



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**Vinculação e Auto-Conceito em Sujeitos Toxicodependentes
Residentes em Comunidades Terapêuticas**

Ana Filipa Avelino Ramalho

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor Nuno Torres

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Nuno Torres

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de Nuno Torres, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, n.º 19673/2006 publicado no Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

Agradecimentos:

A realização deste trabalho simboliza o concluir de um ciclo, a realização de um sonho. Como tal, não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas que contribuíram para tal marco, e são elas:

Os meus pais, por me terem permitido que tudo isto se tornasse real, por todo o esforço que fizeram, por todo o apoio que me deram, por terem sempre acreditado em mim;

Prof. Dr. Nuno Torres, por ter sido um orientador, no verdadeiro sentido da palavra, e por todo o trabalho desenvolvido em conjunto;

Diogo Oliveira, por ter colaborado comigo não só na recolha dos dados para este estudo, mas em todo o processo da sua elaboração;

Às comunidades terapêuticas que aceitaram participar neste estudo, pela sua disponibilidade;

Bruno Sousa, por ser aquele amigo especial, diferente, único, que sempre me encorajou neste processo, sempre partilhou comigo as dificuldades e obstáculos, que sempre esteve a meu lado;

A todos os meus amigos especiais, por toda a força que só eles me sabem dar, por todos os sorrisos que só eles me sabem “arrancar”.

A todos, um sincero Obrigado!

Resumo

Problema: Os toxicodependentes têm muitas vezes vinculações inseguras e um auto-conceito baixo, o que pode ser visto como um factor de risco na génese de manutenção e recaídas da toxicodependência. **Objectivo:** Este estudo pretende perceber se existe relação entre a vinculação e o auto-conceito e a evolução dos mesmos ao longo do tratamento de sujeitos toxicodependentes. **Método:** Estudo correlacional transversal, que usou uma amostra de 65 sujeitos, recolhida em três comunidades terapêuticas diferentes (uma localizada na margem Sul, outra em Lisboa e outra nos arredores de Lisboa). Foi aplicada a Escala de Vinculação do Adulto, de Canavarro, M. C., Dias, P., Lima, V., 2006, e o Inventário Clínico do Auto-Conceito, de Serra, A. V., 1985. Os resultados mostram que existe uma relação significativa entre vinculação e auto-conceito. Estas variáveis não apresentam correlação com o número de dias do tratamento nas comunidades terapêuticas, mas a correlação entre as mesmas torna-se mais forte com mais tempo de tratamento.

Palavras-chave: Toxicodependência; Vinculação; Auto-Conceito

Abstract

Problem: Drug abusers often have insecure attachments and a low self-concept which can be seen as a risk factor in the genesis and relapse of addiction. **Goal:** This study wants to understand the relationship between attachment and self-concept and their evolution during treatment of drug-addicts. **Method:** Correlational cross study, that used a 65 people sample, gathered in 3 different therapeutic communities (one in the South margin of Tagus river, another in Lisbon and another in Lisbon surroundings). It was applied the Adult Attachment Scale, by Canavarro, M C., Dias, P., Lima, V., 2006, and the Clinical Inventory of Self-Concept, by Serra, A. V., 1985. These variables do not show direct significant relation with the number of treatment days in the therapeutic communities, but the direct relation between these variables becomes stronger with more treatment days.

Keywords: Addiction; Attachment; Self-Concept

Índice:

Introdução	pág.1
➤ Vinculação	pág.4
• Conceitos básicos da teoria da Vinculação	pág.5
• Sistema de Caregiving	pág.9
• Scripts de Base Segura	pág.11
• Vinculação na Idade Adulta	pág.12
• Vinculação Romântica	pág.15
• As duas tradições de avaliar a Vinculação	pág.16
➤ Auto-Conceito	pág.18
• A Influência das Relações no Auto-Conceito	pág.23
• Auto-Conceito e motivação para a abstinência	pág.25
• Avaliação do Auto-Conceito	pág.26
➤ Toxicodependência	pág.26
• A Dependência	pág.28
• Toxicodependência e Vinculação	pág.30
• Comunidades Terapêuticas	pág.32
Método	pág.33
➤ Delineamento	pág.33
➤ Participantes	pág.33
➤ Instrumentos	pág.34
• Escala de Vinculação do Adulto	pág.34
• Inventário Clínico do Auto-Conceito	pág.35
• Estatísticas Descritivas	pág.37
➤ Procedimento	pág.38
Resultados	pág.40
Discussão	pág.47

Conclusão	pág.54
Referências Bibliográficas	pág.56
Anexos	pág.60
➤ Instrumentos	pág.I
• Escala de Vinculação do Adulto	pág.II
• Inventário Clínico do Auto-Conceito	pág.III
➤ Cartas de Consentimento Informado	pág.IV
• Instituições	pág.V
• Participantes	pág.VI
➤ Outputs	pág.VII
• Output A (Estatísticas Descritivas)	pág.VIII
• Output B (Alfas de Cronbach)	pág.X
• Output C (Homogeneidade de Variâncias)	pág.XVI
• Output D (Variáveis Dependentes)	pág.XXI
• Output E (Dias de Tratamento e V.D's)	pág.XXVII
• Output F (Idade de Início dos Consumos e V.D's)	pág.XXXIV
• Output G (Famíliares e V.D's)	pág.XL

INTRODUÇÃO

A pesquisa feita nos últimos tempos mostra que há uma relação entre os acontecimentos da infância, os padrões emocionais e os comportamentos em adulto. A toxicodependência tem sido associada a experiências traumáticas na infância e também a vinculações inseguras, sendo que o sujeito compensará estas falhas através da adição (Torres, Sanches e Neto, 2001).

