não necessitarem de nenhum programa de tratamento.

Rounsaville et al. (1985)

Amostra:

- Comunidade N=105. Média de idades=27.6 anos. Casados=35%. Sexo=85% H.
Raça=75% não brancos.
- Heroinodependentes (consumo de droga pelo menos 3 vezes por semana)
Tratados N=204. Média de idades=27.7 anos. Casados=28%. Sexo=75% H.
Raça=59% não brancos

Método de amostragem: “Bola de neve”.

Variáveis e instrumentos de medida:

ASI (história do consumo de drogas e história legal).

SAS (funcionamento social).

MMPI (personalidade).

BDI (depressão).

RDC (distúrbios psiquiátricos)

Resultados: Foram encontradas semelhanças no consumo de heroína, índices globais de problemas legais e de actividades ilegais e funcionamento ocupacional. Foi encontrada uma importante diferença para os problemas psicológicos, verificando-se mais depressão major no grupo em tratamento que também apresentava mais dificuldades legais e uma funcionamento social mais pobre.

Limitações: Representatividade da amostra de toxicodpendentes não tratados.

Implicações: Os toxicodpendentes da comunidade parecem ter uma maior probabilidade de remissão espontânea o que reforçaria a ideia de não interferência no curso normal da dependência; no entanto, os custos decorrentes das suas actividades ilegais e a nível de saúde reforçam a ideia oposta.

Herrero & Baca (1990)

Amostra:

- Comunidade N=50 heroinodpendentes num hospital geral. Idades: 24% entre 15-20 anos, 52% entre 21-25 anos, 18% entre 26-30 anos, 6% mais de 30 anos. Casados=24%. Sexo=84% Homens. Desempregados=34%.
- Toxicodpendentes em tratamento N=75. Idades: 15% entre 15-20 anos, 48% entre 21-25 anos, 33% entre 26-30 anos, 4% mais de 30 anos. Casados=23%. Sexo=75% Homens. Desempregados=52%.

Método de amostragem: Entrevistas com toxicodpendentes internados num hospital geral por problemas somáticos (a selecção possível).

Variáveis e instrumentos de medida: Protocolo estandardizado básico.

Resultados: Foram encontrados mais irmãos e irmãs no grupo fora do tratamento, assim como empregos mais estáveis e um início de consumo (cannabis &

anfetaminas) mais precoce. Mais distúrbios de personalidade neste grupo. O grupo em tratamento tinha mais experiências anteriores de tratamento.

Limitações: Não são referidas.

Implicações: Estudos posteriores poderão mostrar a consistência destas conclusões. Se assim for, parece que os hospitais gerais permitem uma boa oportunidade de investigação de tocodependentes não inseridos em programas de tratamento e torna-se possível a identificação de variáveis determinantes do comportamento de procura de tratamento que poderão ser úteis a um adequado ajustamento dos programas preventivos e terapêuticos.

Eland-Goossensen et al (1997), comparou os grupos de tocodependentes definidos relativamente ao nível global de severidade, de preocupação e de necessidade de ajuda.

Num primeiro momento, considerou uma medida global da severidade dos problemas em cada área de vida (escala de severidade que vai desde o grau zero - inexistência de problemas/ não há necessidade de ajuda - até ao grau nove - problemas extremos/necessidade de ajuda). A existência de problemas foi operacionalizada como um grau igual ou superior a quatro na referida escala.

Num segundo momento, os grupos definidos foram comparados em relação à preocupação e necessidade de ajuda expressa em cada área de vida, através da

escala do paciente que compreende cinco graus, desde o zero em que a pessoa exprime ausência de preocupação e considera não necessitar de ajuda, até ao quatro que corresponde a extrema preocupação e extrema necessidade de ajuda. Acima do grau dois - um grau moderado - foi considerado haver preocupação e necessidade de ajuda significativas.

Em termos de resultados, verificou que os toxicodpendentes fora do tratamento e aqueles que estavam inseridos no programa de metadona, apresentavam uma severidade idêntica em todas as áreas de vida. Mais indivíduos do grupo da metadona relataram problemas de droga comparativamente com os toxicodpendentes sem tratamento, mas a diferença não foi significativa.

Quanto à comparação entre os toxicodpendentes fora do tratamento e os integrados em programas com internamento, foram encontradas diferenças significativas em quatro áreas de vida: significativamente mais problemas ocupacionais e menos problemas de droga foram referidos no grupo sem tratamento e, nas áreas do funcionamento social e psicológico, consideravelmente mais casos do grupo do tratamento com internamento relataram problemas.

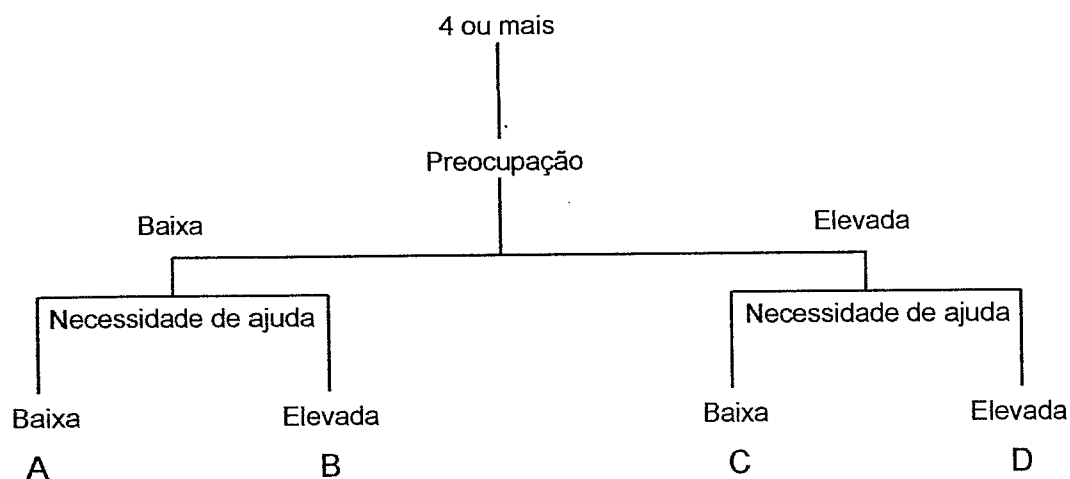
Relativamente à preocupação, foram encontradas diferenças significativas entre os grupo sem tratamento e o da metadona: mais toxicodpendentes no programa de metadona expressaram preocupação face aos seus problemas de droga (aliás, esta foi a única área em que este grupo manifestou preocupação substancial). O grupo fora do tratamento expressou preocupação face a várias áreas de vida designadamente, problemas familiares, de trabalho, legais e de

saúde. Foram também encontradas diferenças significativas entre o grupo sem tratamento e o grupo com internamento: mais preocupação face a problemas de saúde e de trabalho no grupo fora do tratamento. O grupo do internamento expressou mais preocupação face aos problemas de droga.

Em termos de necessidade de ajuda, foram encontradas diferenças significativas entre os grupo sem tratamento e o da metadona: mais uma vez, uma grande diferença foi encontrada entre ambos os grupos em termos de necessidade ajuda para os problemas de droga, sendo essa necessidade muito mais assumida pelos indivíduos da metadona. O grupo fora do tratamento expressou mais necessidade de ajuda em relação a problemas de saúde, de trabalho e legais. Quanto às diferenças entre os grupos fora do tratamento e internados foram identificadas várias: no grupo do internamento a necessidade de ajuda em relação aos problemas de droga é significativamente maior do que no grupo fora do tratamento, bem como em relação a problemas familiares, psicológicos e sociais em geral; o grupo fora do tratamento expressou maior necessidade de ajuda para problemas de saúde e de trabalho.

O comportamento de procura de ajuda foi também estudado e a autora identificou quatro possíveis vias nos toxicodependentes que apresentavam uma severidade superior ao grau quatro. A figura seguinte (Figura 1), descreve o modelo encontrado:

Figura 1



A primeira via (A), descreve os toxicod dependentes que não desenvolveram nem preocupação face aos problemas nem necessidade de ajuda (o que pode significar negação dos problemas actuais). A via oposta (D) diz respeito aos toxicod dependentes que expressaram quer preocupação quer necessidade de ajuda. A preocupação também pode surgir não associada à necessidade de ajuda (via C), tratando-se possivelmente de indivíduos que estão a orientar-se em direcção ao pedido de ajuda mas ainda não atingiram a etapa final de um pedido de ajuda claro. Uma última via (B) corresponde aos casos que, inesperadamente, embora não tenham expressado preocupação, expressam necessidade de ajuda.

Os grupos estudados foram comparados em relação a estas quatro vias e no geral, a maior parte dos sujeitos situam-se nas vias A (não expressaram nem preocupação nem necessidade de ajuda) ou D (expressaram preocupação e necessidade de ajuda).

Relativamente aos problemas de droga, a maioria (mais de 70%) dos indivíduos em tratamento expressou preocupação e necessidade de tratamento (D). O mesmo sucedeu apenas com menos de 30% dos toxicod dependentes fora dos contextos de tratamento; muitos deles (41%) não expressou preocupação nem necessidade de ajuda para os problemas de droga (A).

Nas áreas de vida relativas ao trabalho, álcool e relações sociais, a maioria dos toxicod dependentes mostraram ausência de preocupação e de necessidade de ajuda (A). No grupo da metadona, os problemas legais traduziram-se menos em termos de necessidade de ajuda do que nos outros grupos.

Na área psicológica os grupos fora do tratamento e da metadona foram comparáveis. No grupo com internamento, um largo número de casos experienciou problemas psicológicos mas também sem isso se traduzir em preocupação ou necessidade de ajuda.

Parece então, existirem diferenças importantes entre os toxicod dependentes sem tratamento e os que estão inseridos nos sistemas de tratamento: o grupo fora do tratamento caracterizou-se por pontuações mais baixas de severidade para os problemas de droga mas, surpreendentemente, expressou mais preocupação e necessidade de ajuda em relação a problemas familiares, de trabalho e de saúde física, comparativamente com o grupo da metadona. O grupo da metadona, por seu lado, experienciou menos problemas relacionados com a droga. A conclusão que se impõe é que a necessidade de ajuda em outras áreas de vida que não as drogas não constitui razão para um pedido de prescrição de metadona, embora o programa

original (Dole e Nyswander, 1976) tivesse como objectivo a redução dos problemas de saúde, de trabalho, legais e sociais dos utilizadores. Eland-Goossensen (1997) salienta que os problemas de droga parecem ser a principal motivação para a adesão a um programa de metadona.

O grupo de toxicodependentes em tratamentos com internamento caracterizou-se por uma severidade mais elevada nos problemas psicológicos e sociais, comparativamente com o grupo fora do tratamento, bem como um maior grau de preocupação e de necessidade de ajuda para esses problemas. A principal expectativa era que a preocupação em geral e a necessidade de ajuda para os problemas aumentaria com o aumento da intensidade dos programas. Deste ponto de vista é de assinalar a fraca expressão da preocupação face a áreas de vida que não as drogas pelo grupo da metadona. A autora considera que uma possível interpretação diz respeito ao facto desse grupo incluir um subgrupo de utilizadores mais velhos que descrentes no tratamento após sucessivos fracassos e, por isso mesmo, não tentam activamente solucionar os seus problemas relacionados com a droga. Uma outra explicação possível pode ser a de que os programas de metadona de baixo limiar não são considerados pelos toxicodependentes como uma modalidade de tratamento, o que se associaria à fraca expressão de preocupação e de necessidade de ajuda.

Uma análise discriminante das variáveis ligadas à preocupação e à necessidade de ajuda, mostrou que a principal razão para a procura de ajuda profissional é a preocupação com os problemas de droga. Por outro lado, os problemas de trabalho, de saúde e legais parecem não constituir motivação para

essa procura, quer entre os toxicodependentes inseridos em programas de metadona, quer naqueles que se encontram em programas residenciais. Os problemas psicológicos e sociais parecem no entanto, motivar os toxicodependentes para a procura de um tratamento clínico.

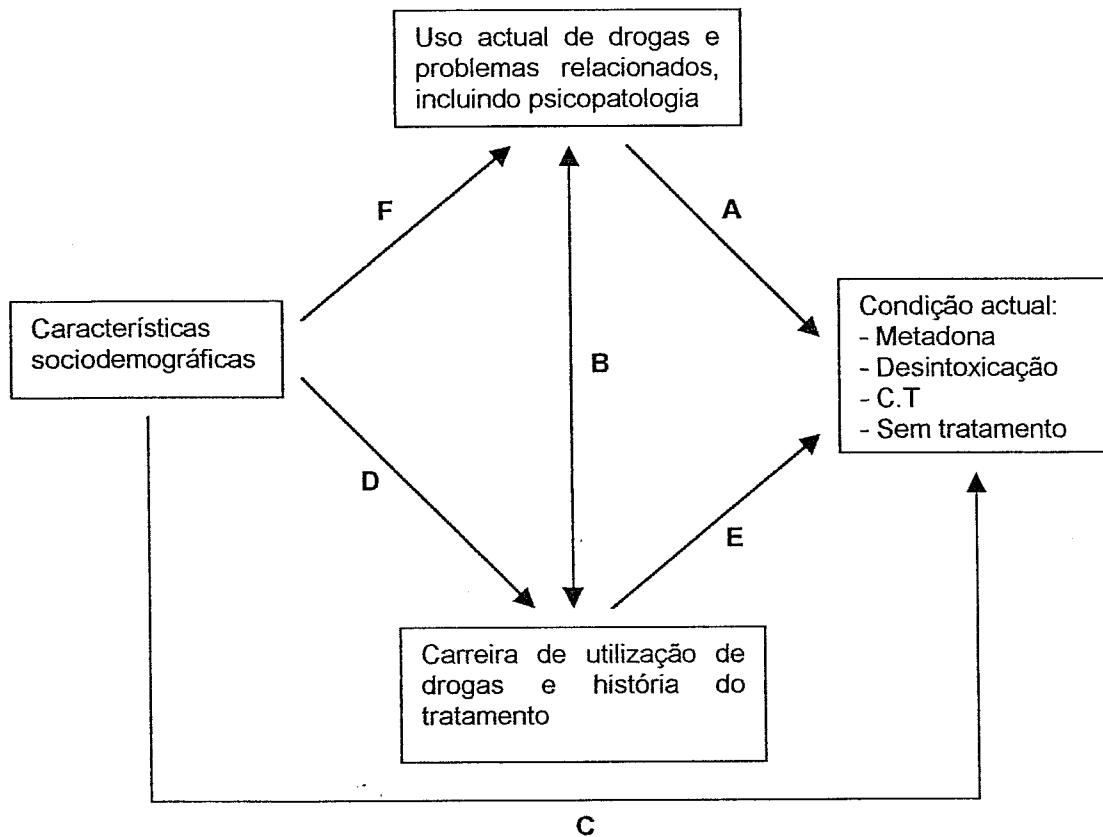
3. Carreira de Utilização de Drogas e História do Tratamento

Na sequência da referida investigação sobre o comportamento de pedido de tratamento, Eland-Goossensen (1997) estudou as variáveis ligadas à carreira de utilização de drogas e à história do tratamento nos toxicodpendentes em tratamento (programa ambulatorio de metadona, centro de desintoxicação e comunidade terapêutica) e nos toxicodpendentes fora do tratamento.

A procura de tratamento é vista como tendo um carácter dinâmico, sendo influenciada por factores a curto e a longo prazo. O facto do pedido de ajuda ser muitas vezes precedido por uma crise em termos de saúde física ou psicológica, ou por problemas legais, é exemplo da importância dos factores a curto-prazo (DeLeon & Jainchill, 1986; Rounsaville & Kleber, 1985- cit Eland-Goossensen, 1997). A influência de experiências anteriores de tratamento é exemplo da segunda categoria de factores.

O esquema seguinte (Figura 2) ilustra as variáveis relacionadas com a procura de tratamento (Eland-Goossensen, 1997):

Figura 2



O carácter dinâmico da procura de ajuda caracteriza-se pela relação entre as variáveis a curto prazo e o tipo de tratamento (A). As variáveis a longo prazo, como por exemplo a carreira de utilização de drogas, história do tratamento e variáveis sociodemográficas, podem directamente (E, C) mas também indirectamente pela influência das variáveis a curto prazo (B), relacionarem-se com o comportamento de procura de ajuda.

Todos os sujeitos incluídos neste estudo foram entrevistados e foram aplicados vários instrumentos de medida, designadamente o Addiction Severity Index (ASI-R) (McLellan et al., 1980; Hendricks et al., 1989).

Em termos gerais, verificou que os toxicodependentes em tratamento diferiam daqueles que estavam fora do tratamento em relação a:

- Características sociodemográficas.
- Aspectos da carreira de utilização do drogas.
- Aspectos da história do tratamento.

Relativamente às características sociodemográficas, constatou que os consumidores mais jovens (até os 25 anos de idade) procuravam com mais frequência tratamento com internamento, enquanto que os indivíduos mais velhos (com mais de 35 anos de idade) procuravam significativamente menos ajuda. Os níveis etários mais elevados predominavam nos grupos da metadona e sem tratamento. Para a autora, este resultado pode corresponder a um indicador positivo, no sentido em que os toxicodependentes mais jovens têm acesso aos tratamentos e podem beneficiar dos programas numa fase mais precoce da sua carreira de uso de drogas, aumentando a probabilidade de sucesso terapêutico. Em relação à variável sexo, não foram encontradas diferenças de género entre os grupos estudados.

O número de casos com policonsumos foi elevado em todos os grupos e também foi denominador comum o consumo de cannabis preceder o consumo de drogas mais "pesadas". Entre os grupos fora do tratamento e em comunidade terapêutica, foram encontradas diferenças significativas em relação a alguns aspectos da carreira de utilização de drogas, designadamente os toxicodependentes em comunidade terapêutica consumiam mais tipos de drogas do que aqueles que

estavam sem tratamento. Por outro lado, um maior número de casos no grupo fora do tratamento apresentava menos períodos de abstinência (por vontade própria ou após tratamento) nos últimos três anos.

Em termos de história do tratamento, o grupo fora do tratamento reportou menos experiências de tratamento (embora a média de idades fosse mais elevada do que nos outros grupos definidos), enquanto que o grupo em comunidade terapêutica apresentou histórias de tratamento mais intensivas (no sentido de mais episódios e mais tipos de tratamento).

4. A Psicopatologia dos Toxicodependentes

Nos últimos anos os aspectos psicopatológicos têm sido tema importante da discussão científica da problemática das toxicodependências (Miller & Stimmel, 1993; Hendricks, 1990). Esta importância prende-se com as prevalências mais elevadas de psicopatologia entre a população toxicodependente comparativamente com a população geral (Miller & Fine, 1993). Outra razão do interesse científico é o facto de psicopatologia severa estar relacionada com uma grande quantidade de problemas de saúde, de emprego, de drogas e sociais e associar-se a um pior prognóstico (McLellan et al., 1981, 1983; Rounsaville & Kleber, 1985, Rounsaville et al., 1986; Kosten & Rounsaville, 1986; Gerstly et al., 1990).

Eland-Goossensen (1997) referencia os seguintes estudos sobre a psicopatologia dos toxicodependentes:

Rounsaville, B.J.; Weissman, M.M.; Kleber, H.; Wilber, C. (1982)

Instrumentos: Escala para Distúrbios Afectivos e Esquizofrenia (SADS-L) e critérios de diagnóstico RDC (Endicot & Spitzer, 1978).

Amostra: 533 sujeitos dependentes de narcóticos, retirados de diferentes contextos de tratamento.

Resultados: 86.9% dos toxicodependentes tratados relataram pelo menos um distúrbio ao longo da vida. Distúrbios ao longo da vida: 53.9% de depressão maior,

9.6% de distúrbios fóbicos, 34.5% de alcoolismo. A percentagem de respondentes com distúrbio de personalidade anti-social foi de 26.5%.

Hendriks, V.M. (1990)

Instrumentos: Escala de Entrevista de Diagnóstico (Robins et al., 1981).

Amostra: 152 policonsumidores, cuja amostra correspondeu a admissão consecutiva num centro de desintoxicação.

Resultados: 60.5% relataram uma ou mais distúrbios ao longo da vida, excluindo o distúrbio de personalidade anti-social e alcoolismo. Distúrbios ao longo da vida: 36.8% de depressão major, 41.4% de qualquer tipo de desordem de ansiedade, 52.0% de dependência de álcool e 59.9% de distúrbio de personalidade anti-social.

Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, D.S.; Locke, B. Z.; Keith, S.J.; Judd, L.L.; Goodwin, F.K. (1990)

Instrumentos: Escala de Entrevista de Diagnóstico (Robins et al., 1981).

Amostra: 20 291 sujeitos incluídos numa amostra dos Estados Unidos (população da comunidade total e institucional). Os sujeitos tinham mais de 18 anos.

Resultados: Embora a maior parte das prevalências da psicopatologia não tenham sido descritas para os consumidores separadamente, algumas percentagens foram diferenciadas. Em 65.2% dos dependentes de opiáceos qualquer distúrbio mental foi avaliado. O distúrbio de personalidade anti-social foi encontrado em 36.7% dos casos e o abuso/dependência de álcool em 65.9%.

Abbott, P.J.; Weller, S.B.; Walker, S.R.

Instrumentos: SCID-P (Spitzer et al. 1988)

Amostra: 144 dependentes de opiáceos retirados de um programa de metadona.

Resultados: 77.1% relatou pelo menos um distúrbio ao longo da vida. Distúrbios do Eixo I mais frequentes ao longo da vida: depressão major (25%) e distímia (15.3%). Qualquer distúrbio da ansiedade 27.1%, dependência de álcool 57.6%. Distúrbio de personalidade anti-social (Eixo II) foi encontrada em 31.3% dos respondentes.

Relativamente à questão das diferenças entre toxicodependentes em tratamento (programa ambulatorio de metadona e programas com internamento) e sem tratamento em termos de psicopatologia, Eland-Goossensen et al. (1997) constataram não existirem diferenças entre os grupos da comunidade terapêutica e do centro de desintoxicação em relação a nenhuma variável e, portanto, constituiu-se um único grupo.

Todos os participantes foram entrevistados (Composite International Diagnostic Interview - CDI, Robins et al., 1989), tendo sido definidas quatro categorias de diagnóstico: (1) Distúrbios afectivos - depressão major, distímia, e distúrbio maníaco (2) Distúrbios de ansiedade - ansiedade generalizada, distúrbio de pânico, agorafobia, fobia social, fobia simples, agorafobia e distúrbio obsessivo-compulsivo (3) Dependência e abuso de álcool - (4) Distúrbio de personalidade anti-social.

Verificou-se que mais de 80% dos entrevistados relataram pelo menos uma perturbação (excluindo-se o distúrbio de personalidade anti-social) ao longo da vida. Os distúrbios mais comuns foram os ligados ao álcool, fobias sociais e fobias simples. O distúrbio de personalidade anti-social foi diagnosticado em cerca de 1/3 dos casos. Distúrbios afectivos e distúrbios de ansiedade recentes surgiram em aproximadamente 1/5 e mais de 1/3 dos casos, respectivamente. No geral, o peso dos distúrbios recentes é muito menor que o dos distúrbios ao longo da vida.