Existe um predomínio de acontecimentos traumáticos no desenvolvimento de sujeitos toxicodependentes, o que irá dificultar o estabelecimento de relações baseadas numa vinculação segura. O uso de substâncias ilícitas é maior em grupos de vinculação insegura, seja ela ambivalente ou evitante, do que em grupos de vinculação segura (Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R., Troutman, B., 2005).

Há uma evidência clínica de que as experiências de adição dificultam as relações interpessoais. Esta evidência tem dado razões para considerar a adição como uma desordem da vinculação. A teoria da vinculação afirma que a capacidade de desenvolver relações interpessoais saudáveis depende da qualidade das interações precoces de *caregiver* na infância. Estas interações precoces fazem com que os indivíduos criem modelos de trabalho internos do self, que por sua vez vão mediar as relações futuras. Os indivíduos que são seguramente vinculados criam modelos de trabalho internos do self que são dignos de confiança para os outros, ficando assim fácil criar relações e manter a proximidade com os outros. Indivíduos de vinculação insegura, por outro lado, têm uma imagem negativa do self e dos outros. Estes sujeitos têm duas hipóteses: ou ganham uma necessidade exagerada de estar na presença dos outros (vinculação insegura ambivalente), ou evitam ao máximo o contacto próximo com os outros (vinculação insegura evitante) (Rick, A. D., Vanheule, S., 2007).

Bowlby (1969) defendeu a ideia que a natureza das relações precoces torna-se num modelo para as futuras relações, liderando as expectativas e crenças acerca de si próprio e dos outros que influenciam a sua competência social e bem-estar em toda a sua vida. Hazan e Shaver (1987; Shaver & Hazan, 1988; Shaver et. al., 1988) incidiram o seu trabalho sobre a teoria da vinculação como instrumento para a compreensão das relações românticas adultas. Sugerem não apenas que as relações precoces têm impacto

nas relações românticas adultas, mas também que o amor romântico ao outro é um processo que torna o sujeito vinculado de modo similarmente importante à vinculação criança-cuidador (Collins, N. L., Read, S. J.. 1990).

A qualidade da relação com a família, tem uma grande influência em várias áreas da vida do sujeito e uma delas é o auto-conceito (Peixoto, F., 2004). A família exerce pressões sob a construção do auto-conceito a vários níveis, tanto na infância como na adolescência. Na adolescência, os julgamentos que os membros da família fazem sobre o adolescente pesam muito nas representações que ele faz de si próprio. Além disto, a dinâmica das relações da família também vai influenciar o auto-conceito do sujeito, como por exemplo, se a família fornecer um baixo suporte emocional, o sujeito irá apresentar um baixo auto-conceito académico. Connel, Spencer e Aber, em 1994 (cit in Peixoto, F., 2004), afirmam que há uma relação positiva entre o suporte emocional e social fornecido pela família e a qualidade das relações com os pares, percepção de competência e motivação escolar.

Cada tipo de vinculação específica está associado a um modelo de auto-conceito protótipo: vinculação segura (tem um self positivo e vê o outro de modo positivo); vinculação insegura ambivalente (tem um self negativo mas vê o outro de modo positivo); vinculação insegura evitante (tem um self negativo e vê o outro de modo negativo) (Griffin & Bartholomew, 1994, cit in Dewitte, M., Houwer, J .D., Buysse, A.. 2008). A vinculação segura é associada a crenças positivas acerca do self, enquanto a vinculação insegura é associada a uma baixa auto-estima.

Tanto o sucesso como as falhas nos domínios relevantes para o self resultam da quantidade de afecto que o sujeito recebe e das flutuações da sua auto-estima. Estes resultados estão directamente ligados à avaliação que o sujeito faz de si próprio. O sucesso ou o fracasso da relação romântica é um dos aspectos com mais potencialidade para afectar a auto-estima do sujeito e o seu bem-estar. Contudo, as relações românticas têm um impacto diferente em cada sujeito. As pessoas são mais afectadas pelos eventos das relações românticas consoante o grau em que o seu self é contingente sobre as relações (Knee, C. R., Canevello, A., Bush, A., Cook, A.. 2008).

No início da idade adulta, a maior parte das pessoas foca-se num parceiro romântico durante anos, ou mesmo para o resto da sua vida, como sendo a sua principal

figura de vinculação. Os três tipos de vinculação (segura, insegura ambivalente e insegura evitante) têm modelos distintos de ajustamento e vivem a experiência de modos diferentes, regulando também de modos diferentes as emoções negativas, o que tem consequências no auto-conceito dos sujeitos (Cooper, M. L., Shaver, P. R., Collins, N. L.. 1998).

Um estudo realizado por Dumont, Florent, McGill U, Montreal, Canada Vamos, Peter, em 1975, revelou que é frequente encontrar auto-conceitos negativos em consumidores de drogas e isso está relacionado com as raízes etiológicas encontradas numa história familiar e social de rejeição, falhas e frustração. Outro estudo realizado por Huntwork, D. e Ferguson, L. W., em 1977, concluiu que o auto-conceito é uma das variáveis a ser considerada para qualquer explicação completa sobre o uso de drogas na adolescência. Donald J. Samuels e Muriel Samuels, em 1972, interessaram-se por estudar a influência do baixo auto-conceito no abuso de drogas entre adolescentes. Os resultados obtidos indicaram que 75,5% dos sujeitos consideraram o auto-conceito baixo como uma causa para o seu retorno às drogas. Corte, C., Zucker, R. A., em 2008, fizeram um estudo onde mostraram que no início da adolescência, os jovens com um auto-conceito formado por poucos auto-esquemas positivos e muitos negativos e com o hábito de beber álcool, apresentavam uma vulnerabilidade cognitiva para consumirem álcool precocemente e de um modo mal adaptado.

Um estudo realizado em 1998 por Cooper, M. L., Shaver, P. R. e Collins, N. L., relacionou o estilo de vinculação dos sujeitos com o auto-conceito e com o risco de comportamentos problemáticos. No grupo de vinculação segura, o auto-conceito foi significativamente mais positivo do que nos grupos de vinculação insegura. Relativamente ao risco de comportamentos problemáticos, foi no grupo de vinculação segura que se registou a menor percentagem de uso de drogas e foi no grupo de vinculação ambivalente que se registou a percentagem maior de contacto com substâncias ilícitas (Cooper, M. L., Shaver, P. R., Collins, N. L.. 1998).

Posto isto, o objectivo deste estudo é relacionar a vinculação adulta romântica e o auto-conceito com a toxicodependência. Os participantes estavam todos em tratamento, tendo sido os dados recolhidos em três comunidades terapêuticas, uma na margem Sul, outra em Lisboa e outra nos arredores de Lisboa. Foram usados dois

instrumentos: a Escala de Vinculação do Adulto, para avaliar a vinculação romântica e o Inventário Clínico do Auto-Conceito, para medir o auto-conceito dos participantes.

Vinculação:

A vinculação é vista por Bowlby (1979) como um laço afectivo forte entre cuidador e criança, que dá a esta segunda um sentido de segurança e estabelece uma base para futuros comportamentos de vinculação.

Bowlby (1969, 1973) definiu a vinculação como “uma tendência dos seres humanos a criarem precocemente laços afectivos fortes com as figuras parentais e a sofrerem perturbações cognitivo-emocionais graves e mais ou menos duradouras em caso de perda ou separação forçada dessas figuras vinculativas”. Para este autor, a vinculação é influenciada pela maneira como a criança vê o meio que a rodeia. Se a criança não tiver medo de ser abandonada pelas figuras de vinculação, não vê o mundo como ameaçador, o que faz com que tenha uma interacção mais adequada. Se a criança, ao contrário, tiver medo de ser abandonada pelas figuras de vinculação, qualquer actividade que implique interacção vai tornar-se numa fonte de ansiedade e perturbação emocional, o que irá dificultar todo o processo de desenvolvimento psicológico. A primeira figura de vinculação é, geralmente, a mãe, mas progressivamente outras figuras irão sendo importantes na rede afectiva da criança, como por exemplo o pai ou os companheiros.

Kenny (1987) (cit in Geada, M., 1990) referiu-se à vinculação adulta, defendendo que “a qualidade de vinculação às figuras parentais permanece importante no processo de separação e autonomização característico desta fase, na medida em que ela favorece o conhecimento progressivo do mundo físico e social pelo jovem adulto e promove o seu desenvolvimento pessoal”.

A vinculação pode ser segura ou insegura, e a ansiedade de separação maior ou menor consoante as experiências que foram vividas e a forma como se reagiu às mesmas. Contudo, tanto a personalidade como a capacidade de aprender e de se adaptar às situações ambientais e sociais são traços influenciados pela qualidade de vinculação afectiva que se tem com as figuras parentais (Geada, M., 1990).

Em seguida serão apresentados alguns conceitos importantes para a compreensão da teoria da Vinculação: 1) noção de proximidade; 2) comportamento de vinculação; 3) figura de vinculação; 4) relação de vinculação; 5) sistema de vinculação; 6) sistema de caregiving; 7) laço de vinculação; 8) emoção; 9) base de segurança; 10) angústia; 11) tristeza e 12) conceito de redirecionamento (Guedeney & Guedeney, 2004):

1. Noção de proximidade: distância modificável entre o bebê e a figura de vinculação. Há comportamentos que fazem com que esta distância se altere e se ajuste às necessidades do bebê, proporcionando-lhe então um sentimento de segurança. Tudo o que favorece a proximidade e proporciona segurança, faz parte dos comportamentos de vinculação.

2. Comportamento de vinculação: são dados observáveis. O bebê tem comportamentos que favorecem a proximidade, como o sorriso e a vocalização, que mostram à mãe que o filho quer interagir. O choro é um comportamento de natureza aversiva, porque a mãe aproxima-se, com o objectivo de acabar com o mesmo. Mais tarde surge o gatinhar e o agarrar, que são comportamentos activos da criança que servem para ela se aproximar das figuras de vinculação. Em 1969, a sucção foi descrita como um dos cinco comportamentos básicos da vinculação. Em 1982 isso desapareceu, porque percebeu-se que se tratava de um comportamento inato, que tinha como função aproximar o bebê à mãe. Todos os comportamentos que mantêm a pessoa próxima da sua figura privilegiada, são considerados comportamentos de vinculação. A noção de equivalência funcional dos comportamentos refere-se ao conjunto de comportamentos diferentes, mas que partilham funções e significados (Scroufe e Waters, 1977).