Comparando as prevalências entre os grupos sem tratamento e em tratamento, a autora apresenta as seguintes conclusões:

Os toxicodpendentes fora do tratamento reportaram mais fobias simples (ao longo da vida e recentes) e menos distúrbios de álcool ao longo da vida do que os toxicodpendentes no programa de metadona. Menos sujeitos neste grupo sofriam de distímia ao longo da vida mas relataram mais ansiedade generalizada. O grupo dos toxicodpendentes inseridos em tratamentos com internamento, diferia do grupo sem tratamento em termos de mais distúrbios de álcool (ao longo da vida e recentes) e mais distúrbios de personalidade anti-social. A autora assinala que mais

de 90% dos casos internados relataram pelo menos um distúrbio ao longo da vida, com ou sem a inclusão do distúrbio de personalidade anti-social. Essa percentagem é de 75.5% no grupo sem tratamento e de 68.1% no grupo da metadona. A percentagem de casos com pelo menos um distúrbio recente é também mais elevada no grupo dos toxicoddependentes internados em programas de tratamento.

Domingos Neto (1996) fez uma revisão crítica da literatura relativa aos aspectos psicopatológicos dos toxicoddependentes e constatou que os muitos estudos realizados apresentam resultados e conclusões distintas, o que se prende com o tipo de população toxicoddependente estudada e as metodologias escolhidas. Considera, no entanto, ser possível identificar-se algumas conclusões comuns:

- Não há um tipo de patologia ou de personalidade que conduza ao consumo de droga, mas antes diferentes tipos de personalidade de toxicoddependentes.
- Os toxicoddependentes estão severamente deprimidos quando consomem.
- Os toxicoddependentes apresentam muitas perturbações de personalidade embora a sua frequência varie de estudo para estudo.

Segue-se uma resenha dos estudos e contributos teóricos mais representativos da investigação da psicopatologia dos toxicoddependentes, em grande parte já referenciados por Domingos Neto (1996).

Weissman (1976) aplicou o SCL-90 numa amostra de 106 heroíno-dependentes inseridos num programa de metadona e verificou que 1/3 dos casos estava moderada a severamente deprimidos, notando perturbações de humor, do apetite e do funcionamento sexual, ansiedade e ideias de suicídio. Foi, no entanto, difícil de determinar se a depressão era anterior à toxicod dependência.

Para Alexander e Dibb (1977) a passividade e a dependência são os traços patológicos mais salientes.

Wurmser (1978) refere que as poucas populações de toxicod dependentes estudadas através de provas apresentam psicopatologia severa tendo verificado que as perturbações graves de personalidade representavam a maioria dos casos, as neuroses uma minoria e as psicoses uma raridade. A extensão da depressão em todas as categorias de toxicod dependentes, particularmente nos heroíno-dependentes era massiva.

McLellan (1981) estudou as características de personalidade e os sintomas da toxicod dependência, bem como as características de vida dos toxicod dependentes. Verificou que existiam problemas médicos, psicológicos, sociais, familiares e legais relacionados com a dependência prolongada e que melhoravam com a abstinência. Foi, no entanto, difícil encontrar uma relação significativa entre a melhoria nos abusos tóxicos e a melhoria noutras áreas, o que levou o autor a concluir que o abuso de drogas tanto pode ser um problema concomitante com outros de áreas diversas, como pode ser causa desses mesmos problemas.

Para Bergeret (1982), a maioria dos toxicodpendentes não tem personalidades neuróticas ou psicóticas mas são antes jovens que "são como que adolescentes que não tiveram tempo de terminar a sua crise de adolescência, não se podendo propriamente de falar de estrutura nesses casos. São personalidades imaturas, fluídas, ansiosas, insatisfeitas". Para este autor, a forma clínica depressiva é a mais frequente em toxicodpendentes sujeitos a psicoterapia.

Posteriormente Bergeret (1983) afirma que, independentemente da estrutura de personalidade, existem um certo número de elementos de carácter que são consideravelmente comuns às diferentes formas de personalidades dos toxicodpendentes. Agrupa esses elementos em três categorias: (1) a importância dada ao comportamento (2) a importância das carências imaginárias e, (3) a importância das carências identificatórias. Para Domingos Neto (1996) estas três categorias prendem-se com aquilo que designa de déficit relacional e que afirma ser nodal no problema da toxicodpendência.

Rounsaville (1982) aplicou a um grupo de 533 toxicodpendentes em várias modalidades terapêuticas, uma bateria de testes que incluía uma entrevista estruturada e uma escala para o estabelecimento da prevalência de perturbações afectivas e esquizofrénicas ao longo da vida. Concluiu que havia um grande número de perturbações psíquicas associadas ao problema da toxicodpendência:

- 80% dos casos reunia os critérios para que fosse diagnosticada alguma doença psiquiátrica, sem ser toxicodpendência, ao longo da vida, contra 17,8% numa amostra geral da mesma comunidade.

- 74,3% preenchia as condições para ter uma doença depressiva, episódica ou crônica.
- 52% tinham pelo menos mais de dois diagnósticos psiquiátricos, para além do de toxicod dependência.
- Apenas 26,5% tinham características para serem incluídos na categoria de personalidade anti-social.
- Todos os elementos da amostra estavam cronicamente deprimidos ou eram vulneráveis a depressões episódicas.
- 13,7% tinham episódios alcoólicos concomitantes.
- 34,5% tinham já sido alcoólicos no passado.

Cohen (1982) afirma, tal como Kaufman anteriormente (1974), que os toxicod dependentes são indivíduos com diferentes tipos de personalidade e de psicopatologia e, o que têm em comum, é a sua dependência.

Rounsaville (1982) também constata que os toxicod dependentes são um grupo heterogêneo e agrupa-os em três sub-grupos de acordo com as características encontradas:

- Um grupo com traumatismo psíquico na infância.

- Um grupo com actividade delinquente anterior ao consumo de drogas.
- Um grupo onde o consumo de drogas foi a primeira manifestação de psicopatologia.

O primeiro grupo era o que tinha psicopatologia mais severa e foi definido pelo autor como tendo características anti-sociais de personalidade; o segundo grupo necessitaria de um ambiente mais estruturado para tratamento (Comunidade Terapêutica) e, o terceiro grupo era o de melhor prognóstico.

Kosten (1982) a partir de estudos anteriores concluiu que cerca de 1/4 dos toxicodependentes têm perturbações de personalidade e que não existe um tipo específico de personalidade que caracterize o toxicodependente. Estudou a mesma amostra de Rounsaville (1982) e, aplicando-lhe os critérios da DSM III para a definição dos distúrbios de personalidade, concluiu que :

- 32% dos casos não apresentavam perturbações de personalidade.
- 39% tinham características de personalidade anti-social.
- 14% de personalidade borderline.
- 9% de personalidade narcísica.
- 6% tinham outras perturbações de personalidade.

Os 32% correspondiam ao sub-grupo mais saudável e que menos necessitavam de cuidados psiquiátricos. Concluiu que os toxicodependentes não evoluem para uma perturbação de personalidade específica e que os critérios de

diagnóstico do eixo 2 da DSM III (o eixo das perturbações de personalidade) são aplicáveis nestes casos.

O mesmo autor estudou posteriormente (Kosten, 1989) 155 toxicodependentes que tinham iniciado um tratamento de dois anos e meio em quatro modalidades (metadona, antagonista opióide, comunidade terapêutica e desintoxicação em unidade de internamento). Foram aplicadas entrevistas estruturadas segundo os critérios da DSM III e o ASI (Addiction Severity Index, McLellan, 1977, 1979). Verificou que 79% dos casos manifestaram perturbações de personalidade dos quais 44% tinham uma perturbação anti-social da personalidade.

5. A Família dos Toxicodependentes

Algumas questões sobre a família dos toxicodependentes têm sido formuladas pelos vários autores que investigam nesta área, designadamente saber se existe alguma causalidade familiar na génese das toxicodependências, se existem traços familiares típicos ou se as características familiares podem ser consideradas como causa ou antes como consequência.

Os vários autores seguiram metodologias e instrumentos de medidas diferentes, investigaram em contextos socioculturais diferentes, estudaram vários tipos de família, pelo que a extrapolação de conclusões comuns é extremamente difícil.

Muitos autores falam da disfuncionalidade do casal parental e da sua repercussão nos filhos mas pouca investigação tem sido realizada de acordo com a hipótese inversa, isto é, a disfuncionalidade que a toxicodependência introduz no casal parental. Kaufman (1985) afirma que não é a droga de escolha que determina os padrões familiares mas sim a idade e o papel da pessoa consumidora na família. Especifica que o alcoolismo (e as outras toxicodependências, considera Domingos Neto) pode ser causa ou efeito da disfunção familiar.

Uma outra ideia usual na literatura sobre a família do toxicodependente tem a ver com uma mãe sobreprotectora e um pai ausente. Kaufman (1985) também afirma que não existe uma tipologia simples de famílias disfuncionais.

Muitos outros autores partilham a opinião de que não se pode falar de um tipo de família específico da toxicoddependência, outros ainda procuraram identificar características comuns. Stanton e Todd (1982) apresentam a seguinte listagem de particularidades:

- Maior frequência de dependência química a nível multigeracional.
- A expressão de conflitos é primitiva e directa, com alianças explícitas.
- Existe uma ilusão de independência do paciente identificado.
- Mães com métodos simbióticos de criação de filhos que se estendem até tarde.
- Grande incidência de mortes prematuras.
- A toxicoddependência é uma pseudo-indivuação que mantém os laços familiares através de uma fachada de desafio e de independência.

Amaral Dias (1980) também insiste neste aspecto da pseudo-indivuação, referindo as atitudes dos pais que impedem uma verdadeira autonomia do jovem.

O toxicoddependente tende a pertencer a um grupo de pares o que lhe confere uma fachada de emancipação. Domingos Neto (1996) refere que a onipotência narcísica de muitos deles também contribui para esta imagem. No entanto, parece que a influência do grupo de pares é francamente menor que a da família. Para Amaral Dias (1980), a família tem mais importância do que o grupo e só quando abdica da sua autoridade é que o grupo passa a tê-la. Blum et al. (1972) partilham a mesma posição. Domingos Neto também afirma que o grupo desviante só intervém

quando a família de origem falha e daí considerar que o tratamento é muitas o tratamento da família, mais até que do próprio jovem.

Vaillant (1966) estudou uma amostra de toxicodpendentes e constatou que 72% dos casos ainda viviam com a mãe aos 22 anos de idade. A nível do *follow up* encontrou 30 indivíduos abstinentes que viviam independentes dos pais. Considera pois, haver uma correlação positiva entre a "cura" e o viver separado dos pais.

Stanton (1980) também correlacionou os consumos com o viver em casa de familiares. Numa amostra de 85 toxicodpendentes verificou que 66% que tinham os progenitores vivos, ou viviam com eles ou viam diariamente a mãe. Posteriormente (1982) tornou a constatar que 50 a 75% dos toxicodpendentes vivem com os pais ou vêem-nos diariamente. Refere, ainda, que este fenómeno parece ser independente do contexto sociocultural.

Angel (1982) concluiu que as famílias dos toxicodpendentes têm membros excessivamente próximos, que as fronteiras entre gerações não são claramente traçadas e que os níveis hierárquicos não são respeitados.

Jafee (1985) também afirma que os toxicodpendentes estão dependentes e em comunicação com as famílias de origem.

Ausloos (1986) encontrou numa amostra de toxicodpendentes 60% de famílias clánicas. Domingos Neto (1991) também refere um resultado no mesmo sentido numa amostra de 87 heroinodpendentes: 15% deste tipo de famílias.

Quanto a padrões familiares já referimos que o mais descrito é o da ligação simbiótica mãe-filho, com ausência de papel do progenitor do sexo masculino. Fort (1954) fala precisamente de uma mãe sobreprotectora, controladora e indulgente que não deixa o seu filho crescer, e de uma frequente ausência da figura paterna.

Domingos Neto (1996) alerta, no entanto, para certos exageros e generalizações excessivas que tendem a desqualificar a família. Aquilo que se passa num certo número de famílias parece ser generalizado a todas as famílias. Muitos dos estudos realizados enformam das posições teóricas em vigor, bem como reflectem as características psicossociais de uma época.

No nosso país a investigação levada a cabo por Amaral Dias (1980) documenta claramente esta afirmação. Realizada num cenário socio-ecológico específico da época, fez emergir um quadro de toxicodependências distinto do actual. Apontou para uma grande diferença entre as famílias dos consumidores de cannabis, com grande conflitualidade entre os pais. Nessa altura, Amaral Dias afirmou que quanto mais a distorção familiar se inseria no plano da realidade - por morte ou por separação dos pais - mais existia uma estreita correspondência com o uso de narcóticos.

Ausloos et al. (1986), estudaram 50 famílias de heroinómanos e concluíram que em 56% dos casos a mãe assumia um lugar destacado em termos de autoridade e poder; em 10% das situações familiares o toxicodependente era filho do primeiro casamento, tendo ficado a viver com ela e com o padrasto; 50% dos casos consideravam o pai como ausente-inexistente; em 62% dos casos a mãe era

representada como captadora e, finalmente, em 50% dos casos como cúmplice do filho. Como conclusão última, os autores apontam para 76% de famílias com figura maternal dominante.

Dias Cordeiro (cit. Abelaira, 1992) afirma que um pai ausente ou insuficiente e a conseqüente deficiência da imago paterna e uma mãe hiperprotectora, são elementos frequentemente encontrados na dinâmica das famílias de toxicodependentes.

Domingos Neto (1991) distingue o papel de mãe sobreprotectora do de matriarcado: no primeiro é uma mãe que cuida exageradamente do seu filho, é hipervigil favorecendo-lhe tendências regressivas; no segundo caso, trata-se de uma mãe que determina/domina claramente as relações familiares. Numa e noutra situação, o papel e a influência do pai são distintos e com importantes implicações terapêuticas.

Há autores que falam da aproximação do toxicodependente ao progenitor do sexo oposto e rejeição daquele que tem o mesmo sexo:

Ben Yehuda e Schindell (1981) relataram que 32% dos toxicodependentes que estudaram estavam muito próximos dos progenitores, embora 71% dos indivíduos do sexo masculino representassem a mãe como dominante e 63% dos indivíduos do sexo feminino considerassem a predominância do pai.

Para Jafee (1985), nas famílias com dois progenitores, há a tendência para o de sexo oposto estar intensamente envolvido com o filho toxicodpendente, enquanto o outro tem um papel ausente e/ou castigador.

Domingos Neto (1991) também relata que, da sua experiência clínica, há casos em que o pai é o adulto mais competente para lidar com o filho e assumir responsabilidade no tratamento.

Abelaira (1992), no seu estudo com 100 heroinodpendentes comparados com um grupo de controle, verificou que as mães dos toxicodpendentes tinham uma maior tendência para um padrão de relacionamento simbiótico, do que as mães do grupo de controle. Também verificou que este padrão era mais comum nas mães com um nível sociocultural mais baixo (sem carreira profissional própria e dependentes do marido) e, em relação à idade dos progenitores verificou uma associação significativa entre esta variável e os anos de consumo do filho, ou seja, os pais que têm os filhos mais tarde, têm mais probabilidade de ter filhos com problemas de toxicodpendência mais severos.

Um outro acontecimento relevante na problemática das toxicodpendências, é a perda e a patologia associada.

É comum constatar-se na prática clínica que em muitas famílias ocorre um certo déficit da autoridade parental e falhas de suporte ou apoio (*holding*) por morte ou separação dos pais.

Oltman (1969) e Vaillant (1970) referem que os toxicodependentes têm uma maior incidência de perda de um dos progenitores (geralmente o pai) durante a infância.

Amaral Dias (1980) refere que os divórcios, separações e mortes são frequentes nas famílias dos toxicodependentes.

Stanton (1982) também descreve na família de origem do toxicodependente uma incidência enorme de mortes prematuras e inesperadas.

Jafee (1985) constata que 50% dos toxicodependentes provêm de famílias de um só progenitor.

Ausloos (1985) encontrou 50% de divórcios numa população de 50 toxicodependentes.

Domingos Neto (1991) encontrou 20% de pais separados e 9% de mortes de pai e/ou de mãe, numa população de 80 heroinodependentes.

Abelaira (1992) numa amostra de 100 toxicodependentes encontrou 23% de pais divorciados contra 18% no grupo de controle e 11% de pais falecidos contra 6.9% no grupo de controle.

Para Amaral Dias (1980), diferentes situações familiares parecem corresponder a diferentes padrões de consumo. Nas famílias dominadas por

distorção real - morte, separação - a toxicod dependência parece ser sobretudo a de narcóticos, enquanto que às situações familiares mais conflituais parece corresponder um consumo de cannabis, anfetaminas, eventualmente álcool e hipnóticos não barbitúricos.

Um outro conceito que surge ligado às famílias dos toxicod dependentes é o de desqualificação. A desqualificação é uma forma de relação/comunicação destrutiva que compromete a auto-estima e a possibilidade de reparação. Não deixa "porta de saída" e, neste sentido, não permite a reconstrução da personalidade. Pode ser um fenómeno intra ou trans-geracional.

Ausloos (1986) refere este fenómeno em 79% das famílias que estudou.

Amaral Dias (1980) e Domingos Neto (1991) constata m desqualificações frequentes e recíprocas entre os progenitores dos consumidores de haxixe.

Noone e Redding (1976) referem a posição de bode expiatório do toxicod dependente fruto da identificação projectiva dos pais. Stanton (1977) além do conceito de bode expiatório, também aborda a problemática do filho salvador e mártir. Por vezes trata-se de crianças parentificadas e ao mesmo tempo com déficits narcísicos.

Domingos Neto (1991) estudou fatrias largas onde não foi possível aos pais dar uma atenção individualizada e suficiente nutrição narcísica a todos os filhos.

Relativamente à família de procriação do toxicodependente (Stanton e Todd, 1982), a taxa de casamentos para toxicodependentes do sexo masculino é metade daquela que se esperaria para jovens não consumidores do mesmo nível etário. Enquanto que a taxa de casamentos múltiplos está acima da média para ambos os sexos.

Domingos Neto (1991) refere que a família de procriação tem geralmente menor competência social do que a família de origem.

Para Stanton (1978, 1982) as famílias com um membro toxicodependente ficaram bloqueadas no estágio em que o jovem deveria "sair de casa". Refere que a adição representaria uma função protectora, ajudando a manter o balanço homeostático do sistema familiar. A droga como que permitiria o deslocamento das dificuldades dos pais para o filho, contribuindo ao mesmo tempo para a estabilidade do casal parental. Muitas destas famílias seriam incapazes de ajudar os seus filhos a ter características adultas. Amaral Dias (1980) também constatou a concomitância de alcoolismo e consumos de psicotropos em progenitores de toxicodependentes.

Alexander (1977) verificou que os toxicodependentes tinham uma baixa auto-estima, manifestando passividade/dependência e, a suas famílias de origem, tendiam a desvalorizá-los. Para este autor existem vários modelos de disfunção familiar e social, desde toxicodependentes sem família até jovens excessivamente mimados e protegidos pelos seus pais.

Angel (1992) refere as famílias rígidas e a mãe do toxicodependente ocupando uma posição central na estrutura e papéis familiares.

Sampaio (1990) estudou um grupo de 45 famílias com um membro toxicodependente, comparando-o com um grupo de famílias sem membros toxicodependentes. Utilizando o Modelo Circumplexo de Olson constatou que as famílias de heroíno-dependentes ou têm menor coesão ou adaptabilidade do que as outras famílias, ou têm estas duas características em maior grau. Em 63% dos casos encontrou uma aliança entre um elemento da díade parental e o heroíno-dependente.

Barreto (1992) operacionalizou o modelo teórico construído por Meltzer através do Modelo Circumplexo de Olson para testar uma hipótese geral relativa às famílias de heroínómanos : "(...) para cada tipo de Aprendizagem Familiar identifica-se um Padrão Familiar que corresponde a determinados quadrantes no Modelo Circumplexo.". Constatou que o padrão familiar mais observado foi o de Família Matriarcal, tendo encontrado dois tipos de mães: uma mãe com atitude onnipotente face aos familiares e uma mãe desvalorizadora e denegridora de figuras masculinas. Os tipos de aprendizagens mais utilizados nas famílias estudadas pelo autor corresponderam aos modos de aprendizagem a partir da Identificação Projectiva e através da Identificação Adesiva. A função familiar que mais observou foi a função "Pensar", seguida da função "Criar Mentiras e Confusão". A primeira diz respeito à existência de um "pensador" na família que cumula um significado transferencial dos restantes membros e, a segunda função, aponta para a existência

de um membro mentiroso no seio familiar, implicando a existência de incertidão no ambiente familiar.

Aplicou também a ECAF III e encontrou valores, na sua maioria, nas categorias Estruturada/Flexível (dimensão Adaptabilidade) e Separados/Ligados (dimensão Coesão), isto é, de um modo geral os sujeitos percepcionavam as respectivas famílias como tendo uma liderança efectiva parental onde a disciplina e as regras da família baseiam-se na democracia e nos papéis estáveis pré-estabelecidos. Ao nível da coesão familiar, de um modo geral, os sujeitos percepcionavam as relações afectivas como distantes, existindo pouca lealdade ao grupo.

III

INVESTIGAÇÃO PESSOAL

A. Introdução

Foi já dito que a investigação em torno da problemática das toxicoddependências, tem se centrado sobretudo no fenómeno do tratamento e das suas circunstâncias. Muito mais recentes são os estudos que se debruçam sobre a população toxicoddependente não inserida em contextos de tratamento._____

Os dados disponíveis apontam para a existência de diferenças significativas a nível de aspectos sociodemográficos, carreira de utilização de drogas, história do tratamento, problemas judiciais e aspectos psicopatológicos, entre os toxicoddependentes dentro e fora dos contextos de tratamento, bem como diferenças entre as populações das diversas modalidades de tratamento. Estes resultados são particularmente pertinentes para a reflexão sobre o comportamento de pedido de ajuda, bem como o ajustamento dos programas de tratamento disponíveis aos toxicoddependentes.

O toxicoddependente no contexto prisional é um outro cenário que tem vindo a assumir complexidade crescente. Nas últimas décadas a população prisional evoluiu quer quantitativa quer qualitativamente, introduzindo-se novas significações que exigem uma mudança de atitudes, em primeiro plano, e de estruturas em segundo plano o que, retomando a linguagem biónica, corresponde ao conceito de mudança catastrófica representativa de ameaça para o *establishment* e, portanto, activadora de ansiedades psicóticas e defesas não adaptativas. Muito desta transformação associa-se ao fenómeno das toxicoddependências que intoxica as prisões e

questiona duramente as intervenções tradicionais. São indivíduos, frequentemente com exigências insaciáveis em relação aos objectos - tudo lhes é devido - extenuando, idealizando as capacidades do outro. Muitas vezes tendem a chamar a si abusos de poder: são humilhados, tratados com prepotência, explorados, em vez de serem estimulados a confrontar e a serem confrontados, a serem autónomos e a assumirem movimentos de reparação face a si próprios e aos outros.