3. Figura de Vinculação: de início foi reduzida à mãe, por uma questão de facilidade, mas está longe de o ser. Esta é uma figura para quem a criança dirige o seu comportamento de vinculação. Qualquer pessoa que mantenha uma relação próxima com a criança, com interacções sociais duráveis e atenta aos seus sinais e às suas aproximações, torna-se numa figura de vinculação. Existem então várias figuras de vinculação, as quais estão hierarquizadas, tanto pelos cuidados prestados ao bebê, como pela qualidade das interacções. A criança tem tendência em vincular-se especialmente a uma figura, que se tornará na figura de vinculação privilegiada (Holmes, 1995).

4. Relação de Vinculação: esta relação vai-se construindo ao longo do tempo. Há um esquema genético, mas que é influenciado pelo meio social. Ao mesmo tempo que a criança se dirige a alguém à procura de sustento, conforto, apoio e protecção, também sente angústia perante o estranho e reclama em caso de separação, o que mostra que já existe uma vinculação preferencial. Ainsworth, em 1989, definiu 4 características que distinguem a relação de vinculação: procura de proximidade; noção de base segura (explora mais livremente quando está com a figura de vinculação); comportamento de refúgio (quando se sente ameaçado, volta para junto da figura de vinculação); reacções marcadas perante a separação (involuntária).

5. Sistema de Vinculação: é composto por 4 sistemas motivacionais, que são:

Sistema de Vinculação propriamente dito: o objectivo externo é estabelecer a proximidade física com a figura de vinculação. A criança faz uma leitura do seu meio ambiente imediato e quando se sente aflita ou assustada procura a figura de vinculação. A criança vincula-se aos pais, quer estes cumpram as suas tarefas ou não, o que distingue esta teoria da teoria de apoio. Os comportamentos de vinculação organizam-se em função das respostas dadas aos indícios externos e internos. O sistema de vinculação, então, não depende só da criança, mas também do contexto. É então um sistema permanente, que se desenvolve ao longo do desenvolvimento da criança, num ambiente mais ou menos fixo (Sroufe e Waters, 1977). Este sistema engloba o conceito de homeostasia comportamental, ou seja, o objectivo da criança é manter uma distância saudável em relação à mãe, ajustada pelas circunstâncias. Todos os factores que provoquem perigo ou stress, activam o sistema e dividem-se em dois grupos: factores internos, como a dor ou fadiga, e os externos, como a presença de estranho, a ausência da figura de vinculação, etc. Estes factores, quando surgem, são ainda influenciados pelo momento em que surgem, pela posição da figura de vinculação em relação à criança e pelas suas reacções. Quando a figura de vinculação se aproxima da criança, extingue a activação destes factores. Bowlby considera este sistema como um sistema de retrocontrolo, semelhante a um termóstato, que ou é activado ou extinto. Mais tarde, Bowlby assemelha o sistema de vinculação a um sistema de vigilância, que é constantemente activado e que enquanto a criança não conseguir encontrar o contacto próximo com a figura de vinculação, não irá descansar. Quando as condições envolventes são vistas como “normais”, a criança é livre de se dedicar a outras

actividades, mas o sistema continua sempre a controlar, caso surja alguma fonte de stress. Solomon e Georges (1999) denominam este sistema de “sistema corrigido por um objectivo interno” (*internal goal correcting*), que permite organizar os comportamentos de vinculação em torno de uma figura particular e sob certas condições.

O desenvolvimento do sistema de vinculação é definido em 3 períodos:

- Dos 0 aos 6 meses, surgem os processos de discriminação, mais sensivelmente entre os 4 e os 6 meses
- Dos 6 meses aos 3 anos, surgem os esquemas de vinculação (*set goal attachment*), que têm como objectivo manter a criança perto da mãe. A criança percebe as relações de causa e efeito. O sistema de vinculação está operacional entre os 7 e os 9 meses
- Depois dos 3 anos, surge uma relação recíproca: a criança ganha vontade própria e percebe as intenções do outro. Desenvolvem-se as suas capacidades de pensar em função do tempo e do espaço e as suas capacidades cognitivas que lhe permitem suportar o afastamento da figura de vinculação

Sistema exploratório: está ligado à curiosidade e ao domínio (*mastery*). Tal como o anterior, também é activado e desactivado por sinais antagonistas.

Sistema afiliativo: também conhecido como sistema de sociabilidade. Bowlby relacionou-o a uma tendência biologicamente programada e que contribui para a sobrevivência do indivíduo. Provavelmente seria activado, quando o sistema de vinculação não o fosse. Murray, citado por Cassidy (1999), define este sistema como “o conjunto de todas as manifestações de amizade e de boa vontade (*friendliness and goodwill*) devidas ao desejo de fazer as coisas na companhia de outros”. Emde chama a este sistema *we go* (fazer em comum). É um sistema que está relacionado com a moralidade e a sociabilidade e mostra a motivação da criança para se envolver socialmente com os outros. Este sistema está presente desde o nascimento, mas desenvolve-se consideravelmente a partir dos 2 anos.

Sistema Medo-Angústia: a capacidade de estar atento e de se ajustar a qualquer indício de coisas assustadoras e a resposta às mesmas. Por outras palavras, é o registo e a

reacção da criança, quando se apercebe de uma situação de perigo. Este sistema é activado pelas mesmas circunstâncias que o sistema de vinculação.

6. Sistema de *Caregiving*: pouco estudado por Bowlby, foi agora associado ao sistema de vinculação. Em 1988, Bowlby definiu-o como a capacidade de prestar cuidados e de se ocupar de alguém mais novo. Este sistema vai ser desenvolvido mais à frente.

7. Laço de vinculação: ligações emocionais entre as pessoas quando se relacionam de forma íntima com os outros. Holmes diz que este laço é a componente psicodinâmica da vinculação. Este laço diferencia-se da ligação (ou *bond*), porque este vai no sentido do mais fraco para quem o protege, enquanto a ligação é no sentido de quem cuida para quem é cuidado. Este laço faz parte do sistema de *caregiving*.

8. Emoção: tem pouca importância nos primeiros trabalhos de Bowlby. Achava que o sistema de vinculação não era activado pela emoção, mas sim por indícios situacionais, principalmente processos perceptivos, quer viessem do meio ou da figura de vinculação. Só com a colaboração de Ainsworth é que ele percebeu o lugar tão importante da emoção na organização e expressão da vinculação. As emoções positivas da vinculação são o sentimento de segurança e a noção de bem-estar e de conforto que resulta daí. A proximidade é um indício externo espacial, que remete para o estado interior de segurança. Este estado, por sua vez, é um estado emocional subjectivo interno.

9. Base de segurança: é a ideia de que a figura de apoio, protectora, estará sempre disponível, seja em que idade for do indivíduo. A proximidade física, necessária no início da vida, associa-se depois ao conceito de acessibilidade. Este conceito é complementar ao de porto seguro, desenvolvido por Bretherton. Quando a criança tem uma base de segurança, pode então explorar livremente o mundo, porque tanto se afasta da sua base de segurança (sistema exploratório), como rapidamente volta (sistema de vigilância).

10. Angústia: quando o acesso à figura de vinculação é ameaçado, a angústia prevalece sobre todos os outros sentimentos. A angústia activa o sistema de vinculação e faz com que se restabeleça a proximidade. Quando a angústia se manifesta, alerta a figura de vinculação para a aflição da criança e para a sua necessidade de uma resposta reconfortante.

11. Tristeza: surge quando a criança tem a percepção que a figura de vinculação não está disponível. Pode levar ao retraimento e mesmo ao descomprometimento e até pode fazer com que a criança reorganize os seus modelos operantes internos.

12. Conceito de redireccionamento: a criança orienta a sua cólera para outro lado, pode ser para uma figura, um objecto, ou uma situação, de modo a não temer consequências no seu laço de vinculação.

Sistema de Caregiving:

Cassidy (1999, cit in Guedeney & Guedeney, 2004), definiu o *caregiving system* como os comportamentos parentais que visam promover a proximidade e o reconforto da criança quando está em perigo (ex: aproximar, chamar, abraçar, segurar, seguir, consolar, embalar). George e Solomon (1996, cit in Guedeney & Guedeney, 2004) afirmam que o *caregiving* implica que os pais deixem de ser protegidos, para passarem a proteger os filhos. Estes autores definem o sistema de *caregiving* como um sistema recíproco do sistema de vinculação. Este sistema é activado quando os cuidadores interpretam os sinais internos e externos do seu bebé como uma situação de risco e é desactivado quando a proximidade física e afectiva é estabelecida e o bebé se acalma. O *caregiving* integra sistemas de representações mentais e é um sistema avaliativo, em que os pais, tendo mais informação (tanto de filhos como de progenitores) podem avaliar a situação de várias perspectivas.

O sistema de *caregiving* é regulado pelas emoções: as mães têm prazer e satisfação quando protegem os filhos e têm cólera, tristeza e ansiedade quando são separadas deles. O *caregiving* evolui ao longo do desenvolvimento da criança. Greenberg e Speltz (1988, cit in Guedeney & Guedeney, 2004) afirmam que a sensibilidade dos pais relativamente aos sinais do bebé vai evoluindo, de modo a conciliar os objectivos de ambas as partes, construindo assim uma “parceria corrigida quanto ao objectivo”. Na adolescência, principalmente, torna-se difícil conciliar os desejos dos pais e do filho, porque enquanto os pais querem protegê-lo, este quer ser autónomo e podem entrar assim em conflito.

Mary Ainsworth, em 1978 (cit in Guedeney & Guedeney, 2004), definiu 4 escalas para avaliar a maneira de ser da mãe como *caregiver*: sensibilidade materna aos sinais do bebé; aceitação dos comportamentos do bebé; cooperação com os ritmos do bebé; disponibilidade emocional. A sensibilidade (*sensitivity*), foi definida como a capacidade de perceber rápida e correctamente os sinais emitidos pelo bebé e responder-lhe exactamente da mesma forma. Isto está relacionado com a vinculação da mãe: vinculações inseguras na mãe proporcionam respostas pouco sensíveis, e uma vinculação insegura na criança (van Ijzendoorn, 1995, cit in Guedeney & Guedeney, 2004).