Pensar em intervenção (ou melhor, pensar no binómio inseparável da avaliação/intervenção) no meio prisional, desde o nível da redução de riscos/danos até ao nível do tratamento propriamente dito, deverá ter como ponto de partida (ou pelo menos, algures neste processo) a preocupação e a implementação de metodologias de investigação da população que utiliza drogas antes e/ou durante a reclusão. O toxicodependente neste contexto socio-ecológico com características específicas, é um toxicodependente desconhecido: semelhante ou diferente do toxicodependente em meio livre? Ao nível do tratamento com necessidades semelhantes, pedidos de ajuda semelhantes, ou não? Como já foi assumido, é legítimo esperar que os toxicodependentes reclusos, tal como os toxicodependentes em meio livre, não constituem um grupo homogéneo (Cândido de Agra, 1998) e, possivelmente, distinguem-se dos toxicodependentes em meio livre (tal como os toxicodependentes inseridos em tratamentos se distinguem dos que estão fora dos programas terapêuticos (Eland-Goossensen, 1997).

Também já foi salientado que o contexto prisional é um meio particularmente desvantajoso em termos de saúde, designadamente pela falta de privacidade, stress, oportunidades reduzidas de suporte social, higiene e sobrelotação.

Conseqüentemente, há quem pense que se trata de um meio dificilmente adequado à promoção de saúde. Para outros (Cees Goos, 1996), e apesar dessa realidade objectivamente desfavorável, existem oportunidades de promoção de saúde nas prisões que merecem um enquadramento conceptual e recursos ajustados às necessidades.

Referiu-se igualmente que os consumos de drogas e os problemas de saúde associados, constituem uma preocupação central da administração penitenciária e, não obstante a resposta prisional face à detecção de consumidores seja, com demasiada frequência, um aumento das medidas de segurança e de controle com prejuízo das oportunidades terapêuticas, há a preocupação de equiparar oportunidades/cuidados de saúde aos existentes no meio livre.

A toxicoddependência é um fenómeno particularmente multifacetado que exige investigação que fundamente por um lado a criatividade e, por outro, o rigor requerido nas boas metodologias de avaliação. Os modelos estanques têm falhado na compreensão e na contenção do fenómeno. Num passado ainda recente, os discursos relativos à pessoa do toxicoddependente tendiam a ser consideravelmente fundamentalistas e as certezas mais absolutas. Revelaram-se bem redutores e muitos dos conceitos defendidos, como a teoria da escalada ou a dicotomia drogas leves/duras, pouco operacionais. As abordagens clivadas tendem a gerar respostas parciais, necessariamente insuficientes.

É numa perspectiva global que se enquadra a utilidade e a esperança de um modelo sistémico que contribua para uma compreensão e uma definição de

medidas pluridisciplinares suficientemente boas.

A investigação realizada abordou de forma também multifacetada a problemática das toxicodependências no contexto prisional, recorrendo-se de um conjunto de variáveis associadas ao comportamento aditivo e respectivo grau de gravidade tal como foi definido por McLellan (1981).

O instrumento de avaliação escolhido - o Addiction Severity Index (ASI) - introduzido em 1979 por uma equipa de investigadores da Universidade da Pennsylvania, responde ao tema e objectivos do presente estudo e a sua utilidade tem sido abundantemente demonstrada na literatura. A versão utilizada é a europeia baseada na adaptação da 5ª edição do manual do ASI (1994).

B.Objectivos

Pretende atingir-se duas categorias de objectivos:

1. Caracterização comparativa dos toxicodpendentes fora e dentro do contexto prisional relativamente à sua história de vida nas diferentes áreas, designadamente os funcionamentos médico, laboral, sociofamiliar, consumos, legal e psicológico. Em linguagem estatística, a hipótese a ser testada (H1) é a de que os toxicodpendentes dentro e fora do contexto prisional diferem em termos de funcionamento nas áreas de vida consideradas. A hipótese nula (Ho) é a afirmação oposta, isto é, a não existência de diferenças significativas.
2. Avaliação da importância do pedido de ajuda para os problemas de consumo, no percurso de vida do toxicodpendente.

C. Metodologia

1. População Alvo e Amostra

Trata-se de um estudo de carácter predominantemente exploratório, transversal, cuja população alvo são os indivíduos toxicodependentes do sexo masculino em duas condições distintas (variável independente): fora (n=32) e dentro do contexto prisional (n=27).

A constituição da amostra sofreu das limitações inerentes à visibilidade e disponibilidade deste tipo de população, optando-se por uma amostra por conveniência recolhida em estruturas de tratamento do meio livre (ambulatório e residencial) e num contexto prisional (um estabelecimento prisional central masculino), durante um determinado período de tempo (aproximadamente dois meses). A selecção dos sujeitos foi feita de acordo com a sua disponibilidade, acessibilidade e assente no seu consentimento informado.

A todos os participantes foram explicados os objectivos da investigação e garantida a confidencialidade das respostas. Todos aqueles que aceitaram responder colaboraram adequadamente e não se registou nenhuma desistência.

2. O Instrumento de Medida: O Addiction Severity Index (ASI) -

Versão Europeia

2.1. Caracterização

O Addiction Severity Index (ASI) corresponde a uma entrevista semi-estruturada criada por McLellan et al. (1979,1980), baseada nas conclusões do seu estudo sobre as características da personalidade, sintomas da adição e características da vida dos toxicodpendentes¹. Verificou que existiam problemas médicos, psicológicos, sociais, familiares e legais relacionados com a dependência prolongada e que melhoravam com a abstinência. Foi, no entanto, difícil encontrar uma relação significativa entre a melhoria nos abusos tóxicos e a melhoria noutras áreas, o que levou o autor a concluir que o abuso de drogas tanto pode ser um problema concomitante com outros de áreas diversas, como pode ser causa desses mesmos problemas.

A versão europeia (EuropASI) e o respectivo manual de aplicação e de treino dos entrevistadores, baseia-se na adaptação da 5ª edição da manual do ASI². É resultante do trabalho de uma equipa de investigadores europeus que traduziram e adaptaram as versões do ASI americano, com o apoio da Comissão das Comunidades Europeias, programa COST A6.

¹ McLellan, A. T. Luborsky, L. Woody, G. E. et al. (1981). Are the "Addiction-related" Problems of substance Abusers Really Related?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 4: 232-239.

² Fureman, B. Parikh G., Bragg, A. McLellan, T. A. (1990). *Addiction Severity Index: A Guide to training and supervising ASI interviews based on the past ten years*. (Fifth edition). The University of Pennsylvania/Veterans Administration, center for Studies of Addiction.

Posteriormente foi validado o ASI holandês³, instrumento de medida frequentemente utilizado na investigação holandesa, designadamente nos vários estudos publicados de Eland-Goossensen (1997). No nosso país o ASI foi utilizado pela primeira vez por Domingos Neto (1996) no âmbito da investigação para a sua tese de doutoramento⁴.

A versão europeia do ASI foi traduzida e adaptada à realidade da nossa população (Anexo A), sendo a versão final semelhante à europeia cujas alterações em relação à americana também fazem todo o sentido no nosso país, nomeadamente aspectos ligados ao suporte social e sistemas de segurança social e de tratamento.

O Índice de Severidade de Toxicodependência - designação adoptada por Domingos Neto (1996) - na versão europeia, assenta na mesma definição operatória de toxicodependência emergente da investigação de McLellan et al. (1980), ou seja, a toxicodependência é uma doença que não pode ser encarada apenas nos seus aspectos específicos de consumo, mas sim de acordo com um conjunto de características que o autor agrupou em sete categorias de problemas: (1) problemas médicos (2) problemas de emprego/suporte social (3) problemas de álcool (4) problemas de drogas (5) problemas legais (6) problemas familiares/sociais e (7) problemas psicológicos/psiquiátricos.

³ Hendriks, V. M. Kaplan, C. D. van Limbeek, J. Geerlings, P. (1990). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a Dutch addict population. Journal of Substance Abuse Treatment, 6: 133-141.

⁴ Neto, D. (1996). Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes. Características e evolução de uma amostra. Universitária Editora. Lisboa.

Define-se a severidade da toxicodependência como a necessidade de tratamento quando ele não existe, ou a necessidade de tratamento adicional ou de outro tipo de tratamento, no caso do indivíduo já estar a receber algum tratamento. Assim, foi criada para cada área uma escala de "0" a "9", em que "0" corresponde à ausência de problema e não há indicação de tratamento e "9" corresponde a um problema extremo, sendo o tratamento absolutamente necessário. A utilização desta escala pelo entrevistador deve basear-se nos relatos da quantidade, duração e intensidade dos sintomas em cada área considerada. Uma outra escala de cinco pontos ("0 – De maneira nenhuma" a "4 - Extremamente"), deve ser utilizada pelo sujeito que faz, assim, uma auto-avaliação da gravidade dos seus problemas.

Os problemas associados ao consumo de drogas são sempre avaliados segundo duas dimensões, uma actual (aquilo que se passou nos últimos trinta dias) e outra histórica (o que se passou ao longo da vida da pessoa).

Segue-se a especificação de cada área das subescalas do ASI:

- Subescala médica

Mede a gravidade de doenças físicas, associadas ou não com os consumos. Relativamente a hospitalizações, a medicação prescrita e a consultas, devem ser distinguidas das ligadas a desintoxicações ou a tratamentos de dependência de drogas, de álcool ou a tratamentos psiquiátricos. Os problemas crónicos medidos dizem respeito a situações graves que exijam cuidados continuados. Quanto à contabilização do número de dias em que a pessoa esteve afectada por problemas

físicos não se incluem os problemas directamente causados por drogas ou álcool, excepto se desenvolveu um problema sério não eliminável com a abstinência.

Uma limitação inerente é o facto de a informação registada poder não traduzir a realidade da saúde da pessoa, caso desconheça o seu estado, ou encontrar-se em fase assintomática ou simplesmente não o valorizar ou desconhecer a sua gravidade. Um outro aspecto a ter em conta é que o grau de severidade atribuído ao(s) problema(s) é condicionado pela importância que a pessoa lhe atribui e que pode não coincidir com a sua gravidade real.

- Subescala de problemas de emprego/suporte económico

Mede valores como a escolaridade (número de anos completados), emprego regular (só se incluem os *part-times* com um mínimo de 20 horas semanais), períodos de desemprego, dias de trabalho remunerado, ordenado nos últimos 30 dias, ter carta de condução, etc. Relativamente aos problemas de emprego não são considerados aqueles que se relacionam directamente com os consumos.

Em relação aos toxicodpendentes em contexto prisional, a codificação da sua última situação laboral ou a habitual nos últimos três anos, está condicionada ao tempo de detenção: se durante os últimos três anos a pessoa esteve mais tempo detida do que em liberdade, opta-se por não se registar a ocupação mas sim que está em "ambiente controlado". Relativamente à questão dos problemas de emprego sentidos nos últimos 30 dias, se o tempo de detenção ultrapassar este período, então a questão não é aplicável; o mesmo acontece para a situação de

auto-avaliação da severidade dos problemas nesta área e a necessidade de ajuda, já que por definição⁵ a pessoa no contexto prisional não tem problemas laborais.

- Subescala de problemas de álcool e drogas

Apresenta um inventário detalhado e quantificado do consumo de álcool (distingue-se o uso social do abuso) e drogas (incluindo o policonsumo), discriminando a idade de início (idade em que começou a usar uma substância pelo menos três vezes por semana ou então, pelo menos dois dias consecutivos por semana), o consumo ao longo da vida, nos últimos 30 dias e modo de administração (dá-se uma ênfase particular ao modo injectado que é estudado mais minuciosamente). O uso de uma substância durante um período igual ou superior a seis meses, considera-se um ano; um período inferior a seis meses não é contabilizado mas é sempre registado na secção "Comentários". No caso de haver períodos de consumo alternados com períodos de abstinência, procede-se à sua soma e arredonda-se para anos. Relativamente ao modo de administração é considerado o mais recente e, no caso de a pessoa indicar mais do que um, opta-se pelo mais grave.

Nesta subescala as questões relativas ao tratamento dizem respeito somente ao tratamento da adição.

- Subescala de problemas legais

A inclusão desta subescala permite avaliar os acontecimentos de vida de

⁵ No ASI definem-se problemas de emprego como dificuldades em arranjar trabalho ou problemas no trabalho não directamente provocados pelo consumo (intoxicação e privação) de drogas e/ou álcool.

natureza judicial no percurso dos toxicodpendentes.

- Subescala de problemas familiares

Pretende avaliar o enquadramento familiar, a existncia de problemas bem como o suporte disponvel nesta rea. Note-se, no entanto, que particularmente difcil determinar-se se um determinado problema se deve ou no a problemas/efeitos associados a drogas e/ou lcool; geralmente, na tentativa de se promover esta distino, pergunta-se a pessoa se acha que o problema se manteria mesmo que o problema de consumo deixasse de existir.

- Subescala de problemas psicolgicos

Nesta rea medem-se os problemas psicolgicos independentes dos provocados pelos consumos (todos os sintomas so considerados quando afectam a pessoa durante um perodo significativo - pelo menos duas semanas - e sem que possam ser associados aos efeitos dos consumos, com excepo das alucinaes, dificuldade de controle do comportamento violento, ideao suicida e tentativa de suicdio que so sempre registados, independentemente dos dois critrios referidos). Relativamente ao tratamento inclui-se somente o que diz respeito a problemas psicolgicos/psiquitricos no associados a adio.

Como j foi referido, cada subescala inclui um pedido de auto-avaliao da importncia do(s) problema(s) em cada rea de vida e da respectiva necessidade ajuda (escala do paciente). A estimativa feita pelo entrevistado deve focalizar os problemas sentidos nos ltimos 30 dias e, sempre que este no tiver mencionado nenhum problema, formula-se uma questo confirmatria e atribui-se o grau "0" de

severidade. Quanto à necessidade de tratamento, se a pessoa já estiver a receber tratamento ajustado à natureza e severidade dos seus problemas, formula-se uma questão confirmatória e atribuí-se também o grau "0".

Para além desta avaliação, o entrevistador também avalia a severidade dos problemas nas diferentes áreas de vida⁶, tendo em conta a sinalização das dificuldades feita pelo próprio e se está ou não a receber tratamento adequado. No caso de a pessoa referir problemas graves numa determinada área mas está a receber tratamento adequado, então o entrevistador estima uma severidade baixa; se na mesma situação problemática grave, a pessoa não está a receber tratamento ajustado, o entrevistador estima uma severidade elevada. Se o sujeito está a receber tratamento que não é considerado suficiente ou adequado, deve estimar-se uma severidade elevada face à presença de problemas.

Cada subescala finaliza com dois itens que se destinam à medição do nível de confiança das respostas do sujeito. A capacidade de ajuizar do entrevistador é fundamental na decisão da veracidade vs falsidade/enviesamento das respostas. Note-se que não se trata somente de se intuir da autenticidade do entrevistado mas, e sobretudo, estar atento à informação contraditória, discrepâncias ou relatos conflituosos que a pessoa não justifica adequadamente. O facto do sujeito poder apresentar um comportamento não verbal susceptível de ser interpretado como falta de verdade pode, na realidade, apenas significar vergonha, ansiedade ou outra

⁶ Segundo o método indicado no manual do ASI, num primeiro momento o entrevistador considera somente os dados objectivos dando particular atenção para os itens críticos de cada subescala (em anexo); num segundo momento considera os relatos subjectivos do sujeito e reformula (ou não) a sua apreciação.

emoção perturbadora. É pois importante que o entrevistador sustente a determinação da confiança das respostas com dados objectivos.

No caso concreto dos grupos de toxicodependentes estudados, as suas respostas foram predominantemente avaliadas como não sofrendo de distorção significativa.

2.2. Propriedades psicométricas

O ASI mostrou ter boas características psicométricas quando administrado por técnicos treinados. A utilização deste instrumento de avaliação em 181 pacientes inseridos em três programas de tratamento, em diversas populações de pacientes, apresentou consistentemente elevados coeficientes de fidelidade para as escalas de severidade em todas as áreas medidas pelo ASI : $\alpha=.89$ (McLellan et al., 1985). O coeficiente de garantia obtido pelo método de teste-reteste realizado com um intervalo de três dias, é bastante forte, mesmo quando diferentes investigadores realizaram as entrevistas. Posteriormente McLellan apresentou dados confirmativos da validade discriminante que, em combinação com a anterior evidência de validades concorrente e preditiva (McLellan et al., 1980, 1983a, 1983b; Kosten et al., 1983), sugerem que o ASI pode ser muito útil com tipos variados de pacientes e de tratamentos. Os estudos de McLellan et al. relativamente às propriedades psicométricas do ASI, são confirmados por outros estudos independentes (Kosten et al., 1983; Ockert, 1984; Hendricks, 1989).

O ASI possui ainda outras características positivas. Primeiro, permite a medição de áreas de vida/tratamento relevantes na problemática das toxicodpendências. Na verdade, a maior parte da investigação dos resultados do tratamento fornece descrições detalhadas de comportamentos apenas em relação a algumas áreas, tipicamente o consumo de drogas e de álcool, criminalidade e emprego. Segundo, os estudos de McLellan et al. indicam que as áreas definidas no ASI são relativamente independentes, e que a severidade dos problemas relacionados com a adição não são necessariamente função da severidade dos problemas de drogas e/ou de álcool, nem a melhoria numa área significa necessariamente a melhoria noutras.

3. Aplicação do ASI (versão europeia)

A aplicação do ASI (versão europeia) foi precedida de reuniões com os responsáveis das instituições (estabelecimento prisional, centro de atendimento de toxicodependentes e comunidade terapêutica) onde se procedeu ao trabalho de campo. Foi feita a apresentação do instrumento de avaliação, o seu enquadramento europeu, os objectivos de medição e as necessidades para a sua aplicação. Foi preparado e entregue um dossier de trabalho que incluía a tradução do ASI na versão europeia e um resumo, também traduzido, do manual de aplicação.

As dificuldades de aceitação/compreensão da investigação proposta e da metodologia escolhida surgiram especialmente no contexto prisional - o que se associa às características históricas e socio-ecológicas já descritas e enquadradas do ponto de vista teórico, recorrendo-se a autores como Melanie Klein, Bion e Elliot Jaques - e que implicaram alguns reajustamentos nos objectivos da investigação e nos seus aspectos metodológicos.

A todos os sujeitos, após a apresentação do entrevistador, foi explicado o propósito da entrevista, a sua duração média (cerca de 40 minutos), a natureza do seu contributo e assegurada a confidencialidade (ao longo da entrevista este último aspecto foi sendo reforçado). Todos os que foram contactados manifestaram disponibilidade para participarem.

O *design* da entrevista foi apresentado de forma clara, explicitando-se as várias áreas de vida incluídas no ASI e salientando-se a importância de serem focalizadas de forma independente. Sempre que foi necessário, entrevistou-se neste sentido ajudando-se o sujeito a concentrar-se em cada uma das áreas.

Antes do início da entrevista, foi também explicada a "escala do paciente", recorrendo-se a exemplos e informando da possibilidade de cada um utilizar a sua própria linguagem para melhor chegar a um grau correcto da gravidade dos seus problemas e da respectiva necessidade de ajuda. Houve particular cuidado na não indução de respostas. Com o objectivo de se facilitar este processo de avaliação, colocava-se em cima da mesa a escala do paciente com a explicitação de cada grau. No caso de não entendimento do que era solicitado ou recusa em escolher um grau da escala do paciente, havia a possibilidade de codificação com "X". Esta situação nunca ocorreu.

No decurso da entrevista testou-se sistematicamente a clareza e a compreensibilidade das questões para o sujeito, recorrendo-se sempre que necessário, a sinónimos e a formulações alternativas. A informação adicional considerada pertinente foi registada na secção "Comentários" prevista em cada área avaliada pelo ASI. Sempre que o entrevistado mostrou total incapacidade de compreender uma questão, não quis responder ou não tinha a certeza da resposta, codificou-se esta situação com "X". Relativamente às questões que não se aplicavam ao sujeito concreto, codificou-se com "N".

4. Variáveis Dependentes Estudadas

Do vasto conjunto de variáveis que constituem as diferentes subescalas do ASI, selecionaram-se as seguintes com vista ao estabelecimento de um perfil diferenciador dos toxicodpendentes dentro e fora do sistema prisional.

Problemas médicos

- Número de hospitalizações
- Problemas médicos crónicos
- Infecção com hepatite
- Teste HIV
- Resultado do último teste HIV
- Tratamento médico nos últimos seis meses
- Número de dias com problemas físicos nos últimos 30 dias
- Escala do paciente
- Escala de severidade do entrevistador

Problemas de emprego/suporte económico

- Anos de escolaridade
- Anos de ensino superior
- Nível de escolaridade atingido
- Carta de condução
- Ocupação habitual (ou a última)

- Regime de trabalho nos últimos três anos
- Número de dias em que trabalhou nos últimos 30 dias
- Principal fonte de rendimento
- Dívidas
- Número de pessoas dependentes do sujeito
- Número de dias com problemas de emprego nos últimos 30 dias
- Escala do paciente
- Escala de severidade do entrevistador

Problemas de abuso de álcool e drogas

- Consumo de álcool (idade de início, número de anos de consumo ao longo da vida, número de dias de consumo nos últimos 30 dias e modo de administração)
- Consumo de heroína (o mesmo)
- Consumo de fármacos (o mesmo)
- Consumo de cocaína (o mesmo)
- Consumo de cannabis (o mesmo)
- Policonsumo (o mesmo)
- Consumo injectado
- Idade da primeira injeção
- Número de anos de consumo injectado
- Número de meses de consumo injectado nos últimos seis meses
- Número de dias de consumo injectado nos últimos 30 dias
- Partilha da injeção nos últimos seis meses

- Número de *overdoses*
- Tratamento (sem tratamento, desintoxicação física e tratamento mais diferenciado)
- Duração do período mais longo de abstinência resultante de tratamento
- Droga principal problema
- Duração do último período de abstinência não resultante de tratamento
- Fim da abstinência
- Dinheiro gasto nos último 30 dias em droga
- Dias de tratamento nos último 30 dias
- Número de dias com problemas de droga nos últimos 30 dias
- Escala do paciente
- Escala de severidade do entrevistador

Problemas legais

- Situação legal
- Número de acusações por posse e tráfico de droga, crimes contra propriedade, crimes de violência, conduta desordeira, prostituição, conduzir com excesso de álcool e infracção grave de regras de trânsito
- Tempo de prisão ao longo da vida
- Situação jurídico penal actual
- Motivo da detenção actual
- Número de dias detido nos últimos 30 dias
- Número de dias envolvido em actividades ilegais com fins lucrativos nos últimos 30 dias

- Escala do paciente
- Escala de severidade do entrevistador

Problemas familiares/relações sociais

- História familiar
- Situação conjugal
- Duração da situação conjugal
- Satisfação face à situação conjugal
- Vive habitualmente com (últimos três anos)
- Duração da situação anterior
- Satisfação face à situação
- Vive com alguém com problemas de alcoolismo e/ou de drogas
- Com quem passa a maior parte do tempo livre
- Satisfação face à situação
- Número de amigos próximos
- Relacionamento forte com familiares e amigos
- Problemas sérios ao longo da vida e nos últimos 30 dias com familiares, amigos próximos, vizinhos e colegas de trabalho
- Abusos ao longo da vida e nos últimos 30 dias
- Número de dias de conflitos sérios com a família e/ou outras pessoas, nos último 30 dias
- Escala do paciente
- Escala de severidade do entrevistador

Problemas psicológicos/psiquiátricos

- Número de tratamentos por problemas psicológicos
- Depressão séria ao longo da vida e nos últimos 30 dias
- Ansiedade ou tensão sérias ao longo da vida e nos últimos 30 dias
- Perturbação na compreensão, concentração ou recordação ao longo da vida e nos últimos 30 dias
- Alucinações ao longo da vida e nos últimos 30 dias
- Prescrição de medicação para problemas psicológicos ao longo da vida e nos últimos 30 dias
- Pensamentos sérios de suicídio ao longo da vida e nos últimos 30 dias
- Tentativa de suicídio ao longo da vida e nos últimos 30 dias
- Número de tentativas de suicídio
- Número de dias com problemas psicológicos nos últimos 30 dias
- Escala do paciente
- Estado psicológico do sujeito na altura da entrevista
- Escala de severidade do entrevistador

5. Tratamento Estatístico

Com o objectivo de se estudar as possíveis associações entre variáveis qualitativas, construíram-se tabelas de contingências e utilizou-se o Teste do Qui Quadrado para a verificação de diferenças estatisticamente significativas. No caso de tabelas 2x2 e no nosso caso concreto de amostras com uma dimensão situada no intervalo $20 \leq n \leq 40$, é correcta a utilização do Qui Quadrado desde que nenhuma das frequências esperadas seja inferior a cinco. Sempre que a menor frequência esperada foi inferior a cinco, utilizou-se a Prova de Fisher.

No caso de tabelas de contingências com graus de liberdade (gl) superiores a um, utilizou-se a Prova do Qui Quadrado somente se o número de células com frequência inferior a cinco, era menor que 20% do total de células e se nenhuma célula tinha frequência esperada inferior a um. Sempre que estas condições não foram satisfeitas, combinaram-se (mantendo-se o sentido da interpretação) categorias adjacentes de modo a aumentar-se as frequências esperadas.

No caso de variáveis em que se atingiu um grau de mensuração pelo menos ordinal, aplicou-se a Prova U de Mann-Whitney. Optou-se por uma prova não paramétrica que é uma boa alternativa à prova paramétrica t, já que a amostra prisional tem uma dimensão inferior a 30 ($n=27$) e as exigências da Prova t poderiam não ser asseguradas, designadamente no que diz respeito ao nível de mensuração (é necessário que seja pelo menos intervalar) e que os grupos em análise tenham uma distribuição normal. De qualquer forma a Prova U é uma prova não paramétrica poderosa e, mesmo que se aplique esta prova a dados que

possam ser analisados pela Prova t , o seu poder/eficiência tende para $3/\pi=95.5\%$ quando N aumenta e está próximo de 95% para amostras de tamanho moderado.

6. Quantificação do Significado Estatístico dos Testes

Com o objectivo de quantificação do significado estatístico da existência de diferenças significativas, utilizaram-se as seguintes notações:

*/-: representa suspeita de teste com significado estatístico, isto é, uma probabilidade de erro inferior a .10.

*: representa um teste estatisticamente significativo para o nível de significância .05.

** : representa um teste estatisticamente significativo para o nível de significância .01.

Cabe aqui referir as limitações dos testes utilizados que apenas permitem o estabelecimento de associações (e não relações de causa e efeito). Além disso, os grupos fora e dentro da prisão não correspondem a amostras representativas e portanto a generalização dos resultados não é adequada. Mais uma vez se salienta o carácter exploratório do estudo.

D. Análise Comparativa dos Grupos e Discussão dos Resultados

Apresenta-se de seguida a análise comparativa dos resultados fora e dentro do contexto prisional, respeitando-se a sequência definida no ASI e discutindo-se o seu significado de acordo com o enquadramento teórico proposto.

Relativamente à idade, verificou-se que a média de idades em ambos os grupos era semelhante ($\bar{x}=27.7$ fora da prisão e $\bar{x}=27.6$ dentro da prisão).

Relativamente aos valores de preocupação, necessidade de ajuda e severidade dos problemas nas áreas de vida avaliadas pelo ASI, estabeleceram-se classes, procurando distinguir-se claramente as situações de maior gravidade. Assim, na escala do paciente considerou-se uma divisória acima de dois e, na escala do entrevistador acima de quatro.

A análise estatística foi feita pelo programa de análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia (SPSS) na versão 9.0 e é apresentada em anexo (Anexos B, C, D, E, F e G).

1. Problemas médicos (Anexo B)

O grupo fora da prisão teve significativamente mais hospitalizações ao longo da vida ($\bar{x}=1.75$ no grupo fora da prisão, $\bar{x}=.81$ no grupo dentro da prisão), mais infecções com hepatite (53.1% dos casos fora da prisão contra 25.9% de casos dentro da prisão), recebeu mais tratamento médico nos últimos 6 meses (46.9% dos casos fora da prisão contra 22.2% de casos dentro da prisão) e teve mais dias com problemas de saúde ($\bar{x}=5.75$ no grupo fora da prisão, $\bar{x}=1.26$ no grupo dentro da prisão).

Face a estas diferenças significativas pode supor-se que o grupo fora da prisão é mais doente do que o grupo dentro da prisão. No entanto, poderá ser mais adequado pensar-se que os primeiros, mais do que terem problemas médicos mais graves, têm uma atitude mais vigilante e maior acompanhamento médico do que os segundos. Esta hipótese é corroborada pelo grau de preocupação face aos problemas (nos últimos 30 dias) significativamente mais elevado no grupo fora da prisão ($\bar{x}=1.44$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=.81$ no grupo dentro da prisão); note-se, no entanto, que em ambos os grupos predomina uma preocupação ligeira a moderada (classe 0-2 da escala do paciente). Também a importância dada ao tratamento é significativamente maior no grupo fora da prisão ($\bar{x}=1.84$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=.78$ no grupo dentro da prisão); note-se que no grupo fora da prisão predomina a classe 3-4 que traduz uma necessidade de tratamento considerável/extrema (43.8% de casos fora da prisão contra 18.5% de casos dentro da prisão), enquanto que no grupo dentro da prisão predomina a classe 0-2 que

traduz uma necessidade de tratamento ligeira a moderada (81.5% de casos dentro da prisão contra 56.3% de casos fora da prisão). Curiosamente, a severidade dos problemas médicos no grupo dentro da prisão é estimada como significativamente mais grave do que no grupo fora da prisão: 33.3% dos casos dentro da prisão caem na classe 5-9 implicando pontuações de severidade e de necessidade de tratamento elevadas/extremas, contra 9.7% de casos fora da prisão avaliados de forma idêntica.

Em relação à história de problemas crónicos, em ambos os grupos predomina a inexistência de cronicidade. A maioria dos sujeitos dentro (63.0%) e fora (84.4%) da prisão afirmaram resultados negativos para o HIV, embora na prisão ao contrário da amostra não prisional, a totalidade dos casos não fez o teste respectivo (88.9% dos respondentes afirmou ter feito o teste). Regista-se que, embora sem significado estatístico, o peso da seropositividade dentro do contexto prisional é de 33.8% contra 15.8% de casos na amostra não prisional.

O quadro seguinte (Quadro 1) apresenta os valores de caracterização do perfil médico encontrado nos grupos fora e dentro da prisão.

Quadro 1 - Caracterização do perfil médico dos toxicod dependentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO n=32	DENTRO DA PRISÃO n=27	SINAL
Nº de hospitalizações (\bar{x})	1.75	.81	**
Problemas crônicos (%)	40.6	25.9	-
Infectado com hepatite (%)	53.1	25.9	*
Teste HIV (%)	100.0	88.9	-
Resultado positivo do teste HIV (%)	15.8	33.8	-
Tratamento médico nos últimos 6 meses (%)	46.9	22.2	*
Nº de dias com problemas médicos nos últimos 30 dias (\bar{x})	5.75	1.26	*
Preocupação face aos problemas médicos nos últimos 30 dias (\bar{x})	1.44	.81	*
Grau 0 (%)	34.4	70.4	-
Classes:			
0-2 (%)	75.0	85.2	
3-4 (%)	25.0	14.8	
Importância dada ao tratamento dos problemas médicos (\bar{x})	1.84	.78	**
Grau 0 (%)	37.5	70.4	*
Classes:			
0-2 (%)	56.3	81.5	
3-4 (%)	43.8	18.5	
Severidade dos problemas médicos (\bar{x})	1.71	2.67	-
Classes:			*
Classe 0-4 (%)	90.3	66.7	
Classe 5-9 (%)	9.7	33.3	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Conclusão: Em termos de um perfil médico (Quadro1) pode ser dito que o grupo fora do contexto prisional evidencia indicadores que podem significar tratar-se de pessoas com mais problemas médicos mas, considerando o nível de severidade estimado para o grupo dentro da prisão, emerge a realidade oposta. Este resultado analisado conjuntamente com a maior preocupação face aos problemas médicos nos últimos 30 dias e a maior importância atribuída ao tratamento pelo grupo fora da

prisão, conduz à interpretação que os sujeitos da amostra prisional tendem a negar ou a desvalorizar os seus problemas de saúde física.

2. Problemas de emprego/suporte económico (Anexo C)

O grupo fora da prisão apresenta um conjunto de características com significado estatístico diferenciador do grupo dentro da prisão, designadamente:

- Mais anos de escolaridade ($\bar{x}=11.50$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=8.37$ no grupo dentro da prisão);
- um nível de escolaridade mais elevado (53.1% de casos fora da prisão têm mais do 9º ano contra 22.2% de casos na mesma situação dentro da prisão); mais de metade possui a carta de condução (65.6% de casos fora da prisão contra 37.0% dentro da prisão);
- ocupação laboral mais diferenciada nos últimos três anos ou habitual (32.3% de casos fora da prisão contra 0% de casos dentro da prisão; neste último grupo 96.0% dos respondentes afirmou ter ocupações predominantemente manuais);
- horário completo de trabalho (75.0% de casos fora da prisão contra 40.7% de casos dentro da prisão; na amostra prisional 44.4% dos casos encontrava-se em ambiente controlado nos últimos três anos);
- rendimento proveniente do seu próprio trabalho (43.8% de casos fora da prisão contra 4.8% de casos dentro da prisão; 95.2 % dos casos em meio prisional afirma ter fontes de rendimento dependentes de terceiros);
- mais dívidas (43.8% de casos fora da prisão contra 11.1% de casos dentro da prisão);

- predomínio da ausência de dias com problemas de emprego (85.7% dos casos da amostra não prisional); recorde-se que o grupo dentro da prisão não tem, por definição, problemas de emprego;
- menor severidade dos problemas de emprego e de suporte económico ($\bar{x}=1.97$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}= 4.00$ no grupo dentro da prisão; 42.3% dos inquiridos no contexto prisional foram avaliados com severidade de 5 a 9, enquanto que fora da prisão apenas 15.6% apresentam um grau semelhante de severidade).

Curiosamente, não se encontraram diferenças significativas claras entre os dois grupos relativamente à preocupação face aos problemas de emprego ($\bar{x}=1.43$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}= .71$ no grupo dentro da prisão) e quer fora quer dentro da prisão, predomina um grau de preocupação situado na classe 0-2 (70.0% e 85.7%, respectivamente). A importância do aconselhamento nesta área também é semelhante nos dois grupos ($\bar{x}=1.94$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=1.76$ no grupo dentro da prisão), distribuindo-se os casos de forma equilibrada nas duas classes consideradas (na classe 0-2, 51.6% de casos no grupo fora da prisão e 52.4% de casos dentro da prisão; na classe 3-4, 48.4% de casos no grupo fora da prisão e 47,6 % de casos dentro da prisão).

O quadro que se segue (Quadro 2) mostra os valores encontrados na área do funcionamento laboral e de suporte social, fora e dentro da prisão.

Quadro 2 - Caracterização do perfil dos problemas de emprego/suporte económico dos toxicodpendentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO n=32	DENTRO DA PRISÃO n=27	SINAL
Anos de escolaridade (\bar{x})	11.50	8.37	**
Nível de escolaridade atingido			**
Até ao ensino obrigatório (%)	46.9	77.8	
Depois do ensino obrigatório (%)	53.1	22.2	
Carta de condução (%)	65.6	37.0	*
Ocupação habitual ou a última			
Ocupação manual (%)	70.7	96.0	-
Ocupação diferenciada (%)	32.3	.0	
Regime de trabalho nos últimos 3 anos			
Horário completo (%)	75.0	40.7	-
Principal fonte de rendimento			**
Emprego (%)	43.8	4.8	
Rendimento de terceiros (%)	50.0	95.2	
Dívidas (%)	43.8	11.1	**
Pessoas dependentes financeiramente do próprio (\bar{x})	.16	.19	-
Nº de dias com problemas de emprego (\bar{x})	1.96	.00	
Preocupação com problemas de emprego nos últimos 30 dias (\bar{x})	1.43	.71	-/*
Classes:			-
Classe 0-2 (%)	70.0	85.7	
Classe 3-4 (%)	30.0	14.3	
Importância do aconselhamento para os problemas de emprego (\bar{x})	1.94	1.76	-
Classes:			-
Classe 0-2 (%)	51.6	52.4	
Classe 3-4 (%)	48.4	47.6	
Severidade dos problemas de emprego (\bar{x})	1.97	4.00	**
Classes:			*
Classe 0-4 (%)	84.4	57.7	
Classe 5-9 (%)	15.6	42.3	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; -/* Suspeita de significado estatístico ($p \leq .10$)

Conclusão: Em termos de um perfil de emprego e de suporte económico (Quadro 2), emerge um grupo fora da prisão mais apto, mais qualificado, com uma situação laboral mais estável e mais diferenciada. No entanto, também são aqueles que afirmam ter mais dívidas e apesar da adequação da situação laboral em termos

de existência, horário completo e salário, cerca de metade dos casos declara ser financeiramente dependente de terceiros. Ambos os grupos tendem a não ter pessoas dependentes de si próprios.

Este quadro sugere dificuldades na área da autonomia e as questões que surgem na literatura sobre a importância da compreensão da fase de separação/individuação na problemática das toxicodpendências colocam-se necessariamente em pano de fundo.

Um aspecto que importa salientar é que, embora ambos os grupos tendam a considerar que os seus problemas de emprego são, no máximo, fonte de preocupação moderada e a importância que atribuem à ajuda nesta área tenda a estar de acordo com esta valorização, a severidade atribuída aos problemas de emprego/suporte social ao grupo dentro da prisão é significativamente mais elevada do que no grupo fora da prisão. Esta discrepância no grupo dentro da prisão entre a auto-avaliação e a avaliação feita pelo entrevistador, parece apontar para uma insuficiente tomada de consciência dos problemas (dor psíquica) ou denegação ou desvalorização ou outras defesas típicas dos funcionamentos psíquicos associados à posição esquizo-paranóide.

3. Problemas de abuso de álcool e drogas (Anexo D)

Globalmente os dois grupos fora e dentro do contexto prisional apresentam um padrão de consumo de álcool (qualquer uso), heroína, fármacos, cocaína e cannabis tendencialmente semelhante em termos de idade de início, duração (em anos) dos consumos ao longo da vida e consumos nos últimos 30 dias⁷.

Relativamente ao policonsumo detectam-se diferenças significativas entre os grupos nos consumos ao longo da vida, cuja duração é superior no grupo fora da prisão ($\bar{x}=7.76$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=5.78$ no grupo dentro da prisão).

Segue-se uma análise comparativa para cada substância, em termos de idade de início, consumo ao longo da vida e consumo nos últimos 30 dias.

3.1. Álcool

No quadro seguinte (Quadro 3) constata-se que, relativamente à idade de início do uso de álcool ($\bar{x}=15.34$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=13.86$ no grupo dentro da prisão) e ao seu consumo ao longo da vida ($\bar{x}=8.63$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=10.61$ no grupo dentro da prisão), não existem diferenças significativas entre os grupos em estudo. Quanto ao consumo nos últimos 30 dias ($\bar{x}=5.60$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=4.14$ no grupo dentro da prisão), existem diferenças significativas entre

⁷ Em relação ao consumo de álcool nos últimos 30 dias, existem diferenças significativas fora e dentro da prisão.

os grupos que provavelmente podem ser atribuídas à dificuldade de acesso a bebidas alcoólicas dentro da prisão.

Note-se que, embora sem significado estatístico, encontra-se uma tendência do grupo dentro da prisão para começar mais cedo o consumo de álcool e a mantê-lo também durante mais tempo.

Quadro 3 - Caracterização do consumo de álcool nos toxicodependentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Idade de início (\bar{x})	15.34	13.86	-
Consumo ao longo da vida (\bar{x})	8.63	10.61	-
Consumo nos últimos 30 dias (\bar{x})	5.60	.14	*

* $p \leq .05$

3.2. Heroína

Na caracterização do consumo de heroína (Quadro 4), emerge um padrão semelhante de utilização ao longo da vida (\bar{x} =6.66 no grupo fora da prisão e \bar{x} =8.74 no grupo dentro da prisão) e também nos últimos 30 dias (\bar{x} =3.88 no grupo fora da prisão e \bar{x} =.92 no grupo dentro da prisão). No entanto, a idade de início é mais precoce (suspeita de significado estatístico) no grupo dentro da prisão (\bar{x} =20.06 no grupo fora da prisão e \bar{x} =17.81 no grupo dentro da prisão).

Quadro 4 - Caracterização do consumo de heroína nos toxicodependentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Idade de início (\bar{x})	20.06	17.81	-/*
Consumo ao longo da vida (\bar{x})	6.66	8.74	-
Consumo nos últimos 30 dias (\bar{x})	3.88	.92	-

-/* Suspeita de significado estatístico ($p \leq .10$)

3.3. Fármacos

O consumo de fármacos (Quadro 5) fora e dentro da prisão, tem características semelhantes.

Nos últimos 30 dias ambos os grupos declararam não terem consumido fármacos. Em relação à idade de início, constata-se que o grupo fora da prisão começou mais cedo ($\bar{x}=15.18$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=17.00$ no grupo dentro da prisão), mas manteve-o menos tempo que o grupo dentro da prisão ($\bar{x}=5.00$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=7.25$ no grupo dentro da prisão).

Este comportamento pode ser relacionado com a prática usual de abuso de medicamentos no contexto prisional, inicialmente prescritos pelo médico e rapidamente desviados para o circuito ilícito.

Quadro 5 - Caracterização do consumo de fármacos nos toxicodependentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Idade de início (\bar{x})	15.18	17.00	-
Consumo ao longo da vida (\bar{x})	5.00	7.25	-
Consumo nos últimos 30 dias (\bar{x})	.00	.00	-

3.4. Cocaína

Constata-se uma carreira de utilização de cocaína (Quadro 7) basicamente semelhante em ambos os grupos, no que diz respeito à idade de início (\bar{x} =20.21 no grupo fora da prisão e \bar{x} =19.67 no grupo dentro da prisão) e à duração do consumo ao longo da vida (\bar{x} =5.33 no grupo fora da prisão e \bar{x} =5.44 no grupo dentro da prisão). Nos últimos 30 dias (\bar{x} =2.00 no grupo fora da prisão e nenhum caso no grupo dentro da prisão), a diferença (suspeita de significado estatístico) pode ser relacionada com os constrangimentos impostos pelo contexto prisional, repressivos e limitativos do ponto de vista da acção.

Quadro 7 - Caracterização do consumo de cocaína nos toxicodpendentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Idade de início (\bar{x})	20.21	19.67	-
Consumo ao longo da vida (\bar{x})	5.33	5.44	-
Consumo nos últimos 30 dias (\bar{x})	2.00	.00	-/*

-/* Suspeita de significado estatístico ($p \leq .10$)

3.5. Cannabis

Emerge um padrão de consumo de cannabis (Quadro 8) semelhante nos dois grupos em termos de idade de início ($\bar{x}=15.03$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=14.29$ no grupo dentro da prisão) e duração do consumo ao longo da vida ($\bar{x}=8.84$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=7.96$ no grupo dentro da prisão). A diferença (suspeita de significado estatístico) relativamente ao consumo nos últimos 30 dias ($\bar{x}=3.23$ no grupo fora da prisão e nenhum caso no grupo dentro da prisão) pode, mais uma vez, relacionar-se com as características já referidas do meio prisional.

Quadro 8 - Caracterização do consumo de cannabis nos toxicodpendentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Idade de início (\bar{x})	15.03	14.29	-
Consumo ao longo da vida (\bar{x})	8.84	7.96	-
Consumo nos últimos 30 dias (\bar{x})	3.23	.00	-/*

-/* Suspeita de significado estatístico ($p \leq .10$)

3.6. Policonsumo

No estudo do policonsumo nos grupos fora e dentro da prisão (Quadro 9), verifica-se que a sua expressão ao longo da vida nos toxicodpendentes não detidos é significativamente superior ($\bar{x} = 7.76$ no grupo fora da prisão e $\bar{x} = 5.78$ no grupo dentro da prisão). Também é o grupo fora da prisão que afirma ter começado a consumir mais do que uma substância por dia mais cedo ($\bar{x} = 17.92$ no grupo fora da prisão e $\bar{x} = 19.72$ no grupo dentro da prisão), embora sem significado estatístico. Nos últimos 30 dias também não se encontraram diferenças significativas entre os grupos ($\bar{x} = 1.85$ no grupo fora da prisão e $\bar{x} = 1.67$ no grupo dentro da prisão).

Quadro 9 - Caracterização do policonsumo nos toxicodependentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Idade de início (\bar{x})	17.92	19.72	-
Consumo ao longo da vida (\bar{x})	7.76	5.78	**
Consumo nos últimos 30 dias (\bar{x})	1.85	1.67	-

** $p \leq .01$

A nível do consumo injectado que tem particular importância em termos de gravidade do quadro de toxicodependência e de doenças associadas, os grupos não apresentam diferenças significativas predominando a experiência de injeção (81.3% de casos fora da prisão e 85.2% de casos dentro da prisão). Caracterizando melhor este comportamento, verifica-se que a idade da primeira injeção ($\bar{x}=20.00$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=18.43$ no grupo dentro da prisão), a injeção ao longo da vida ($\bar{x}=5.31$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=7.26$ no grupo dentro da prisão), nos últimos seis meses ($\bar{x}=.92$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=.67$ no grupo dentro da prisão) e nos últimos 30 dias ($\bar{x}=2.31$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=.70$ no grupo dentro da prisão), são semelhantes nos dois grupos.

Inquiridos quanto à ocorrência de *overdose* encontraram-se valores médios próximos de significado estatístico ($\bar{x}=.97$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=.20$ no grupo dentro da prisão). Fora da prisão 72.4% dos respondentes e dentro da prisão 92.0% dos respondentes nunca tiveram uma *overdose*. Saliente-se que no grupo fora da prisão 27.4 % afirmou ter tido pelo menos uma *overdose*.

Quanto à questão do tratamento, assinalam-se diferenças significativas em termos de história de tratamento, designadamente no número e tipo de tratamentos. O grupo fora da prisão fez mais tentativas de tratamento (33.3% dos casos dentro da prisão afirmou nunca ter feito nenhum tratamento contra 6.3% de casos fora da prisão na mesma situação) e também mais tratamento diferenciado que inclui modalidades psicoterapêuticas em ambulatório e residencial para além da desabilitação física (75.0% dos casos fora da prisão fizeram tratamentos diferenciados contra 33.3% de casos em situação semelhante dentro da prisão).

O período (em meses) de abstinência resultante de tratamento é semelhante nos dois grupos ($\bar{x}=12.16$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=11.32$ no grupo dentro da prisão). Pelo contrário, a duração (em meses) do último período de abstinência não resultante de tratamento é significativamente maior no grupo dentro da prisão ($\bar{x}=3.20$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=7.50$ no grupo dentro da prisão). Note-se que 46.7 % dos casos fora da prisão afirmou nunca ter estado abstinente sem tratamento e 30.8% dos casos dentro da prisão declarou o mesmo.