Em 1991, Fonagy (cit in Guedeney & Guedeney, 2004) falou de uma função reflexiva, que não é mais do que o progenitor perceber os seus próprios estados mentais (intenções, sentimentos, crenças, etc.), e os do seu filho. George e Solomon, em 1996 (cit in Guedeney & Guedeney, 2004), teorizaram que o *caregiving* é baseado nas experiências precoces de vinculação dos pais, logo, a mãe vai integrar as suas experiências de vinculação com o seu filho nos seus esquemas mentais de vinculação. Podemos perceber daqui que, o modelo interno de vinculação das mães influencia a qualidade da vinculação dos filhos. O que a mãe passa ao filho é então a sua sensibilidade materna.

Estes autores afirmaram que as mães de crianças seguras têm representações mentais flexíveis do cuidado, ou seja, analisam a realidade que ameaça a segurança da criança e prestam o cuidado necessário, tendo em conta a situação, a personalidade da criança, a necessidade de desenvolvimento, etc. As mães de crianças evitantes e ambivalentes têm representações “convencionais” do cuidado, ou seja, criam estratégias de protecção à distância, desvalorizam-se a si e ao filho, focam-se nos aspectos negativos das suas interacções, etc. Mais concretamente, as mães de crianças inseguras evitantes desvalorizam as necessidades de vinculação dos filhos, desactivando assim o seu sistema de comportamento de cuidado, enquanto as mães de crianças ambivalentes apresentam uma incerteza comportamental e representativa, ou seja, mantém os filhos perto de si, promovendo assim a dependência mas sem dar importância aos seus sinais.

Solomon e George, em 1999 (cit in Guedeney & Guedeney, 2004), explicaram o processo de desenvolvimento do sistema de *caregiving*. Este processo está presente no

indivíduo desde muito cedo e ao longo do desenvolvimento do indivíduo, este processo também se vai desenvolvendo e maturando. Na adolescência, o sistema de *caregiving* sofre uma alteração, que se deve às alterações biológicas da puberdade, à experiência e à cultura (Solomon e George, 1996, cit in Guedeney & Guedeney, 2004). O pico do desenvolvimento deste sistema dá-se durante o período de gravidez, o nascimento ou mesmo o pós-parto. Este período é caracterizado por uma crise, que se deve a factores biológicos, psicológicos e sociais. O *caregiving* é influenciado pelas representações que a mãe tem de si mesma como prestadora de cuidados, pelas suas experiências anteriores e pela forma como interpretou o nascimento.

Se a criança de uma mãe com um modelo interno de vinculação insegura proporcionar experiências positivas de vinculação à sua mãe, pode modificar as suas representações de vinculação. A isto, Van Ijzendoorn (cit in Guedeney & Guedeney, 2004) chamou efeito ao retardador (*sleeper effect*). É preciso ter em conta a relação que a mãe tem com o pai da criança, porque isso pode influenciar a sua capacidade de prestar cuidados à criança. O parceiro seguro seria aquele que não afasta as mães dos filhos, permitindo-lhe ter em conta as necessidades da criança e participa mais ou menos nos cuidados, funcionando assim como um porto seguro da mãe.

Howes, em 1999 (cit in Guedeney & Guedeney, 2004), identificou algumas características das figuras de vinculação que são *caregivers*, como por exemplo: cuidar física e emocionalmente da criança; estar presente de forma regular e significativa na sua vida; e investi-la emocionalmente.

Scripts de Base Segura:

Bowlby (1973, 1980) propôs que as crianças têm uma tendência para formar fortes laços emocionais com os seus cuidadores. Quando o sistema de vinculação é activado, a criança procura proximidade física com a figura de vinculação e sente-se mais segura. O sistema de vinculação funciona num nível mínimo, havendo uma constante atenção às situações, de modo a que quando surjam situações de stress, perigo, ou situações novas, os comportamentos de vinculação são activados. Quando a criança percepção a mãe como disponível e o ambiente como tranquilo, pode explorar

o meio que a rodeia com confiança, fenômeno que Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) designaram por base segura.

Um *script* é uma estrutura cognitiva que organiza uma sequência de comportamentos numa dada situação, por exemplo, o *script* de um restaurante é olhar a ementa, fazer o pedido, comer, pagar e ir embora (Waters, H. S., Waters, E., 2006). Os *scripts* têm um papel importante na recuperação e reconstrução de memórias passadas. Bowlby (1969) usa um conceito central ao longo da sua teoria da vinculação: o de base segura. O suporte da base segura também é representado na memória como um *script*. Se o suporte da base segura tiver sido consistente e coerente, o *script* deve ser completo, bem consolidado e prontamente acessível em situações relevantes. Se o suporte de base segura tiver sido inconsistente, incompleto, ou ineficaz, o *script* não deve ser tão bem configurado e possivelmente menos acessível.