Em relação à situação actual de abstinência vs consumo, 75.0% dos casos fora da prisão afirma ainda estar abstinente e 58.3% dos casos dentro da prisão afirma o mesmo.

Em ambos os grupos a heroína é considerada a substância que constitui o principal problema (50.0% dos casos fora da prisão contra 37.0% de casos dentro da prisão). A cocaína tem maior expressão no grupo dentro da prisão, embora sem significado estatístico (15.6% fora da prisão contra 29.6 % dentro da prisão). Há

ainda uma fatia importante de respondentes que considera que várias substâncias constituem o seu principal problema (34.4% de casos fora da prisão e 22.2% de casos na mesma situação dentro da prisão).

Relativamente ao número de dias de tratamento (consultas) recebido nos últimos 30 dias, existem diferenças significativas entre os grupos ($\bar{x}=1.90$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=.78$ no grupo dentro da prisão), tendo o grupo fora da prisão recebido mais dias de tratamento. No grupo dentro da prisão, 96.3% dos respondentes disseram não ter tido nenhum dia de tratamento; pelo contrário, 41.9% dos casos fora da prisão teve pelo menos um dia de tratamento.

Em termos de número de dias com problemas de drogas nos últimos 30 dias, não se detectam diferenças significativas entre os grupos ($\bar{x}=7.65$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=2.70$ no grupo dentro da prisão). Em ambos os grupos predomina a afirmação de ausência de problemas (67.7% de casos fora da prisão e 74.1% de casos dentro da prisão). Note-se que o grupo fora da prisão assinala mais dias de problemas com drogas do que o grupo dentro da prisão (29.0% fora da prisão diz ter tido problemas pelo menos durante metade do mês contra 7.4% de situações dentro da prisão). Também é o grupo fora da prisão que se preocupa significativamente mais ($\bar{x}=2.23$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=1.22$ no grupo dentro da prisão). A maior parte dos casos situa-se na classe 0-2, isto é, manifesta uma preocupação até grau moderado (51.6% dos casos fora da prisão e 77.8% dos casos dentro da prisão) mas, no grupo fora da prisão há a considerar a importância da classe 3-4, isto é, preocupação considerável/extrema (48.4% de casos contra 22,2% de casos com grau idêntico de preocupação dentro da prisão). No entanto, a importância atribuída

ao tratamento é semelhante em ambos os grupos ($\bar{x}=3.44$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=3.11$ no grupo dentro da prisão), predominando um grau elevado (84.4% de casos fora da prisão e 81.55% de casos dentro da prisão caiem na classe 3-4). É interessante constatar que o grupo dentro da prisão embora não apresente um grau elevado de preocupação face aos problemas de droga, considera necessitar muito de tratamento nesta área. Esta discrepância reenvia para a experiência clínica da avidez toxicómana, de tudo lhes ser devido, incluindo o próprio tratamento que deve vir do exterior (ausência de envolvimento e de responsabilização). Um outro dado relevante para esta análise é severidade dos problemas de droga que é significativamente mais elevada no grupo dentro da prisão ($\bar{x}=3.94$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=5.70$ no grupo dentro da prisão), predominando no grupo dentro da prisão a classe 5-9 que traduz uma severidade elevada a extrema (66.7% dos casos dentro da prisão e 37.5 % de casos fora da prisão).

O quadro seguinte (Quadro 10), sintetiza a caracterização da carreira de utilização de drogas relativamente ao padrão de consumo das várias substâncias, história dos tratamentos e gravidade dos problemas nesta área.

Quadro 10 - Caracterização do perfil da carreira de utilização de drogas dos toxicodpendentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES		FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Heroína (\bar{x})	Idade de início	20.06	17.81	-/*
	Consumo durante a vida (anos)	6.66	8.74	-
	Consumo nos últimos 30 dias	3.88	.92	-
Cocaína (\bar{x})	Idade de início	20.21	19.67	-
	Consumo durante a vida (anos)	5.33	5.46	-
	Consumo nos últimos 30 dias	2.00	.00	-/*
Cannabis (\bar{x})	Idade de início	15.03	14.29	-
	Consumo durante a vida (anos)	8.84	7.96	-
	Consumo nos últimos 30 dias	3.23	.00	-/*
Policonsumo (\bar{x})	Idade de início	17.92	19.72	-
	Consumo durante a vida (anos)	7.76	5.78	**
	Consumo nos últimos 30 dias	1.85	1.67	-
Alguma vez injectou (%)		81.3	85.2	-
	Idade da primeira injeção	20.00	18.43	-
	Injeção durante a vida	5.31	7.26	-
	Injeção nos últimos 6 meses	.92	.67	-
	Injeção nos últimos 30 dias	2.31	.70	-
Nº de overdoses (\bar{x})		.97	.20	-/*
Tratamento (%)	Não fez tratamento	6.3	33.3	**
	Desintoxicação física	18.8	33.3	
	Tratamentos diferenciados	75.0	33.3	
	Período mais longo de abstinência resultante de tratamento (\bar{x} meses)	12.16	11.32	-
Duração do último período de abstinência não resultante de tratamento (\bar{x} meses)	3.20	7.50	*	
Abstinência actual (%)		75.0	58.3	-
Nº de dias de tratamento (consultas) nos últimos 30 dias (\bar{x})		1.90	.78	**
	0 dias (%)	58.1	96.3	
	Pelo menos 1 dia (%)	41.9	3.7	
Nº de dias com problemas de drogas nos últimos 30 dias (\bar{x})		7.65	2.70	-
	0 dias (%)	67.7	74.1	
	Pelo menos 15 dias (%)	29.0	7.4	
Preocupação face aos problemas de droga (\bar{x})		2.23	1.22	**
	Grau 0 (%)	22.6	51.9	*
Classes:				
	0-2 (%)	51.6	77.8	
	3-4 (%)	48.4	22.2	

(Cont.)

(Cont.)

Importância do tratamento (\bar{x})		3.44	3.11	-
	Classes:			-
	0-2 (%)	15.6	18.5	
	3-4 (%)	84.4	81.5	
Severidade dos problemas de droga (\bar{x})		3.94	5.70	*
	Classes:			*
	0-4 (%)	62.5	33.3	
	5-9 (%)	37.5	66.7	

* ≤ 0.05 ; ** $p \leq 0.01$; -/* Suspeita de significado estatístico ($p \leq 10$)

Conclusão: Na área dos problemas de droga (Quadro 10) parece haver algum tipo de linha divisória entre os dois grupos. Na verdade, emerge uma carreira de utilização drogas com alguns contornos semelhantes destacando-se no entanto, a diferença claramente significativa no policonsumo ao longo da vida que surge com maior peso no grupo fora da prisão, bem como a suspeita de significado estatístico da idade de início do consumo de heroína mais precoce no grupo dentro da prisão e ainda dos consumos nos últimos 30 dias de cocaína e cannabis que são maiores no grupo fora da prisão. O comportamento de consumo injectado é semelhante e predominante em ambos os grupos.

A nível da história do tratamento assinalam-se diferenças significativas que podem fornecer pistas importantes de reflexão para o facto de determinados toxicodpendentes serem apanhados pelo sistema prisional e outros não. O grupo fora da prisão fez mais tentativas de tratamento e também mais diferenciadas (leia-se mais intensivas, mais duradouras e com uma vertente psicoterapêutica). Também no último mês, o número médio de dias de tratamento (consultas) é significativamente superior no grupo fora da prisão.

De acordo com a duração média dos períodos de abstinência resultante de tratamento - semelhante nos dois grupos - essas tentativas tiveram uma eficácia relativa em termos de paragem prolongada dos consumos mas terão um efeito sinalizador (promoção do *insight*) e protector (reforço das defesas adaptativas) que permitirá que os indivíduos inseridos nas estruturas de tratamento tendam a não ser apanhados no sistema prisional.

Em relação ao último período de abstinência não resultante de tratamento já se encontram diferenças significativas, afirmando o grupo dentro da prisão um período mais longo o que se pode relacionar com algumas limitações de acesso à droga no meio prisional.

A história de tratamento mais frequente e intensa no grupo fora da prisão é compatível com a maior preocupação face aos problemas de droga que também expressa. O grupo dentro da prisão preocupa-se significativamente menos mas, curiosamente ambos os grupos atribuem uma grande importância ao tratamento. A consonância entre preocupação e importância atribuída ao tratamento parece indicar a possibilidade de formulação de um pedido de ajuda e envolvimento num tratamento, enquanto que a discrepância entre a preocupação e a importância dada ao tratamento parece reenviar para um reconhecimento/responsabilização deficitário dos problemas com consequência a nível da motivação para o tratamento. Esta interpretação é reforçada pelo facto da severidade dos problemas de droga no grupo dentro da prisão ser significativamente mais elevada.

4. Problemas legais (Anexo E)

De certa forma inesperado, o grupo fora da prisão apresenta significativamente mais acusações de crimes contra a propriedade (falsificações, fraudes, cheques sem provisão e crimes afim), de conduta desordeira e de infracções graves a regras de trânsito, do que o grupo dentro da prisão. Este resultado reenvia para uma das conclusões do estudo de Domingos Neto (1996) que diz respeito ao facto da sua amostra judicial não condenada ter aderido e evoluído melhor no âmbito do programa de tratamento combinado e por etapas. Ou seja, parece que o grupo fora da prisão foi interpelado pelo sistema judicial e encaminhado para as estruturas de tratamento da comunidade livre.

Em relação a crimes de violência (roubo, assalto, homicídio, violação, etc) e de tráfico, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos embora se possa referir a suspeita de significado estatístico no primeiro caso, com um peso maior no grupo dentro da prisão.

Repare-se que os grupos distinguem-se significativamente relativamente ao número de meses de prisão ao longo da vida ($\bar{x}=13.17$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=29.50$ no grupo dentro da prisão), o que reforça a hipótese de que a sinalização do comportamento desviante pelo sistema judicial pode ser útil em termos de encaminhamento para o tratamento e em alternativa à detenção/condenação. A maior parte dos indivíduos da amostra prisional encontravam-se condenados (88.9%), sendo o principal motivo crimes de violência (55.6%). Todos os entrevistados dentro do contexto prisional estavam presos nos últimos 30 dias e, em

relação à amostra não prisional nenhum sujeito se encontrava em situação idêntica. Ninguém afirmou ter estado envolvido em actividades ilegais com fins lucrativos nos últimos 30 dias.

Em termos de gravidade dos problemas legais, é significativamente mais elevada no grupo dentro da prisão ($\bar{x}= .59$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=2.19$ no grupo dentro da prisão). A maioria dos casos fora da prisão considera uma gravidade baixa a moderada (classe 0-2 com 87.5%) enquanto que 55.6% dos casos dentro da prisão considera os seus problemas legais como muito graves (classe 3-4). De acordo com esta apreciação da gravidade, o grupo dentro da prisão atribui significativamente mais importância à ajuda nesta área que o grupo fora da prisão ($\bar{x}=.41$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=2.41$ no grupo dentro da prisão). Dito de outra forma, 90.6% dos casos não prisionais atribuem uma importância baixa a moderada ao aconselhamento para os problemas legais, enquanto que 59.3% dos casos detidos consideram muito ou extremamente importante esse aconselhamento.

A severidade dos problemas legais surge como significativamente mais elevada na amostra prisional ($\bar{x}=.25$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=3.96$ no grupo dentro da prisão). Note-se que a totalidade do grupo fora da prisão cai na classe 0-4 que traduz uma avaliação de severidade baixa a moderada enquanto que o grupo dentro da prisão tem 40.7% de casos de severidade muito a extremamente elevada (classe 5-9).

O quadro que seguidamente se apresenta (Quadro 11) ilustra estatisticamente a descrição do perfil legal encontrado nos grupos fora e dentro da prisão.

Quadro 11 - Caracterização do perfil legal dos toxicodpendentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES		FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Nº Acusações (\bar{x})				
	Tráfico	1.17	1.07	-
	Crimes contra a propriedade	1.50	.93	*
	Crimes de violência	1.00	1.93	-/*
	Conduta desordeira	1.00	.11	**
	Infracção grave de regras de trânsito	1.00	.56	*
Nº de meses preso ao longo da vida (\bar{x})		13.17	29.50	*
Nº de dias detido nos últimos 30 dias (\bar{x})		.00	30.00	
Nº de dias envolvido em actividades ilegais com fins lucrativos (\bar{x})		.00	.00	
Gravidade dos problemas legais (\bar{x})		.59	2.19	**
	Grau 0 (%)	75.0	22.2	**
	Classes:			
	0-2 (%)	87.5	44.4	
	3-4 (%)	12.5	55.6	
Importância do aconselhamento legal (\bar{x})		.41	2.41	**
	Grau 0 (%)	84.4	18.5	**
	Classes:			
	0-2 (%)	90.6	40.7	
	3-4 (%)	9.4	59.3	
Severidade dos problemas legais (\bar{x})		.25	3.96	**
	Grau 0 (%)	90.6	7.4	**
	Classes:			
	0-4 (%)	100.0	59.3	
	5-9 (%)	.00	40.7	

* $\leq .05$; ** $p \leq .01$; -/* Suspeita de significado estatístico ($p \leq .10$)

Conclusão: Na área dos problemas legais (Quadro 11) o grupo fora da prisão apresenta mais contactos com o sistema judicial (número de acusações) que não terão resultado em prisão afectiva. Esta última situação tem maior expressão no grupo dentro da prisão. Parece que a primeira situação terá permitido o encaminhamento dos casos para as estruturas de tratamento da comunidade livre, não sucedendo o mesmo com aqueles que entraram no sistema prisional que têm,

como já foi referido, uma história de tratamento mais pobre (em frequência e tipo de tratamento).

Em termos de gravidade atribuída aos problemas legais e importância do aconselhamento jurídico, o grupo dentro da prisão considera ter significativamente um quadro mais grave e mais necessitado de ajuda. Também a severidade dos problemas é avaliada pelo entrevistador como significativamente mais pesada no grupo prisional. Curiosamente a área legal é a única que o grupo dentro da prisão reconhece maioritariamente como preocupante e com forte necessidade de ajuda; pelo contrário, não é das áreas com uma pontuação de severidade mais elevada. Esta constatação pode significar um funcionamento psíquico mais imediatista, focalizado na realidade concreta que conduz, como se tem vindo a observar, à tendência para a desvalorização/negação de problemas noutras áreas de vida.

5. Problemas familiares/sociais (Anexo F)

Em termos da existência de familiares com problemas de consumo verifica-se que não existem diferenças significativas entre os grupos, predominando em ambos a existência de pelo menos um familiar com comportamento aditivo (71.9% de casos no grupo fora da prisão e 55.6% de casos no grupo dentro da prisão).

Quer fora quer dentro do contexto prisional há uma maior peso dos solteiros (78.1% de casos no grupo fora da prisão e 70.4% de casos no grupo dentro da prisão) e esta situação mantém-se com uma duração de tempo (em anos) que pode ser considerada como indiciando diferenças significativas entre os grupos (\bar{x} =8.16 no grupo fora da prisão e \bar{x} =6.48 no grupo dentro da prisão). A satisfação face a esta situação é semelhante em ambos os grupos: 65.6% de casos no grupo fora da prisão responde que se sente satisfeito e a mesma resposta é dada por 52.0% de casos dentro da prisão; a não satisfação é assumida por 31.3% de casos fora da prisão e por 40.0% de casos dentro da prisão.

Em relação a com vivem habitualmente (nos últimos três anos), constata-se que 51.9% de casos dentro da prisão estão presos pelo menos há três anos. No grupo fora da prisão destacam-se os 43.8% de casos que afirmam viver com os pais aos quais se pode juntar com significado idêntico em termos de autonomia, os 25.0% de casos que vivem com familiares, designadamente avós. Ou seja, 68.8% dos respondentes fora da prisão parecem não ter conseguido autonomizar-se em termos de espaço próprio, o que passa pela dependência financeira que constatamos anteriormente (subescala dos problemas de emprego e suporte social).

Relativamente à duração (em anos) da situação de com quem vivem habitualmente, os dois grupos apresentam diferenças significativas, surgindo o grupo não prisional com situações mais prolongadas no tempo ($\bar{x}=6.91$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=4.44$ no grupo dentro da prisão). A satisfação face a esta situação também apresenta diferenças significativas, sentindo-se o grupo dentro da prisão mais insatisfeito (46.9% de casos no grupo fora da prisão contra 70.4% de casos no grupo dentro da prisão).

Quanto aos hábitos de consumos de álcool e ou de drogas das pessoas com quem vivem, predomina em ambos os grupos a referência à sua inexistência. Em relação às pessoas com quem passam a maior parte do tempo livre, surge um cenário com outras matizes que é significativamente diferente fora e dentro da prisão: 56.2 % dos casos fora da prisão afirma passar a maior parte do tempo livre com a família e/ou amigos sem problemas de álcool e/ou drogas, enquanto que dentro da prisão o peso dos indivíduos com comportamento idêntico é menor (37.5%); com a família e/ou amigos com problemas de droga aparecem 31.2% dos casos fora da prisão e 20.9% dos casos dentro da prisão. Destacam-se os 41.7% de casos detidos que afirmam passar a maior parte do tempo livre sózinhos. A satisfação face a esta situação é avaliada de forma idêntica nos dois grupos, embora no grupo dentro da prisão predomine a insatisfação (69.2% de casos insatisfeitos contra 30.8% de casos satisfeitos).

O número de amigos próximo é tendencialmente maior (suspeita de significado estatístico) no grupo fora da prisão ($\bar{x}=4.65$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=2.96$ no grupo dentro da prisão). No grupo dentro da prisão destacam-se os 30.8% de casos

que afirmam ter dois amigos próximos (o que pode ser relacionado com o facto de predominantemente estarem três indivíduos por cela).

Em termos de avaliação das principais relações familiares no que diz respeito à sua qualidade afectiva e conflitos (numa perspectiva recente e histórica) verificou-se:

- Um relacionamento avaliado como forte e duradouro com a mãe por ambos os grupos (74.2% dos casos fora da prisão e 57.7% dos casos dentro da prisão);
- a ausência em ambos os grupos de um relacionamento forte e duradouro com o pai (57.1% fora da prisão e 52.4% dentro da prisão);
- um relacionamento forte e duradouro com os irmãos em ambos os grupos (70.4% fora da prisão e 57.1% dentro da prisão);
- um relacionamento forte e duradouro com a esposa/companheira em ambos os grupos (92.9% fora da prisão e 75.0% dentro da prisão);
- ausência de relacionamento forte e duradouro com filhos em 73.3% dos casos do grupo dentro da prisão; situação idêntica é assumida por 44.4% dos casos fora da prisão;
- um relacionamento forte e duradouro com os amigos em ambos os grupos (83.9% fora da prisão e 73.1% dentro da prisão).

Neste cenário positivo, destaca-se como figura num fundo talvez idealizado, a relação com o pai menos forte e duradoura.

Quanto aos problemas familiares vividos nos últimos 30 dias e a ao longo da vida:

- Quer com a mãe quer com o pai, ambos os grupos afirmam não ter tido problemas sérios nos últimos 30 dias; ao longo da vida, encontram-se diferenças significativas entre os grupos, considerando o grupo fora da prisão ter tido mais problemas quer com o pai (93.5% fora da prisão contra 63.0% dentro da prisão), quer com a mãe (87.5% fora da prisão e 57.7% dentro da prisão);
- predomínio da inexistência de problemas sérios com os irmãos nos últimos 30 dias é comum aos dois grupos (89.7% fora da prisão e 96.0% dentro da prisão); ao longo da vida, verifica-se que no grupo fora da prisão 61.3% de casos afirma ter tido problemas, enquanto no grupo dentro da prisão 64.0% de casos afirma o contrário, situação com suspeita de significado estatístico;
- a totalidade dos respondentes fora e dentro da prisão refere não ter tido problemas com a companheira nos últimos 30 dias; ao longo da vida, ambos os grupos afirmam ter tido problemas (70.6% fora da prisão e 68.2% dentro da prisão);
- também a totalidade dos casos afirma não ter tido problemas com os filhos nos últimos 30 dias e, ao longo da vida as respostas vão no mesmo sentido (100.0% dos casos dentro da prisão e 77.8% dos casos fora da prisão);
- com familiares significativos ambos os grupos consideram não ter tido problemas sérios nos últimos 30 dias e ao longo da vida, cerca de metade (51.7%) dos inquiridos fora da prisão teve problemas enquanto que, dentro da prisão, 70.8% nega esta situação (suspeita de significado estatístico);

- com os amigos, ambos os grupos dizem não ter tido problemas nos últimos 30 dias (93.1% fora da prisão e 95.6% dentro da prisão) mas, ao longo da vida, surgem diferenças significativas entre os grupos afirmando o grupo fora da prisão ter tido mais problemas (74.2% contra 37.5%);
- ambos os grupos consideram não ter tido problemas com os vizinhos nos últimos 30 dias (96.8% fora da prisão e a totalidade dos casos dentro da prisão); ao longo da vida existem diferenças significativas, tendo o grupo fora da prisão tido mais problemas (62.5% fora da prisão contra 23.1% dentro da prisão);
- com colegas de trabalho predomina nos dois grupos a ausência de problemas nos últimos 30 dias (96.4% fora da prisão e 95.8% dentro da prisão); ao longo da vida a situação tende a predominar o oposto (50.0% fora da prisão e 60.0% dentro da prisão).

Especificando os problemas relacionais em termos de abuso emocional verifica-se que no referencial recente (últimos 30 dias), ambos os grupos negam esta situação (90.6% e a totalidade dos respondentes dentro da prisão). No entanto, o mesmo não aconteceu ao longo da vida e ambos os grupos afirmam ter sofrido de abuso emocional (78.1% fora da prisão e 70,4% dentro da prisão).

Considerando o abuso físico, a totalidade dos casos fora e dentro da prisão negam a sua ocorrência nos últimos 30 dias. Ao longo da vida, os grupos distinguem-se significativamente, tendo o grupo fora da prisão afirmado ter sofrido mais abusos físicos (50.0% fora da prisão contra 22.2% dentro da prisão).

Em relação a abuso sexual durante os últimos 30 dias, não houve nenhum caso fora ou dentro da prisão. Ao longo da vida apenas o grupo fora da prisão fez referência a este tipo de abuso (15.6%).

A avaliação dos conflitos familiares recentes (nos últimos 30 dias), mostra uma diferença entre os grupos que se suspeita ter significado estatístico, surgindo um cenário familiar mais grave (mais dias com conflitos sérios) no grupo fora da prisão ($\bar{x}=2.13$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=0.08$ no grupo dentro da prisão). Em relação a conflitos sérios nos últimos 30 dias com outras pessoas que não a família, não existem diferenças significativas entre os dois grupos ($\bar{x}=0.63$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=1.48$ no grupo dentro da prisão).

A preocupação com os problemas familiares é significativamente mais elevada no grupo fora da prisão ($\bar{x}=2.06$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=1.15$ no grupo dentro da prisão). No grupo dentro da prisão destaca-se o peso daqueles que afirmaram ausência de preocupação (51.9%). Em termos de classes, a diferença também tende a ser significativa, destacando-se os 43.8% de casos fora da prisão que assumiram uma grande preocupação contra 22.2% de casos dentro da prisão que sentem de forma idêntica.