Segundo Bowlby (1969), uma história suportada numa base segura, faz com que o indivíduo idealize que o seu prestador de cuidados primários estará sempre disponível para si, para salvá-lo em situações ameaçadoras e devolver-lhe o equilíbrio emocional. As pessoas que tiveram um suporte de base segura na infância e adolescência, terão acesso ao *script* de base segura em todas as suas interações, mesmo quando as relações são mais fechadas. Por outro lado, as pessoas que não tiveram um suporte de base segura, irão fazer o percurso inverso e irão ter expectativas diferentes e menos consistentes nas interações de base segura.

Vinculação na Idade Adulta:

Apesar de Bowlby defender a ideia de que a vinculação é um processo que acompanha o sujeito desde o seu nascimento até à sua morte e debruçar-se sobre o tema da vinculação na idade adulta (Bowlby, 1969, 1973), o “brotar” da pesquisa deu-se na década de 1980. É um tema importante, porque a vinculação está na base de qualquer relação e os estudos mostram que tem uma grande influência na dinâmica das relações românticas nos adultos. Nesta altura começaram a surgir muitos estudos e alguns serviram para o desenvolvimento de instrumentos destinados a avaliar diversos aspectos da vinculação no adolescente e no adulto. Os autores que se interessam por esta área, na sua maioria, têm a curiosidade de perceber como é que os modelos de trabalho dos pais

estão relacionados com a relação de vinculação e como é que a criança passa isso através da situação estranha. Isto permitiu que o número de investigadores a estudar a vinculação aumentasse.

Bowlby (1969) considerou a vinculação na idade adulta semelhante, na sua natureza, à vinculação na infância e encontrou poucas diferenças entre as relações estabelecidas entre a criança e as suas figuras cuidadoras e as relações formadas entre pares ou companheiros românticos. Ainsworth (1991) considerou o fenómeno da base segura crucial na vinculação, sendo que uma relação de vinculação segura é aquela que incentiva o indivíduo a funcionar e ser competente fora da relação.

Weiss (1982/1991) (cit. In Canavarro, M. C., Dias, P., Lima, V., 2006) apontou como elementos semelhantes entre a vinculação na infância e na idade adulta: desejo de proximidade à figura de vinculação em situações difíceis; conforto na presença da figura de vinculação; ansiedade face à inacessibilidade da figura de vinculação; respostas de luto em situações de perda; elementos emocionais associados à vinculação na infância expressos nas relações de vinculação de adultos; e a centralidade dos pares como figuras de vinculação associada ao esbatimento dos progenitores enquanto figuras de vinculação primárias. Para diferenciar os dois tipos de vinculação apontou o facto de o sistema comportamental da vinculação nos adultos funcionar mais entre os pares, o que não se diferencia muito dos outros tipos de relações; e muitas vezes a vinculação está associada a relações que envolvem dimensões sexuais.

A vinculação tem uma função adaptativa, que na infância é a de protecção. Na idade adulta, surgem duas hipóteses explicativas da função adaptativa da vinculação. West e Sheldon-Keller, em 1994 (cit in Kirkpatrick, L. A., 1998), defenderam a hipótese de que a função adaptativa continua a ser a protecção e segurança. Contudo, muitos autores discordaram desta ideia, por várias razões. Uma delas é que os adultos têm um repertório muito maior de defesa pessoal, ou seja, as crianças activam o sistema de vinculação quando se sentem em perigo, mas os adultos, além de avaliarem de um modo diferente as situações, têm recursos que lhes permitem defenderem-se sozinhos. Outra razão é que não é adaptativo o companheiro sentir-se como o “defensor primário” do sujeito. Na vinculação mãe-criança, está claramente definido quem defende e quem é defendido. Nos adultos não se passa o mesmo e o sujeito tanto defende como é

defendido, logo, a definição dos papéis não é tão clara. Também não é justo olharmos para isto baseados nas diferenças sexuais, sendo que a mulher tem menos forças que o homem. Ora, o papel do homem assim, tornava-se exclusivamente o de proteger a sua fêmea em qualquer ambiente de perigo. Finalmente, a última razão pela qual a protecção não é a função adaptativa da vinculação adulta, é que na relação mãe-criança, a mãe põe-se constantemente em perigo para defender os interesses do seu bebé, ou seja, está motivada para defende-lo e protege-lo a qualquer custo. Temos que ter em conta que aqui estão os genes da mãe envolvidos, ou seja, é a sua descendência. Nas relações adultas nem sempre se passa isto, porque apesar de haver uma protecção constante, os custos da mesma são analisados, até porque a descendência já não está em causa. A manutenção dos pares de vinculação é outra hipótese explicativa da função adaptativa da vinculação. Esta hipótese assenta no facto de que a vinculação serve para manter a dinâmica familiar unida e assim, sempre que o sujeito se sentir em perigo ou ameaçado, pode sempre recorrer à figura de vinculação primária.