Quanto à preocupação com problemas sociais, não se encontraram diferenças significativas entre os grupos ($\bar{x}=1.22$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=0.70$ no grupo dentro da prisão). A ausência de preocupação é assinalada por 46.9% dos casos fora da prisão e por 59.3% dos casos dentro da prisão. Em ambos os grupos

predomina significativamente a classe 0-2 (78.1% fora da prisão e 92.6% dentro da prisão) que traduz uma preocupação ligeira a moderada.

A importância dada ao tratamento/aconselhamento familiar é significativamente mais relevante no grupo fora da prisão ($\bar{x}=2.63$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=1.81$ no grupo dentro da prisão). Note-se que 71.9% dos casos do grupo não prisional atribuem uma grande importância ao tratamento enquanto que a mesma posição é assumida por 40.7% dos casos detidos. Quando se trata de aconselhamento para problemas sociais, ambos os grupos consideram não ser muito importante ($\bar{x}= 1.75$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=1.63$ no grupo dentro da prisão).

Em termos de severidade, o grupo dentro da prisão é mais uma vez penalizado o que contrasta, também mais uma vez, com a auto-avaliação feita (preocupação e importância do tratamento). O quadro familiar e social do grupo dentro da prisão é avaliado como significativamente mais grave ($\bar{x}=3.84$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=5.33$ no grupo dentro da prisão), verificando-se que 59.4% dos casos fora da prisão caem na classe 0-4 (severidade baixa a moderada) e 55.6% dos casos dentro da prisão são classificados com uma severidade elevada ou muito elevada.

No quadro seguinte (Quadro 12), resume-se a caracterização do perfil familiar e social dos grupos estudados .

Quadro 12 - Caracterização do perfil familiar e social dos toxicod dependentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES	FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Existência de familiares com problemas de álcool e/ou drogas (%)	71.9	55.6	-
Estado civil			-
Casado (%)	12.5	11.1	
Nunca casou (%)	78.1	70.4	
Separado/divorciado (%)	9.4	18.5	
Duração (\bar{x} anos)	8.16	6.48	-/*
Satisfação (%)	65.6	52.0	-
Vive habitualmente (últimos 3 anos)			**
Com companheira/filhos/amigos/sózinho (%)	31.2	22.2	
Com pais/família (%)	68.8	22.2	
Ambiente controlado (%)	.0	51.9	
Duração (\bar{x} anos)	6.91	4.44	**
Satisfação (%)	50.0	25.9	*
Vive com alguém			
Com problemas de álcool (não %)	90.3	95.0	-
Com problemas de droga (não %)	90.3	90.0	-
Com quem passa o tempo livre (%)			*
Família+amigos s/ problemas de álcool/drogas	56.2	37.5	
Família+amigos c/ problemas de álcool/drogas	31.2	20.9	
Sózinho	12.5	41.7	
Não Satisfação	50.0	69.2	-
Nº de amigos próximos (\bar{x})	4.65	2.96	-/*
Relacionamento forte e duradouro ao longo da vida (%)			
Mãe (sim)	74.2	57.7	-
Pai (não)	57.1	52.4	-
Irmãos (sim)	70.4	57.1	-
Esposa/companheira (sim)	92.9	75.0	-
Filhos			-
Não	44.4	73.3	
Sim	55.6	26.6	
Amigos (sim)	83.9	73.1	-
Problemas sérios nos últimos 30 dias (não %)			
Mãe	90.0	100.0	-
Pai	85.7	88.0	-
Irmãos	89.6	96.0	-
Esposa/companheira	100.0	100.0	-
Filhos	100.0	100.0	-
Famíliares significativos	100.0	100.0	-
Amigos	93.1	95.6	-
Vizinhos	96.8	100.0	-
Colegas de trabalho	96.4	95.8	-

(Cont.)

(Cont.)

Problemas sérios ao longo da vida (sim %)			
Mãe	87.5	57.7	**
Pai	93.5	63.0	**
Irmãos	61.3	36.0	-/*
Esposa/companheira	70.6	68.2	-
Filhos	22.2	.0	-
Familiares significativos	51.7	29.2	-/*
Amigos	74.2	37.5	**
Vizinhos	62.5	23.1	**
Colegas de trabalho	50.0	60.0	-
Abusos sofridos nos últimos 30 dias (não %)			
Emocional	90.6	100.0	-
Físico	100.0	100.0	-
Sexual	100.0	100.0	-
Abusos sofridos ao longo da vida (sim %)			
Emocional	78.1	70.4	-
Físico	50.0	22.2	*
Sexual	15.6	.0	*
Preocupação com problemas familiares (\bar{x})			
	2.06	1.15	*
Grau 0 (%)	18.8	51.9	
Classes (%)			-/*
0-2	56.3	77.8	
3-4	43.8	22.2	
Preocupação com problemas sociais (\bar{x})			
	1.22	.70	-
Grau 0 (%)	46.9	59.3	
Classes (%)			-
0-2	78.1	92.6	
3-4	21.9	7.4	
Importância do tratamento para os problemas familiares (\bar{x})			
	2.63	1.81	*
Grau 0 (%)	15.6	37.0	
Classes (%)			*
0-2	28.1	59.7	
3-4	71.9	40.7	
Importância do tratamento para os problemas sociais (\bar{x})			
	1.75	1.63	-
Grau 0 (%)	37.5	48.1	
Classes (%)			-
0-2	53.1	69.2	
3-4	46.9	30.8	
Severidade dos problemas familiares/sociais (\bar{x})			
	3.84	5.33	*
Classes (%)			-
0-4	59.4	44.4	
5-9	40.6	55.6	

* $\leq .05$; ** $p \leq .01$; -/* Suspeita de significado estatístico ($p \leq .10$)

Conclusão: No funcionamento familiar e social (Quadro 12) de ambos os grupos destaca-se um conjunto de indicadores de déficits na área da autonomia que podem ser compreendidos com base no modelo psicodinâmico do medo da separação por parte do toxicodependente e da família (Stanton, 1972 e 1982;

Alexander, 1977; Amaral Dias, 1980; Domingos Neto, 1997). A toxicodpendência desempenhará uma função protectora, ajudando a manter o balanço homeostático do equilíbrio familiar.

A maior parte dos sujeitos são solteiros e vivem com familiares (em primeiro lugar com os pais mas também com outros familiares designadamente avós) que, predominantemente não têm problemas de álcool e/ou drogas. Este resultado está de acordo com a literatura que refere que a taxa de casamentos para os toxicodpendentes do sexo masculino é metade daquela que se encontra para os indivíduos da mesma idade não consumidores (Stanton e Todd, 1982). Stanton (1980) também encontrou uma correlação entre hábitos aditivos e o viver em casa dos pais (ou familiares).

No grupo dentro da prisão cerca de metade viveu em ambiente controlado nos últimos 3 anos o que também terá as suas implicações a nível da autonomia. A satisfação face a esta situação de vida é maior no grupo fora da prisão, o que reenvia para a questão da forma como se processou a fase da separação/individuação.

Embora o núcleo familiar restrito surja limpo de consumos, é significativo que em relação ao tempo livre a situação seja de risco: uma parte importante dos inquiridos diz passar o seu tempo livre com pessoas com problemas de álcool e/ou drogas. No grupo dentro da prisão surge ainda uma variante que poderá ter a ver com a especificidade do contexto prisional: 41.7% responde passar a maior parte do seu tempo livre sózinho; note-se também que o grupo dentro da prisão refere ter

menos amigos próximos. Ambos os grupos afirmam não estar satisfeitos com esta situação.

Em termos de relacionamento afectivo ao longo da vida com figuras de referência e significativas, ambos os grupos consideram ter uma ligação forte e duradoura com a mãe, irmãos, companheira/esposa, filhos e amigos. O relacionamento com o pai surge como problemático também em ambos os grupos.

Este resultado está de acordo com a literatura que uniformemente refere a monoparentalidade das famílias dos toxicodependentes com uma ausência acentuada - por morte, separação ou demissão - da figura do pai. Amaral Dias (1980, 1984), especifica a relação distante e negativa com a imagem do pai comum a muitos toxicodependentes. Outros autores (Ben Yehuda e Schindell, 1981; Jafer, 1985; Domingos Neto, 1991) também apontam a clivagem da díade parental, com aproximação ao progenitor do sexo oposto e rejeição do progenitor do mesmo sexo.

Stanton e Todd (1982) referenciam mães com métodos simbióticos de relação com os filhos que se prolongam até tarde ao mesmo tempo que o papel do progenitor masculino está diminuído ou ausente.

Não se pode deixar de pensar nas consequências da disfunção da relação mãe-filho-pai no crescer psíquico e na estruturação da personalidade que exigem duas funções complementares. A primeira, de *holding*, que muitas vezes se designa de função materna (embora também possa e deva ser exercida pelo pai) encontra mais dificuldades no seu contributo para a relação objectal e suficiência narcísica na

ausência de um progenitor. A segunda, de identificação, é exercida principalmente pelo progenitor do mesmo sexo e permite prosseguir/concluir a identidade e o estilo relacional da pessoa. O *holding* relaciona-se com a capacidade de estar só e a apetência pelo outro. A função identificatória relaciona-se com a aquisição de normatividade, da identidade e da aculturação sexual. Em muitos casos de toxicodependência, faltou dramaticamente a função identificatória masculina.

Numa dimensão recente, os dois grupos parecem ter vivências semelhantes no que diz respeito à ausência de conflitos sérios com a família de origem, família nuclear e outras pessoas significativas. Numa dimensão histórica o grupo fora da prisão assume mais conflitos sérios. Mais especificamente, ambos os grupos referem abusos emocional e físico (mais frequente no grupo dentro da prisão) ao longo da vida e o grupo não prisional refere ainda abuso sexual. Nos últimos 30 dias nenhuma situação de abuso é descrita.

O grupo fora da prisão, provavelmente mais sintomático, preocupa-se mais com os problemas familiares e de igual modo considera o tratamento nesta área mais importante. Quanto à preocupação com os problemas sociais, nenhum dos grupos manifesta grande preocupação nem atribui particular importância ao tratamento. No entanto quando se trata da avaliação do entrevistador, o grau de severidade atribuído aos problemas familiares e sociais do grupo dentro da prisão é significativamente mais elevado. Esta discrepância aponta para o facto da vivência dos problemas tender a ser egossintónica no grupo dentro da prisão.

6. Problemas Psiquiátricos/Psicológicos (Anexo G)

Os grupos apresentam uma frequência idêntica de internamento (\bar{x} =.28 no grupo fora da prisão e \bar{x} =.22 no grupo dentro da prisão) e de tratamentos ambulatoriais (\bar{x} =.53 no grupo fora da prisão e \bar{x} =.15 no grupo dentro da prisão) por problemas psicológicos.

A avaliação de um conjunto de sintomas e de dificuldades emocionais (não resultantes de consumos) recentes (nos últimos 30 dias) e ao longo da vida, permite a delimitação de um quadro clínico com contornos específicos fora e dentro do contexto prisional.

Nos últimos 30 dias constata-se:

- Predomínio da ausência de sintomas sérios de depressão em ambos os grupos (59.4% de casos no grupo fora da prisão e 77.8% de casos no grupo dentro da prisão);
- predomínio de ansiedade séria em ambos os grupos (59.4% de casos no grupo fora da prisão e \bar{x} =63.0% de casos no grupo dentro da prisão);
- grupo fora da prisão considera ter sentido mais dificuldades (suspeita de significado estatístico) a nível da compreensão, concentração ou recordação do que o grupo dentro da prisão (53.1% de casos no grupo fora da prisão e 29.6% de casos no grupo dentro da prisão);

- ausência de alucinações em 90.6% dos casos fora da prisão e na totalidade dos casos dentro da prisão;
- predomínio da ausência de comportamento violento em ambos os grupos (87.5% de casos no grupo fora da prisão e 96.3% de casos no grupo dentro da prisão);
- ausência de pensamentos sérios de suicídio na maior parte dos inquiridos fora e dentro do contexto prisional (87.5% de casos no grupo fora da prisão e 92.6% de casos no grupo dentro da prisão); situação idêntica em relação a tentativas de suicídio (96.9% do grupo fora da prisão e 96.3% do grupo dentro da prisão).

Note-se que em relação a medicação psiquiátrica com prescrição, quase a totalidade dos respondentes fora e dentro da prisão afirmam não estar a fazer (90.6% fora da prisão e 96.3% dentro da prisão). No que diz respeito ao grupo prisional há que ter em conta que muita medicação psicotrópica é traficada, ou seja inicialmente prescrita a uns acaba por ser utilizada por outros.

Ao longo da vida constata-se:

- Sintomas de depressão séria assinalados por ambos os grupos (80.6% dos casos fora da prisão e 74.1% dos casos dentro da prisão);
- ansiedade séria em 93.5% dos casos fora da prisão e em 74.1% dos casos dentro da prisão (suspeita de significado estatístico);

- dificuldades de compreensão, concentração ou recordação em ambos os grupos (64.5% de casos no grupo fora da prisão e 63.0% de casos no grupo dentro da prisão);
- alucinações apenas surgem em 18.7% de casos fora da prisão;
- ocorrência de comportamento violento em metade dos entrevistados fora do contexto prisional e em 40.7% dos casos da amostra prisional;
- referência a pensamentos sérios de suicídio em ambos os grupos (54.8% de casos no grupo fora da prisão e 40.7% de casos no grupo dentro da prisão);
- tentativas de suicídio assumidas por 28.1% de casos fora da prisão e por 18.5% de casos dentro da prisão. Repare-se que, relativamente ao número de tentativas de suicídio, encontram-se diferenças significativas entre os grupos ($\bar{x}=3.22$ no grupo fora da prisão e $\bar{x}=1.38$ no grupo dentro da prisão); 84.6% dos inquiridos no contexto prisional afirmou nunca ter tentado o suicídio, pelo contrário 90.0% dos casos fora da prisão fez pelo menos duas tentativas.

Quanto a medicação psiquiátrica prescrita ao longo da vida, o grupo fora da prisão foi mais medicado (40.6% de casos fora da prisão e 22.2% de casos dentro da prisão). Este resultado está de acordo com a constatação de que o grupo fora da prisão tem mais acompanhamento e vigilância médica (subescala dos problemas médicos).

Em termos de quantificação do número de dias com problemas emocionais nos últimos 30 dias, a diferença entre os grupos não é significativa ($\bar{x}=13.63$ fora da

prisão e $\bar{x}=7.8$ dentro da prisão). No entanto, destacam-se os 37.5% de casos fora do meio prisional que afirmam ter sofrido diariamente de problemas psicológicos no período de tempo considerado. A preocupação com este tipo de problemas é semelhante em ambos os grupos ($\bar{x}=2.13$ fora da prisão e $\bar{x}=1.81$ dentro da prisão), predominando (56.3% de casos fora da prisão e 63.0% de casos dentro da prisão) um grau baixo a moderado (classe 0-2). Igualmente, emerge uma atitude idêntica face ao tratamento ($\bar{x}=2.22$ fora da prisão e $\bar{x}=2.07$ dentro da prisão) com cerca de metade dos respondentes (50.0% de casos fora da prisão e 48.1% de casos dentro da prisão) a considerarem o tratamento muito importante (classe 3-4). Esta ênfase dada ao tratamento pode reflectir mais a expectativa de problemas potenciais do que problemas actuais.

De acordo com a avaliação feita pelo entrevistador em termos do comportamento do sujeito na altura da entrevista, apenas em relação à depressão se encontraram diferenças significativas entre os grupos: 6.2% de casos fora da prisão contra 33.3% de casos dentro da prisão. Esta apreciação contrasta fortemente com auto-avaliação de sintomas depressivos recentes.

No que diz respeito à avaliação da hostilidade, da ansiedade, da perturbação do teste da realidade, das dificuldades de compreensão, de concentração, de recordação e ainda da ideação suicida no momento da entrevista, não se detectam diferenças significativas entre os grupos. Em ambos os grupos predomina a ausência destes sintomas psicopatológicos. No entanto, em termos de severidade global dos problemas psicológicos o grupo prisional é francamente penalizado: $\bar{x}=2.56$ fora da prisão e $\bar{x}=5.11$ dentro da prisão. Note-se que enquanto fora da

prisão predomina uma severidade baixa a moderada (78.1% dos casos caiem na classe 0-4), dentro da prisão surge uma situação mais grave (63.0% dos casos caiem na classe 5-9).

No quadro que se segue (Quadro 13), apresentam-se os valores que caracterizam a área do funcionamento psicológico nos dois grupos fora e dentro da prisão.

Quadro 13 - Caracterização do perfil psicológico dos toxicod dependentes fora e dentro do contexto prisional

VARIÁVEIS DEPENDENTES		FORA DA PRISÃO N=32	DENTRO DA PRISÃO N=27	SINAL
Nº de tratamentos por problemas emocionais (\bar{x})				
	Com internamento	.28	.22	-
	Ambulatório	.53	.15	-
Nos últimos 30 dias (%)				
	Depressão séria			-
	Não	59.4	77.8	
	Sim	40.6	22.2	
	Ansiedade séria			-
	Não	40.6	37.0	
	Sim	59.4	63.0	
	Perturbação na compreensão, concentração ou recordação			-/*
	Não	46.9	70.4	
	Sim	53.1	29.6	
	Alucinações			-
	Não	90.6	100.0	
	Sim	9.4	.0	
	Perturbação no controle do comportamento violento			-
	Não	87.5	96.3	
	Sim	12.5	3.7	
	Medicação psiquiátrica prescrita			-
	Não	90.6	96.3	
	Sim	9.4	3.7	
	Pensamentos sérios de suicídio			-
	Não	87.5	92.6	
	Sim	9.4	7.4	
	Tentativas de suicídio			-
	Não	96.9	96.3	
	Sim	3.1	3.7	

(Cont.)

(Cont.)

Ao longo da vida (%)

Depressão séria				-
Não	19.3	25.9		
Sim	80.6	74.1		
Ansiedade séria				-/*
Não	6.4	25.9		
Sim	93.5	74.1		
Perturbação na compreensão/concentração / recordação				-
Não	35.5	37.0		
Sim	64.5	63.0		
Alucinações				*
Não	81.2	100.0		
Sim	18,7	.0		
Perturbação no controle do comportamento violento				-
Não	50.0	59.3		
Sim	50.0	40.7		
Medicação psiquiátrica prescrita				-
Não	59.4	77.8		
Sim	40.6	22.2		
Pensamentos sérios de suicídio				-
Não	45.2	59.3		
Sim	54.8	40.7		
Tentativas de suicídio				-
Não	71.9	81.5		
Sim	28.1	18.5		
Nº de tentativas de suicídio (\bar{x})	3.22	.38		**
0 tentativas(%)	.00	84.6		
Pelo menos 1 tentativa(%)	90.0	15.2		
Nº de dias com problemas psicológicos nos últimos 30 dias (\bar{x})	13.63	7.81		-
Preocupação com os problemas psicológicos nos últimos 30 dias (\bar{x})	2.13	1.81		-
Classes:				-
Classe 0-2 (%)	56.3	63.0		
Classe 3-4 (%)	43,8	37.0		
Importância do tratamento dos problemas psicológicos (\bar{x})	2.22	2.07		-
Classes:				-
Classe 0-2 (%)	50.0	51.9		
Classe 3-4 (%)	50.0	48.1		
Estado psicológico na altura da entrevista (%)				**
Deprimido				
Não	93.7	66.7		
Sim	6.2	33.3		
Hostil				
Não	100.0	100.0		
Sim	.0	.0		
Ansioso				-
Não	71.9	55.6		
Sim	28.1	44.4		
Com perturbação do teste da realidade, do pensamento, pensamento paranóide				
Não	100.0	100.0		
Sim	.0	.0		

(Cont.)

(Cont.)

Dificuldades de compreensão, concentração, recordação			-
Não	90.6	92.6	
Sim	9.4	7.4	
Ideação suicida			-
Não	100.0	96.3	
Sim	.0	3.7	
Severidade dos problemas psicológicos (\bar{x})	2.56	5.11	**
Classes:			**
Classe 0-4 (%)	78.1	37.0	
Classe 5-9 (%)	21.9	63.0	

* $\leq .05$; ** $p \leq .01$; -/* Suspeita de significado estatístico ($p \leq .10$)

Conclusão: Na avaliação do funcionamento psicológico (Quadro 13), emerge um quadro actual de ansiedade séria em ambos os grupos. Em relação aos outros sintomas considerados na subescala dos problemas psicológicos/psiquiátricos, designadamente perturbações do pensamento, da memória e *acting-outs*, em ambos os grupos predomina a ausência de queixas. A maior parte dos entrevistados fora e dentro da prisão não está a fazer medicação psiquiátrica prescrita.

Ao longo da vida o peso da psicopatologia é maior já que ambos os grupos afirmam ter sofrido de depressão e ansiedade sérias, ter tido dificuldades de compreensão, de concentração, de recordação, de controle dos impulsos, pensamentos sérios de suicídio e inclusive ter feito tentativas de suicídio (significativamente mais o grupo fora da prisão). O grupo fora da prisão foi também o mais medicado ao longo da vida.

Na altura da entrevista o grupo dentro da prisão encontrava-se significativamente mais deprimido do que o grupo fora da prisão.

A preocupação face aos problemas psicológicos nos últimos 30 dias é predominantemente baixa a moderada em ambos os grupos mas no entanto, o tratamento é considerado importante. A severidade dos problemas é, mais uma vez, significativamente superior no grupo dentro da prisão.

7. Operacionalização de um Perfil do Toxicodependente Fora e

Dentro da Prisão

Feita a análise comparativa dos resultados do ASI fora e dentro da prisão, apresenta-se esquematicamente as características diferenciadoras de um perfil do toxicodependente fora e dentro da prisão:

Perfil do toxicodependente **Fora da Prisão e na Prisão**

- Mais acompanhamento e vigilância médica (mais hospitalizações e mais tratamento médico nos últimos seis meses) no grupo fora da prisão. O grupo dentro da prisão sinaliza menos a doença, designadamente a hepatite C, o que não significa necessariamente que seja um grupo mais saudável.
- Maior preocupação com os problemas médicos bem como maior importância dada ao tratamento no grupo fora da prisão.
- Menor severidade dos problemas médicos no grupo fora da prisão. O grupo dentro da prisão embora manifeste menos preocupação com os problemas médicos e considere o tratamento menos importante, apresenta problemas médicos mais severos.
- Mais anos de escolaridade e um nível de escolaridade superior no grupo fora da prisão.
- Ocupação laboral mais diferenciada e com horário completo no grupo fora da prisão
- Mais carta de condução no grupo fora da prisão.