Main, Kaplan, e Cassidy, em 1985 (cit in Simpson, J. A., Rholes, W. S., 1998), afirmaram que a maneira como as pessoas viveram a relação com os seus pais no passado, foi relacionada com a classificação dos seus filhos na situação estranha. Por exemplo, os adultos que idealizaram os seus pais e que têm memórias que não permitem imagens mais incandescentes (os inseguros-evitantes), têm crianças que, no geral, são tímidas (evitantes) na situação estranha. Adultos muito impulsivos, que não resolvem a raiva e a zanga que têm em relação aos pais (ambivalentes), tendem a ter crianças classificadas como ansiosas-ambivalentes. Os adultos que mantêm relações saudáveis, coerentes e “limpas” com os pais (seguros), normalmente têm crianças seguras na situação estranha. Em 1990, Main e Solomon (cit in Simpson, J. A., Rholes, W. S., 1998) identificaram a quarta categoria de vinculação nas crianças: desorganizado-desorientado. Estas crianças não têm uma estratégia clara nem consistente para lidar com o stress do *handling* na situação estranha. Main e Solomon puseram a hipótese de que essa desorganização poderia resultar de certos modelos ou comportamentos parentais. Os pais que não resolvem certos eventos traumáticos no seu passado, exposto de um modo assustador, confuso, ou comportamentos bizarros que produzem desorganização nas suas crianças.

Mikulincer e Florian (cit in Simpson, J. A., Rholes, W. S., 1998) fizeram estudos com várias situações difíceis da vida e concluíram daí que o tipo de vinculação do sujeito, influencia o modo como este arranja estratégias para lidar com o stress no seu quotidiano.

Vinculação Romântica:

Segundo a experiência da situação estranha realizada por Ainsworth (1978), as crianças reagem de modo diferente à separação da mãe, consoante a vinculação que mantêm. Isto ajudou a prever algumas características destas crianças quando chegarem a adultos. Os adultos seguros são seguros de si próprios, sociais, abertos e interessados em relações próximas, relativamente estáveis com parceiros românticos e satisfeitos com relações a longo tempo. Os adultos ambivalentes têm falta de auto-confiança, são preocupados com a rejeição e o abandono, são propensos a ter ciúmes e raiva para com o parceiro da relação que é visto como não sendo de confiança, ansiosos para estar envolvidos em relações românticas apesar dos perigos e são propensos a fazer auto-revelações íntimas inapropriadas, para ter desgostos de amor rapidamente e possivelmente de modo indiscriminado, e para experimentar frequentemente rupturas e reconciliações. Os adultos evitantes podem ou não estar interessados em relações próximas, mas nunca estão confortáveis com o parceiro, não estão inclinados para se envolverem em relações românticas a longo tempo, ficam desconfortáveis com as auto-revelações e são relativamente inibidos a nível social (Cooper, M. L., Shaver, P. R., Collins, N. L.. 1998).

Num estudo realizado por Collins, N. L., Read, S. J., em 1990, a vinculação adulta foi relacionada com a vinculação infantil entre criança e cuidador, e os resultados apontaram para que os pais dos adultos seguros tivessem uma capacidade maior de respeito e de aceitação, comparados com os pais dos adultos evitantes ou ambivalentes. Este estudo relacionou ainda o estilo de vinculação com as crenças que o sujeito tem sobre si próprio e sobre as suas relações. Os adultos ansiosos apresentaram mais dúvidas sobre si próprios e sentiam-se mais incompreendidos pelos outros, enquanto os adultos seguros sentiam-se bem e amados e acreditavam que, no geral, os outros são bem-intencionados.

Quando, a figura de vinculação é disponível e responde aos sinais de angústia da criança, a criança aprende que pode efectivamente regular as suas emoções e experiências de angústia. A criança aprende que uma experiência de angústia é associada a resultados negativos. Na base destas experiências precoces, Bowlby (1969) argumentou que as expectativas quanto à experiência de emoções negativas e estilos preferenciais de *coping* com essas emoções são internalizadas na forma de modelos de trabalho. Estes modelos foram pensados para persistir ao longo do tempo e exercer pressão no sentido da continuidade das experiências e comportamentos afectivos (Cooper, M. L., Shaver, P. R., Collins, N. L.. 1998).

Os indivíduos seguros devem ser capazes de reconhecer e lidar com emoções negativas, os indivíduos evitantes tentam não reconhecer as emoções negativas e consequentemente, agem emocionalmente sem nenhum conhecimento das razões e os indivíduos ambivalentes são mais expressivos emocionalmente mas muitas vezes não podem regular as suas emoções ou conduzir o seu comportamento emocional na linha dos interesses pessoais ou normas sociais (Cooper, M. L., Shaver, P. R., Collins, N. L.. 1998).

As duas tradições de avaliar a vinculação:

Um dos instrumentos utilizados foi a versão portuguesa do Adult Attachment Scale, de Collins e Read (1990), desenvolvida por M. C. Canavarro em 1995 e denominada por Escala de Vinculação do Adulto. A área da vinculação é muito extensa e, como tal, surgem muitas controvérsias no que diz respeito à sua avaliação. Primeiro surgiram os instrumentos de narrativas da vinculação, que tinham acesso às representações que os sujeitos tinham da sua vinculação. O instrumento que melhor representa estas narrativas é o Adult Attachment Interview, desenvolvido por Main em 1985 (Crowell, J., Fraley, R.C., & Shaver, P., 1999). O AAI é uma entrevista semi-estruturada para adultos, que incide sobre as experiências de vinculação infantis e o significado que o sujeito agora lhes atribui. O AAI é um instrumento muito complexo, completo, com alta estabilidade nas classificações da vinculação, contudo, muito dispendioso, difícil de administrar e de cotar. Como tal, para superar estas limitações,

surgiram os instrumentos self-report da vinculação. Estes são instrumentos mais precisos e