- Rendimento predominantemente proveniente do próprio trabalho. O grupo dentro da prisão é mais dependente financeiramente de terceiros.
- Mais dívidas no grupo fora da prisão.
- Poucos dias com problemas de emprego nos últimos 30 dias. Esta questão não tem aplicação no grupo dentro da prisão que esteve predominantemente em ambiente controlado nos últimos três anos.
- Menor severidade dos problemas de emprego no grupo fora da prisão.
- Idade de início do consumo de heroína mais tardio e mais policonsumo ao longo da vida no grupo fora da prisão. Também apresentam mais consumos de cannabis e cocaína nos últimos 30 dias.
- Mais tentativas de tratamento e mais diferenciadas (psicoterapias individuais, de grupo e tratamentos residenciais) no grupo fora da prisão. O grupo dentro da prisão apenas referencia desabituções físicas.
- Mais dias de tratamento para os problemas de droga no último mês no grupo fora da prisão.
- Períodos de abstinência não resultante de tratamento com menor duração no grupo fora da prisão. Dentro da prisão, os períodos de abstinência não resultantes de tratamento podem estar relacionados com a maior dificuldade de acesso à droga e à maior flutuação da sua disponibilidade.
- Maior preocupação com os problemas de droga no grupo fora da prisão. Pelo contrário, o grupo dentro da prisão preocupa-se menos mas os seus problemas de droga são avaliados como mais severos.
- Mais acusações de crimes contra a propriedade, de conduta desordeira e de infracções graves de trânsito no grupo fora da prisão, embora em relação a

crimes de violência o grupo dentro da prisão surja com maior expressão.

Também é este grupo que tem mais tempo de prisão ao longo da vida.

- Menor gravidade dos problemas legais e menor importância atribuída ao aconselhamento nesta área no grupo fora da prisão. Pelo contrário o grupo dentro da prisão atribui uma importância muito significativa à ajuda profissional para a resolução dos seus problemas legais.
- Maior satisfação com a situação de com quem vive habitualmente no grupo fora da prisão.
- Tempo livre passado predominantemente com familiares e/ou amigos sem problemas de álcool e/ou drogas no grupo fora da prisão.
- Mais amigos próximos no grupo fora da prisão.
- Mais problemas sérios ao longo da vida com a mãe, pai, irmãos, familiares significativos, amigos e vizinhos no grupo fora da prisão.
- Mais abusos físicos e sexual ao longo da vida no grupo fora da prisão.
- Maior preocupação com os problemas familiares no grupo fora da prisão.
- Maior importância dada ao tratamento para os problemas familiares no grupo fora da prisão embora o grupo dentro da prisão tenha problemas avaliados como mais severos.
- Mais dificuldades de compreensão, concentração ou recordação nos últimos 30 dias, mais ansiedade séria, mais alucinações e mais tentativas de suicídio ao longo da vida, no grupo fora da prisão. No entanto, o grupo dentro da prisão é considerado como tendo mais problemas psicológicos mais severos.
- Menos deprimidos na altura da entrevista no grupo fora da prisão.

8. O Pedido de Ajuda

O acesso ao tratamento do grupo fora da prisão parece ter um papel importante no percurso de vida do toxicodependente, nomeadamente na prevenção da não entrada na prisão, permitindo um evoluir existencial mais adaptado à realidade (interna e externa).

Foi já referido que os principais parâmetros no estudo do pedido de ajuda, prendem-se com as influências da rede social, das características sociodemográficas, da disponibilidade e acessibilidade dos tratamentos e ainda de características ligadas à necessidade como é a severidade dos problemas (Mckinley 1980, Andersen 1968, Aday & Andersen, 1974 - cit. Eland-Goossensen, 1997). Power et al. (1992), reforçam a ideia de que não somente a severidade dos problemas influencia o pedido de ajuda, mas também a questão do reconhecimento/preocupação e da necessidade de ajuda. Parece útil a distinção entre necessidade de ajuda experienciada e expressa no sentido em que a primeira pode não conduzir à concretização do tratamento, enquanto que a segunda traduz-se por um pedido de ajuda.

De acordo com a literatura, a comparação entre os grupos estudados dos índices globais de severidade dos problemas (Quadro 1/Gráfico 1), de preocupação (Quadro 2/gráfico 2) e da necessidade de ajuda (Quadro 3/Gráfico 3), poderá ser útil à compreensão do pedido de ajuda feito por uns mas não por outros ou, pelo menos, em menor quantidade e qualidade (os toxicodependentes detidos referiram menos tratamento e menos diferenciado, para os problemas de droga). Note-se que

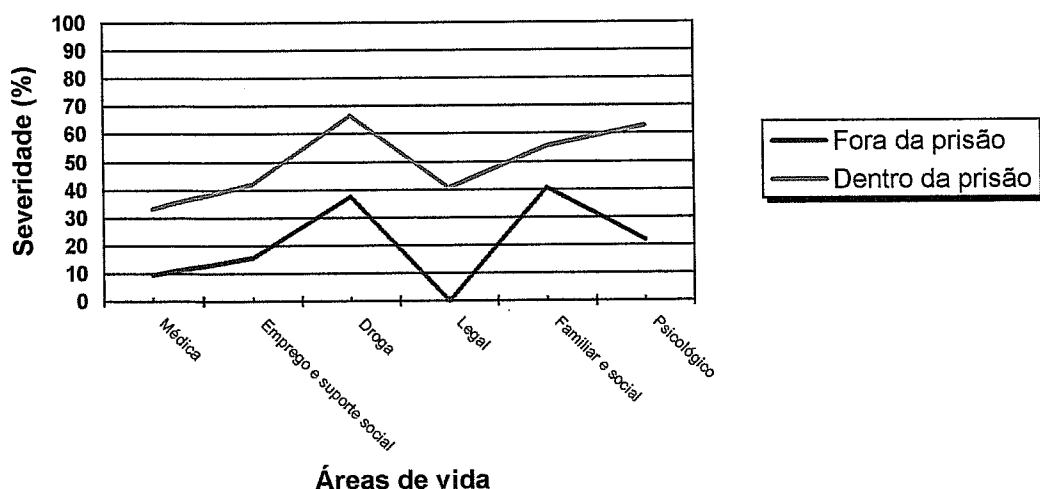
interessa sobretudo as pontuações mais elevadas, isto é na escala do entrevistador os valores que traduzem uma severidade considerável (acima de 4) e, na escala do paciente, os valores que correspondem a preocupação e necessidade de tratamento importantes (acima de 2).

Na análise do Quadro 1/Gráfico 1, destaca-se claramente a maior severidade dos problemas nas diferentes áreas de vida na amostra prisional. O traçado global é semelhante em ambos os grupos, salientando-se a divergência na severidade dos problemas psicológicos que têm particular expressão no grupo dentro da prisão. Fora e dentro da prisão destaca-se a severidade dos problemas de droga e familiares/sociais.

Quadro 1 - Severidade (%) dos problemas nas diferentes áreas de vida

ÁREAS DE VIDA	FORA DA PRISÃO n=32	DENTRO DA PRISÃO n=27
Médica	9.7	33.3
Emprego e suporte social	15.6	42.3
Droga	37.5	66.7
Legal	.00	40.7
Familiar e social	40.6	55.6
Psicológico	21.9	63.0

Gráfico 1 - Severidade dos problemas nas diferentes áreas de vida

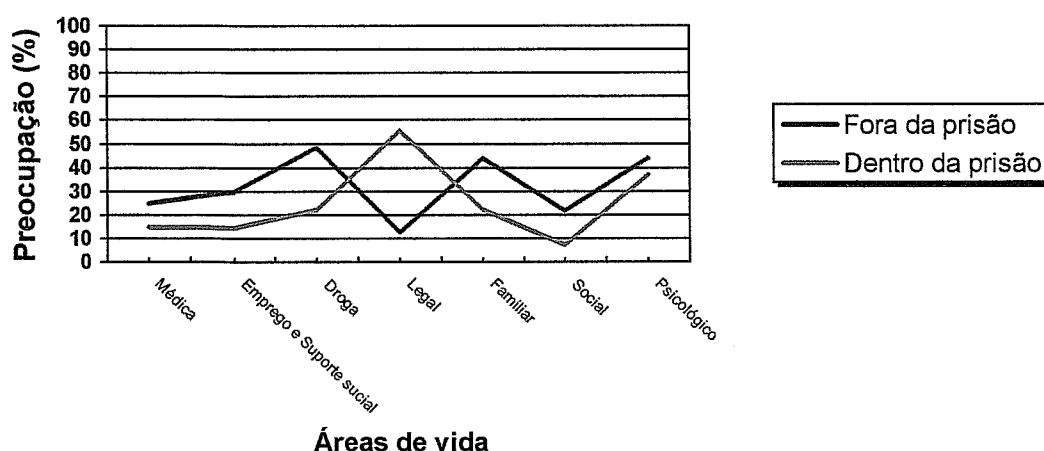


A preocupação (Quadro2/Gráfico2) expressa pelo grupo fora da prisão em relação aos problemas nas diferentes áreas de vida, é superior aquela que o grupo dentro da prisão assume, com excepção dos problemas legais que constituem fonte de especial preocupação para os toxicoddependentes detidos. Note-se que a semelhança do traçado global da preocupação nos dois grupos em estudo apenas é quebrada pela área legal.

Quadro 2 - Preocupação (%) com os problemas nas diferentes áreas de vida

ÁREAS DE VIDA	FORA DA PRISÃO n=32	DENTRO DA PRISÃO n=27
Médica	25.0	14.8
Emprego e suporte social	30.0	14.3
Droga	48.4	22.2
Legal	12.5	55.6
Familiar	43.8	22.2
Social	21.9	7.4
Psicológico	43.8	37.0

Gráfico 2 - Preocupação com os problemas nas diferentes áreas de vida



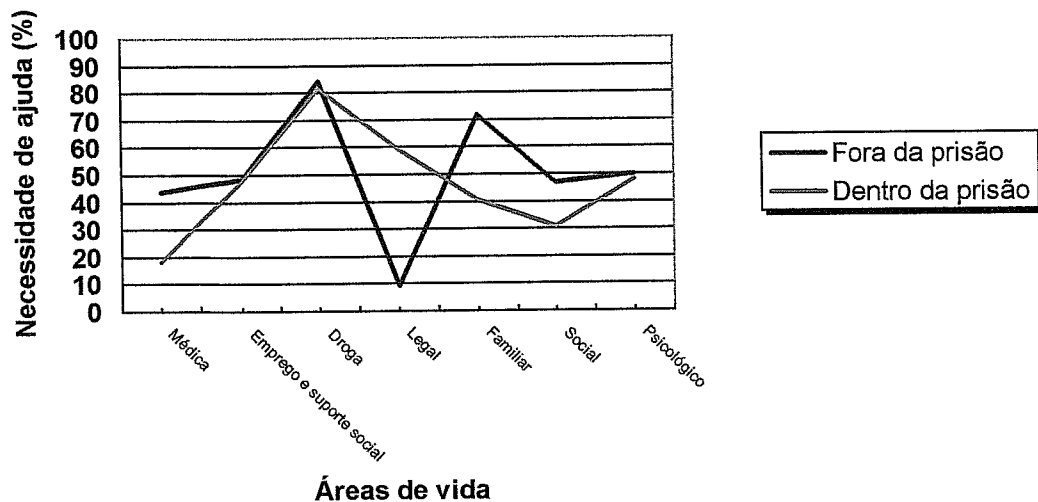
A necessidade de ajuda nas diferentes áreas de vida, apresenta um padrão diversificado em ambos os grupos (Quadro 3/Gráfico 3).

No grupo fora da prisão, a necessidade de ajuda é particularmente importante nas áreas de vida ligadas à droga e à família. No grupo dentro da prisão destaca-se a necessidade de ajuda para os problemas de droga.

Quadro 3 - Necessidade de ajuda (%) para os problemas nas diferentes áreas de vida

ÁREAS DE VIDA	FORA DA PRISÃO n=32	DENTRO DA PRISÃO n=27
Médica	43.8	18.5
Emprego e suporte social	48.4	47.6
Droga	84.4	81.5
Legal	9.4	59.3
Familiar	71.9	40.7
Social	46.9	30.8
Psicológico	50.0	48.1

Gráfico 3 - Necessidade de ajuda para os problemas nas diferentes áreas de vida



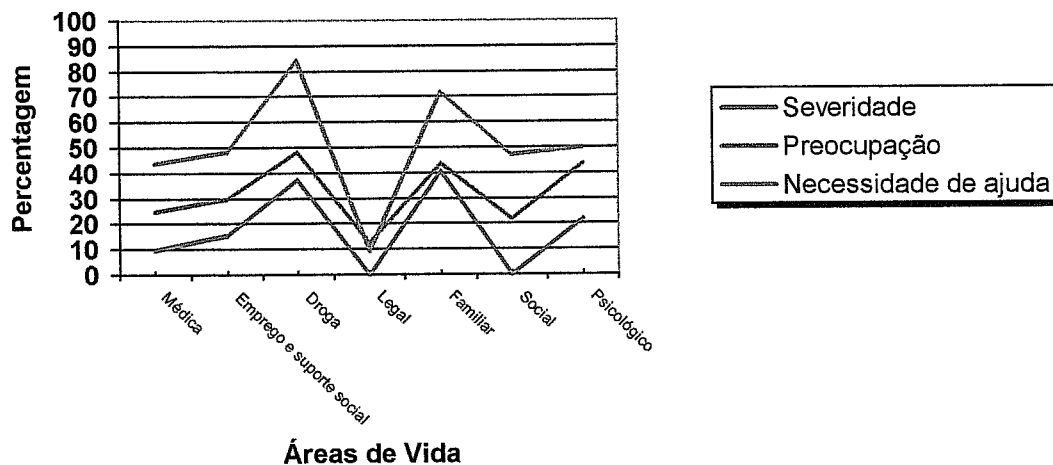
Relacionando a preocupação com os problemas e a necessidade de ajuda, constata-se que no grupo fora da prisão (Quadro 4/Gráfico 4) o reconhecimento e a valorização dos problemas tendem a ser acompanhados da expressão da necessidade de ajuda, enquanto que no grupo dentro da prisão (Quadro 5/Gráfico 5) esta sintonia nem sempre acontece. Sinaliza-se no entanto, a semelhança entre os grupos em termos de necessidade de ajuda nas áreas de vida do consumo de droga e funcionamento psicológico (não obstante o grupo dentro da prisão ter referido menor preocupação que o grupo fora da prisão). No caso dos consumos, esta contradição entre a preocupação baixa e a necessidade de ajuda elevada, parece reenviar para ambivalência do pedido de ajuda que, muitas vezes, se traduz por passividade, motivações flutuantes, e *drop-outs* precoces.

Quadro 4 - Severidade (%), preocupação (%) e necessidade de ajuda (%) nas diferentes áreas de vida, no grupo fora da prisão (n=32)

ÁREAS DE VIDA	SEVERIDADE	PREOCUPAÇÃO	NECESSIDADE DE AJUDA
Médica	9.7	25.0	43.8
Emprego e suporte social	15.6	30.0	48.4
Droga	37.5	48.4	84.4
Legal	0	12.5	9.4
Familiar	40.6*	43.8	71.9
Social	0	21.9	46.9
Psicológico	21.9	43.9	50.0

*Refere-se às áreas familiar e social em conjunto

Gráfico 4 - Severidade, preocupação e necessidade de ajuda - Grupo fora da prisão

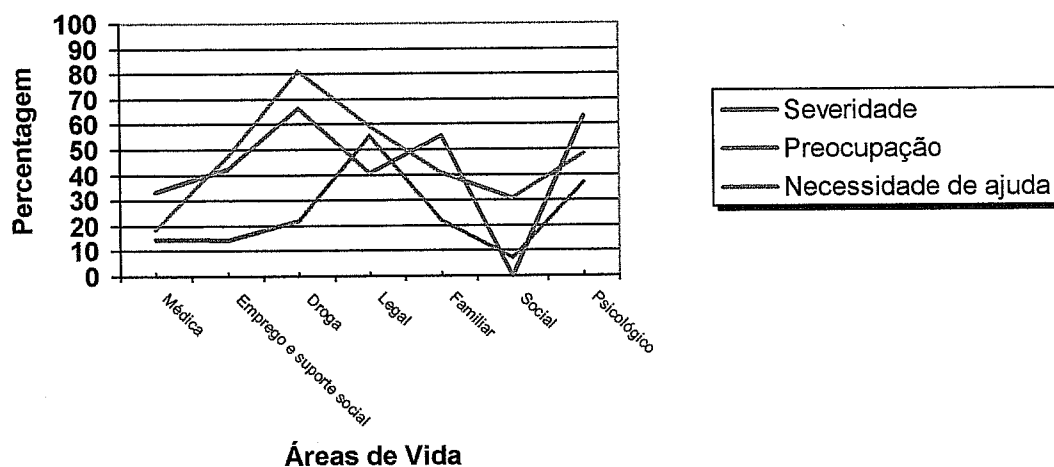


Quadro 5 - Severidade (%), preocupação (%) e necessidade de ajuda (%) nas diferentes áreas de vida, no grupo dentro da prisão

ÁREAS DE VIDA	SEVERIDADE	PREOCUPAÇÃO	NECESSIDADE DE AJUDA
Médica	33.3	14.8	18.5
Emprego e suporte social	42.3	14.3	47.6
Droga	66.7	22.2	81.5
Legal	40.7	55.6	59.3
Familiar	55.6*	22.2	40.7
Social	0	7.4	30.8
Psicológico	63.0	37.0	48.1

*Refere-se às áreas familiar e social em conjunto

Gráfico 5 -Severidade, preocupação e necessidade de ajuda - Grupo dentro da prisão



Recorrendo ao modelo de Eland-Goossensen (1997) das vias do processo de procura de ajuda já apresentado, o grupo fora da prisão situa-se predominantemente na via D, isto é, expressam preocupação e necessidade de ajuda elevadas. No grupo dentro da prisão, salienta-se a via A, isto é, preocupação e necessidade de ajuda baixas mas surge uma via menos usual (via B) em que a preocupação é baixa mas a necessidade de ajuda é elevada

Conclusões

Os resultados do estudo comparativo dos dois grupos fora e dentro da prisão, corroboram outros estudos que já tinham mostrado que o abuso de drogas coincide com a existência de problemas graves noutras áreas de vida designadamente, problemas médicos, de suporte social, sociofamiliares, legais e psicológicos. O grupo dentro da prisão emerge com uma maior severidade de problemas nas referidas áreas, embora a sua preocupação face aos mesmos e a necessidade de ajuda não sejam predominantemente elevadas; aliás é o grupo fora da prisão, não obstante a severidade dos seus problemas ser avaliada como menor, que se preocupa mais e considera mais importante o tratamento.

A literatura tem demonstrado também que os toxicodependentes em tratamento apresentam mais problemas sociais, mais crimes relacionados com o consumo de drogas e mais distúrbios depressivos do que os toxicodependentes fora do tratamento, mesmo quando a duração e a severidade da toxicodependência é comparável nos dois grupos. Os toxicodependentes sem tratamento parecem ser mais capazes de prevenir os efeitos negativos do uso de drogas. É com certeza um quadro que não se aplica aos toxicodependentes detidos que, como se viu, procuraram significativamente menos os programas de tratamento disponíveis na comunidade livre.

Os resultados do presente estudo parecem apontar para um grupo em tratamento com um funcionamento mental mais próximo da posição depressiva,

com uma maior consciência dos seus problemas nas diferentes áreas, manifestando preocupação e necessidade de tratamento coerentes. Parece ter um relacionamento mais seguro com a realidade, com a prevalência da integração, ambivalência, ansiedade depressiva e culpa.

O grupo dentro da prisão que, como se viu, fez menos tentativas de tratamento ao longo da vida e menos diferenciadas, parece ter um funcionamento mental mais próximo da posição esquizo-paranóide, não assumindo a responsabilidade do pensar (e conseqüentemente da dor psíquica/frustração). Sistemáticamente considera ter menos problemas que o grupo fora da prisão, afirma não se preocupar, tende a não considerar o tratamento importante (também acontece dizer que não se preocupa mas considerar o tratamento importante, como é o caso da área dos problemas de consumo), mas os seus problemas são sempre avaliados como severos. A área dos problemas legais é a única que é considerada de forma muito clara como preocupante e com necessidade de ajuda como se, resolvida a situação presente frustrante e angustiante, tudo ficasse bem. Parece legítimo pensar no ataque à realidade por identificação projectiva, isto é, ataque a tudo o que possa vincular, ligar objectos uns aos outros. A integração dos problemas das várias áreas, a comunicação entre experiências boas e más não ocorre e resta a identificação projectiva (patológica) que permite o alívio imediato da ansiedade e o controle intimidador do objecto (não há preocupação nem necessidade de tratamento). Todo o mal é colocado na situação imediata de estar preso, expulsando uma parte de si mesmo (que contém os problemas nas outras áreas de vida - mau objecto) e identificando-se com o não projectado.

O facto do grupo fora da prisão ter feito mais tentativas de tratamento e aderido a formas de intervenção psicoterapêutica terá permitido o acesso a relações humanas nutrientes e correctivas que tenderam a despertar a capacidade relacional e a normatividade. Estas experiências conducentes a períodos de abstinência mais ou menos longos com avanços na capacidade de pensar e da individuação/autonomia, parecem afastar o toxicodependente da entrada/permanência no sistema prisional. Para Domingos Neto (1996), quando a pessoa abstinente acede à vivência de sentimentos bons e maus e se habitua minimamente a suportá-los, nunca mais regressa ao mundo da droga, podendo apenas ter recaídas leves. Estas experiências terão falhado no grupo dentro da prisão que se mantem num padrão defensivo que abdica da tomada de consciência da dor psíquica. Wurmser (1986) diz que "ter consciência é um fardo demasiado pesado".

Não se pode deixar de pensar no evoluir existencial dos toxicodependentes reclusos, grupo mais desfavorecido nas oportunidades terapêuticas que teve ao longo da vida e com um quadro de problemas médicos, de emprego/suporte social, sociofamiliares, legais e psicológicos mais severos, num contexto também particularmente desfavorecido em termos de saúde. Caracterizou-se o funcionamento do sistema prisional enquanto grupo à luz dos modelos teóricos de Bion e de Elliott Jacques e não se pode deixar de pensar nos efeitos interactivos do encontro toxicodependência/reclusão, provavelmente pouco benéficos para ambos os lados: pessoas que necessitam de contenção, firmeza aliada à compreensão, pessoas que necessitam de pessoas com *holding* suficiente que possam ser continentes suficientemente seguros e capazes de transformação das

agressividades, das angústias, dos medos violentamente projectados, em algo nomeável, pensável e, portanto, introjectável; do outro lado pessoas vocacionadas para o garante da segurança, para a prevenção específica e geral (no sentido de que a prisão possa impedir que a pessoa continue a cometer delitos e que isso aconteça no futuro, acreditando que a reclusão permita a sua reeducação e reinserção adequadas), pessoas que, enquanto grupo, tendem a organizar-se em suposto básico de ataque e fuga como defesa contra as ansiedades paranóides. Parece ser um encontro dramático entre aqueles cujo narcisismo maligno perturba a relação com o mundo interno e externo e os que sofrem o aumento incomportável da ansiedade psicótica e se protegem contra um bode expiatório - os "drogados" - que é fonte dos males diários de quem trabalha no contexto prisional.

O pedido de ajuda surge como acontecimento de vida capaz de distinguir os toxicodependentes que nunca foram detidos e os que foram detidos e/ou condenados. As diferenças significativas encontradas nos diversos aspectos do funcionamento da pessoa fora e dentro do contexto prisional apontam para a ideia de que se trata de populações diferentes, isto é, a rejeição de H_0 a favor de H_1 . Parece não ser muito legítimo falar-se de um percurso de vida toxicodependente em que a passagem pela prisão é uma etapa mais ou menos inevitável, à medida que a carreira de utilização de drogas se prolonga. Na verdade, os toxicodependentes fora da prisão com uma média de idades e uma carreira de utilização de drogas com uma longevidade semelhantes ao grupo dentro da prisão, têm um contacto mínimo com o sistema prisional. Para alguns a sinalização judicial terá sido importante para o seu encaminhamento para as estruturas de tratamento ou terá, de alguma forma criado a necessidade do tratamento.

A triagem e a integração dos toxicodependentes nas estruturas de tratamento da comunidade livre, parecem ter um papel fundamental em termos de não entrada no sistema prisional. As razões porque um determinado número de toxicodependentes permanece mais ou menos à margem dessas estruturas e vão cometendo delitos que os conduz à prisão e as penas cada vez mais severas, são com certeza várias e de análise complexa. Sem dúvida que o aprofundamento das questões ligadas ao funcionamento sociofamiliar e à psicopatologia poderá ser útil à compreensão desta exclusão.

Segundo Cândido de Agra (1988), o tipo delinquente-toxicodependente é largamente maioritário no contexto prisional o que significa que se trata de uma pessoa cujo comportamento de consumo é subsequente ao comportamento delinquente. Pelo contrário, fora da prisão poder-se-á falar do predomínio do toxicodependente-delinquente que conduziu a sua vida abrigado da delinquência e da criminalidade.

Patrício (1995) também aborda a questão do toxicodependente delinquente ou não e considera tratar-se de situações distintas. Afirma que os consumos, a escalada nas drogas, a escolaridade e a culpabilidade parecem ser maiores nos toxicodependentes do que nos delinquentes. O consumismo em geral, o prazer do delito, a rejeição social, a mentira, a manipulação, os defeitos de carácter e a agressividade, parecem ser mais intensos nos delinquentes.

Apresenta o quadro seguinte para diferenciar qualitativamente as duas situações:

Características	Delinquente	Toxicodependente
Delíto	Profissional	Amador
Delíto	Afirmação	Meio
Delíto-história pessoal	Todos	Alguns
Delíto-impacto	Agradável	Desagrável
Delíto-projectos	Crescentes	Manutenção ou anulação
Rejeição do exterior	Agradável	Desagradável
Agressividade	Para os outros	Para o próprio
Controle e limites	Não aprendeu	Anda esquecido
Auto-imagem	Favorável	Desfavorável
Sexualidade	Desorganizada	Muitas vezes nula
Drogas	Alguns	Todos
Dependência	Alguns	Todos

Luís D. Patrício, 1995, Droga de Vida, Vidas de Droga, p152

Estas posições reenviam para personalidades e psicopatologia distintas nos toxicodependentes fora e dentro da prisão, carregando o quadro clínico do grupo dentro da prisão. São questões que exigem um estudo aprofundado que ultrapassa os limites da presente investigação, designadamente o estudo do evoluir psíquico (e do adoecer psíquico) no decurso do cumprimento de uma pena de prisão.

Finalmente importa inventariar as limitações metodológicas do estudo realizado.

O facto das amostras prisional e não prisional, serem amostras por conveniência e portanto ter sido feita uma comparação de médias entre grupos não previamente emparelhadas, remete os resultados encontrados para o seu valor exploratório. No entanto, embora o processo de amostragem por conveniência seleccione os sujeitos em função do grau de disponibilidade e de acessibilidade e

não se possa falar em representatividade, considera-se ter sido possível evitar um enviesamento sistemático.

Em termos de confiança e validade da informação recolhida há que ter sempre presente a sua fonte (*self-report*) e os enviesamentos inerentes, designadamente na área dos problemas de droga. No estudo realizado, os resultados dentro do contexto prisional poderão estar subestimados, especialmente nos relatos de consumos nos últimos 30 dias.

A nível da medição emerge a necessidade de instrumentos de avaliação que aprofundem a informação fornecida pelas subescalas dos funcionamentos sociofamiliar e psicológico.

Numa perspectiva futura poderá pensar-se na aplicação do APGAR Familiar, uma escala desenvolvida por Smilkstein (1978) para a avaliação de alguns aspectos do relacionamento com os pais, designadamente como o toxicodependente os valoriza, a autonomia que é ou não favorecida, o suporte disponibilizado, etc. Domingos Neto (1996) utilizou na sua investigação relativa ao tratamento combinado e por etapas dos toxicodependentes, um instrumento de medida - Interview Schedule for Social Interaction (Henderson 1980, 1988) que se afigura útil à avaliação das capacidades de adaptação e de interacção social, relacionado-as com a vinculação e a possibilidade de formação do bom objecto interno.

O aprofundamento de algumas variáveis psicopatológicas poderá ser feito através da aplicação do SCL 90 - R (Hopkins Symptom Distress Checklist 90 -

revised, Derogatis 1976, 1977 e 1983) ou o Mini Multi , uma forma abreviada do MMPI (Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota).

Relativamente ao estudo do pedido de ajuda no decurso da carreira de utilização de drogas, a importância da experiência subjectiva dos problemas e da sua tradução em preocupação e necessidade de ajuda, deixa em aberto o aprofundamento dos factores que contribuem para o acesso a esta vivência. A possibilidade de se comparar os grupos já estudados (fora e dentro do contexto prisional) com um grupo de toxicodpendentes de rua poderia ser enriquecedora para uma melhor compreensão do comportamento de pedido de ajuda.

BIBLIOGRAFIA

Abelaira, R. (1992). Uma contribuição ao estudo da patologia da separação-individação na adolescência (Tese de Mestrado). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Agra, C. (1993). Dizer a droga ouvir as drogas, estudos teóricos e empíricos para uma ciência do comportamento aditivo. Porto: Radicário.

Agra, C. (1998). Entre droga e crime. Lisboa: Editorial Notícias.

Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D. (1982). Psychopathologie de l'enfant. Paris: Masson.

American Psychological Association (1994). Publication manual of the Psychological Association (4th ed.). Washington, D. C..

Barreto, H. (1992/1993). Padrões familiares e educabilidade cultural - Uma proposta de operacionalização do modelo Família-Comunidade de Meltzer com o Modelo Circumplexo de Olson em famílias de heroinómanos. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Ben-Yehuda, N. Schindell, B. J. (1981). The addict's family of origin: An empirical survey analysis. The International Journal of Addictions, 16 (3), 505-525.

Bergeret, J. & Reid, W. (Eds.) (1991). Narcisismo e estados-Limite. Lisboa: Escher.

Bergeron, M. (1982). Psicologia da primeira infância. Lisboa: Pulicações Dom Quixote.

Bertagne, P. Pedinielli, J. L. Rouan, G. (1997). Psychopatologie des addictions. Paris: Presses Universitaires.

Bion, W. R. (1970). Experiências com grupos. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1968).

Bion, W. R. (1984). Transformations. London: Maresfield Reprints.

Bion, W. R. (1991). O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada em 1962).

Blanken, P. Hendriks, V. Pozzi, G. Tempesta, E. Hartgers, C. Koeter, M. Fahrner E. M. Gsellofer, B. Kufner, H. Kokkevi, A. Uchenhagen, A. (1994). European Addiction Severity Index (EuropASI): A guide to training and administering EuropASI interviews.

Blatt, S. J. , Berman, W. H. (1990). Differentiation of personality types among opiate addicts. Journal of Personality Assesment, 54 (1-2), 87-104.

Brooner, R. K. King, V. L. Kidorf, M. Schmidt, C. W. Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment - seeking opioid abusers. Arch Gen Psychiatry, 54, 71-80.

Burnier, T. M. S. (1995). Conceito de comunidade terapêutica. Comunicação apresentada no III Encontro Luso Brasileiro de Grupanálise e Psicoterapia Analítica de Grupo.

Cadeia Nacional de Lisboa - Seu significado no problema penal português, sua história e descrição. (1917). Lisboa: Oficinas Gráficas da Cadeia Nacional.

Cancrini, L. Constantini, D. Mazzani, S. (1985). Drug addiction among young People: A study of typology and its relevance to treatment programs. Bulletin On Narcotics, 37, 2-3.

Cancrini, L. Gingolani, S. Compagnoni, S. et al (1988). Juvenile drug addiction: A typology of heroin addicts and their families. Family Process, 27 (3), 261-271.

Chamó, L. (1997). Enfoque ecosistemico de las drogadicciones. Toxicodependências, 3 (3), 9-16.

Cunha, M. I. (1994). Malhas que a reclusão tece: Questões de identidade numa prisão feminina. Lisboa: Gabinete de Estudos Jurídico-sociais do Centro de Estudos Judiciários.

Cunha, M. I. (1996). Corpo recluso - Controle e resistência numa prisão feminina. Sem outras referências.

Dias, C. A. (1980). A Influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano. (Tese de Doutoramento). Coimbra.

Dias, C. A. (1988). Para uma psicanálise da relação. Porto: Edições Afrontamento.

Dias, C. A. (1991). Ali Baba - Droga uma neurose diabólica do século vinte. Lisboa: Escher.

Dias, C. A. (1997). Tabela para uma nebulosa. Desenvolvimentos a partir de Wilfred R. Bion. Lisboa: Fim de Século.

Direcção Geral dos Serviços Prisionais (1989). Temas penitenciários, 2.

Lisboa.

Direcção Geral dos Serviços Prisionais (1991). Temas penitenciários, 5 e 6.

Lisboa.

Eland- Goossensen, M. A. (1997). Opiate addicts in and outside of treatment: Different populations? IVO Series 15.

Elzo, J. Pantoja, L. Laespada, T. (1996). Drugs and delinquency: A therapeutic alternative to imprisonment. Itaca, 1 (I), 21-30.

Erickson, E. H. (1968). The life cycle: Epigenesis of identity. Identity, youth and crisis. London: Faber & Faber.

Ershoff, D. Radcliffe, A. Gregory M. (1997). Avaliação do programa de recuperação de dependência química do "Southern Kaiser - Permanente": resultados de um estudo de avaliação do tratamento em ambiente HMO. Journal of Addictive Diseases, Ed. Port., 3 (I), 11-34.

Escohotado, A. (1992). Historia de las drogas (3ª ed.) (Vols. 1, 2 e 3). Madrid: Alianza editorial.

Escohotado, A. (1997). Historia elemental de las drogas (2º ed.). Barcelona: Editorial Anagrama.

Fernandes, L. Agra, C. (1991). Uma tipologia urbana das drogas. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga Lisboa: Ministério da Justiça.

Ferreira, E. V. (1997). Efeitos socio-demográficos e socio-relacionais sobre o processo de tratamento de toxicómanos. Toxicodependências, 3 (3), 55-64.

Foucault, M. (1997). Vigiar e punir (15ª ed.). Petropolis: Vozes. (Obra original publicada em 1975).

Foucault, M. (1997). História da loucura (5º ed.). São Paulo: Editora Perspectiva. (Obra original publicada em 1972).

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K. (1990). Clinical applications of cognitive therapy. New York: Plenum Press.

Freeman, P. M. (1977). Comportamento Criminoso. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (1990). Estudos em meio prisional. Lisboa.

Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (1994). Droga e sociedade - O novo enquadramento legal. Lisboa.

Genovés, G.V. (1984). Delinquencia y sociedad. Sem outras referências.

Godinho, J. & Costa H. (1997). Avaliação de uma população em seguimento nos CAT's Setúbal /Almada. Toxicodependências, 3 (3), 49-53.

Gomes, A. A. (1993). Psicoterapia institucional e psiquiatria de sector no meio prisional português. Análise Psicológica, XI, 61-73.

Gomes, A. A., Eliseu, M. J. (1992). Para um perfil psicossocial e de personalidade em reclusos por internamento agudo por toxicofilia. Ciclo de Conferências sobre Toxicodependências. Universidade do Porto.

Gomes, A. A. et al (1986). Contribuição para o estudo das toxicodependências em Portugal: Uma abordagem institucional. Comunicação apresentada no I Encontro Sobre Prevenção de Consumos Tóxicos. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Gómez F. et al. (1998). Factores asociados a la severidad de la recaída en pacientes heroínómanos. Toxicodependências, 4 (1), 25-34.

Gonçalves, O. (1993). Terapias cognitivas - Teoria e prática. Porto: Ed. Afrontamento.

Grinberg, L. et al (1972). Introducción a las Ideas de Bion. Nueva Vision.

Grotstein, J.S. (1985). A divisão e a identificação projectiva. Rio de Janeiro: Imago Editora, Lda. (Obra original publicada em 1981).

Hendriks, V. M. Kaplan, C. D. Limbeek, J. Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: Reliability and validity in a dutch addict population. The Journal of Substance Abuse Treatment, 6, 133-141.

Hinsewood, R.D. (1991). A Dictionary of Kleinian Thought. London: Free Association Books.

Inem, C. L., Acselrad, G. (orgs.) (1993). Drogas: Uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Ed. Imago.

Jaques, E. (1955). Des systèmes sociaux comme défenses contre l'anxiety dépressive et de persécution. Contribution a l'étude psychanalytique des processus sociaux. In Lévy, A (1978), Psychologie Social - Textes Fondamentaux anglais et américains. Tomme II. Paris: Dunod.

Jones, H. (1965). O Crime numa sociedade em evolução. Coimbra: Atlântida Editora.

Joyce-Moniz, L. (1992). Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto. Lisboa: Ed. McGraw-Hill.

Kaplan, H. I. Sadock, B. J. (1984). Compêndio de psiquiatria dinâmica. Porto Alegre: Artes Médicas.

Keating, M. L. (1994). Toxicodependentes na prisão/metodologias de intervenção. Comunicação. Comunicação apresentada nas Jornadas de Avaliação do Plano de Apoio a Reclusos com Problemas de Droga/Toxicodependência, Centro de Formação Penitenciária, Caxias.

Keating, M. L. (1996). Modelo de abordagem e estratégias de intervenção para toxicodependentes em meio prisional. Comunicação apresentada no II Encontro Sobre Toxicodependências do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, Maia.

Kernberg, O. (1989). Les Troubles Limites de la Personnalité. Paris: Ed. Privat.

Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In Obras Completas de Melanie Klein, Vol. III, trad. da 4ª ed. inglesa. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Klein, M. (1991). Sobre a identificação. In Obras Completas de Melanie Klein, Vol. III, trad. da 4ª ed. inglesa. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Kosen, T. R. Bruce, M. D. Rounsaville, M. D. Kleber, H. D. (1983). Concurrent validity of the Addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Disease, 171 (10), 606-610.

Kuhn, T. (1983). La structure des révolutions scientifiques. Paris: Flammarion. (Obra original publicada em 1962).

Laplanche & Pontalis, J. (1970). Vocabulário de psicanálise. Lisboa: Moraes Editores. (Obra original publicada em 1967).

Lipovetsky, G. (1988). A Era do vazio. Ensaio sobre o individualismo contemporâneo. Lisboa: Relógio D' Água.

Lipovetsky, G. (1989). O Império do efêmero. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Lourenço Martins, A. G. (1998). Os sistemas penais, o tráfico e o consumo de drogas. Toxicodependências, 4 (1), 65-82.

Mahler, M. S. (1982). O Processo de separação individualização. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marijuán, J. G. (1990). Optimización del model de interveción penitenciaria. Comunidad y drogas. Monografías, 12, 15-25.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

McLellan, A. T. Luborsky, L. Woody G. E. et al. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The addiction Severity Index. The Journal of Nervous and Mental Disease, 168 (1), 26-33.

McLellan, A. T., O'Brien, C. P. Kron, R. et al. (1980). Matching substance abuse patients to appropriate treatment: A conceptual and methodological approach. Drug and Alcohol Dependence, 5, 189-195.

McLellan, A. T. Luborsky, L. et al. (1985). New data from Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. The Journal of Nervous and Mental Disease, 173 (7), 412-423.

McLellan, A. T. Luborsky, L. (1989). Guide to the Addiction Severity Index: Background, administration and field testing results. National Institute of Drug Abuse. Washington DC-US Government Printing.

McLellan, A. T. Patrikh, G. Bragg, A. Cacciola, J. et al. (1990). Fifth edition of the Addiction severity Index: Administration manual. USA: Penn-VA Center for Studies of Addiction.

McLellan, T. Hagan, T. A. Meyers, K. Randall, M. Durell, J. (1998). Tratamento "intensivo" do abuso de substâncias: Comparações com o tratamento ambulatorio "tradicional". Journal of Addictive Diseases, 2 (2), 85-111.

Meltzer, D. (1990a). Metapsicologia Ampliada. Buenos Aires: Spatia.

Meltzer, D. (1990b). O conflito estético: o seu lugar no processo de desenvolvimento. Psicanálise, 8, 5-29.

Meltzer, D. & Harris, M. (1990c). Família y comunidade. Buenos Aires: Ed. Unilfac.

Mendes Leal, M. R. (1996). Dimensionamento do proprius, acto - emoção - cognição. Comunicação apresentada nas Jornadas da Unidade de Acompanhamento de Reclusos Toxicodependentes/Ala G, Estabelecimento Prisional de Lisboa, Lisboa.

Miguel, N. (1998). A realidade em portugal: Alguns números. Toxicodependências, 4 (1), 3-8.

Ministério da Justiça (1988). Execução das medidas privativas de liberdade. Lisboa.

Ministério da Justiça (1988). Lei orgânica dos Serviços Prisionais. Lisboa.

Moratalla, T. (1996). Adictos, famílias y sistemas de intervención. Toxicodependências, 2 (1), 67-73.

Nadeau, L. (1996). Les pièges de l' intervention avec les résidants d' une communauté thérapeutique em milieu carcéral. Toxicodependências, 2 (3), 61-68.

National Institute on Drug Abuse (1982). Assessing treatment: The conduct of evaluation within drug abuse treatment programs. DHHS publication N° (ADM)82-1218. Pennsylvania.

National Institute on Drug Abuse (1985). Guide to the Addiction Severity Index: Background, administration and field testing results. DHHS publication N° (ADM)85-1419. Pennsylvania.

Negreiros J. (1998). Relação entre o consumo de álcool e drogas e comportamentos anti-sociais nos jovens. Toxicodependências, 4 (1), 51-58.

Neto, D. (1987). Terapia familiar sistémica, terapia psicanalítica e mudança institucional. Boletim Informativo dos Internos de Psiquiatria do HMB, 3.

Neto, D. (1990a). Deixar a droga. Tratamento para os anos 90. Lisboa: Edições 70.

Neto, D. (1990b). Tratamento combinado de toxicodependentes. Revista da Ordem dos Médicos, Set., 26-28.

Neto, D. (1996). Tratamento combinado e por etapas de heroíno-dependentes: Características e evolução de uma amostra. Lisboa: Universitária Editora.

Olivenstein, C. (1987). La souffrance du sujet desintoxiqué - in La Clinique du Toxicomane. Paris: Editions Universitaires.

Olson, D. et al. (1983). Families - What makes them work. California: Sage Publications, Inc.

Pereira A. (1999). Guia prático de utilização. Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. Lisboa: Edições Sílabo.

Pestana, M. H. & Gageiro J. N. (1998). Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.

Petot, J. M. (1982). Melanie Klein, le moi et le bon object - 1932-1960. Paris: Collection Psychismes.

Pichot, P. Fernandes, B. (1983). Um século de Psiquiatria e a Psiquiatria em Portugal. Paris: Roche.

Pires, S. (1997). Os Discursos sociais sobre as drogas - Uma análise crítica (Tese de Mestrado). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Power, M.; Wykes, T.. The mental health of mental models and the mental models of mental Health. Sem outras referências.

Presidência do Conselho de Ministros (1996). Resolução do Conselho de Ministros nº 62/96. Diário da República, Nº 100/96, Série I - B. Lisboa.

Presidência do Conselho de Ministros e Ministério da Justiça(1999). Despacho conjunto nº 596/99. Diário da República, Nº 169/99, II Série. Lisboa.

Provedor de Justiça (1999). Relatório sobre o Sistema Prisional.

Quelhas, A. C. (1988). Lógica na cognição esquizofrénica. Análise Psicológica, VI (2), 225-234.

Quelhas, A. C. (1990). Lógica, Psicologia e Psicopatologia. Análise Psicológica, VIII (3), 289-294.

Quelhas A. C. (1996). Raciocínio condicional: Modelos mentais e esquemas pragmáticos. Lisboa: ISPA.

Quelhas, A. C. Cláudio, V. Félix da Costa, N. (1989). Psicopatologia cognitiva. Análise Psicológica, VII (1-2-3), 377-381.

Quelhas, A. C. Power, M. J. (1991). Raciocínio Dedutivo na Depressão. Análise Psicológica, IX (1), 43-52.

Régio de Mendonça, A. (1996). Relações viciadas. Toxicodependências, 2 (3), 29-38.

Reuchlin, M. (1979). Os Métodos em psicologia. Lisboa: Moraes Editora.

Ribeiro, J. S. (1996). Análise e interpretação de dados sobre oferta e procura de drogas sob controle em Portugal - 1978-1994. Lisboa: Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Rodrigues da Silva, H. (1977). Análise da (dis)posição esquizoparanóide da equipa e seus reflexos. Grupanálise, 2.

Rodrigues da Silva, H. (1988a). Um modelo de interpretação do sistema prisional. Comunicação apresentada no I Encontro nacional sobre Saúde Mental em Ambiente Prisional, Centro de Estudos Judiciários, Lisboa.

Rodrigues da Silva, H. (1988b). Aspectos Psicodinâmicos e Biológicos em Psiquiatria Forense. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

Rodrigues da Silva, H. (1988c). Sistema Psiquiátrico e Sistema Prisional.
Comunicação apresentada no 14º Aniversário do Hospital Miguel Bombarda. Lisboa.

Sá, E., et al. (1997). A maternidade e o bebé. Lisboa: Fim de Século.

Segal, H. (1973). Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago Editora Lda.

Siegel, S. (1975). Estatística não paramétrica (para as Ciências do Comportamento). S. Paulo: McGraw-Hill. (Obra original publicada em 1956).

Silva e Sousa, A. (1996). Metadona: Bom/mau objecto de relação familiar. Visão sistémica. Toxicodependências, 2 (3), 23-28.

Spiegel, M. R. (1979). Estatística (11º ed.). São Paulo: McGraw-Hill. (Obra original publicada em 1961).

Spillius E. B. (Ed.). (1991). Melanie Klein hoje (Vols. 1 e 2). rio de Janeiro: Imago Editora.

Tsiboukli, A. (1996). Training programmes for new TC staff: The need for a common curriculum. Itaca, II (1), 25-32.

Varela, F. J. (1989). Connaitre - Les sciences cognitives tendances et perspectives. Paris: Ed. du Seuil.

Venezuela, E. M. (1990). Rehabilitación de drogodependientes en prisión. Criterios basicos. Monografias, 12, 27-41.

Vilhena e Silva, F. (1997). Models of different approaches to drug addiction. Itaca, II (2), 43-75.

Whiteley, J. S. (1994). Attachment, loss and space between. Group Analysis, 27.

WHO (1988). Drug abusers in prisons - Managing their health problems. WHO Regional Publications, European Series, 27. Copenhaga.

WHO (1998). Mental health promotion in prisons. WHO Health in Prisons Project.

Widiger, T. A. & Smith, G. T. (1996). Perturbações pela utilização de substâncias: Abuso, dependência e descontrolo. Toxicodependências, 2 (2), 69-87.

Winnicott D. W. (1995). Privação e delinquência (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1984).

Winnicott, D. W. (1996). Tudo começa em casa (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada em 1986).

Zimmerman, D. E. (1995). Bion: Da teoria à prática - uma leitura didáctica. Porto Alegre: Artes Médicas.

Zimmerman, D. E. Osório L. C. et al. (1997). Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas.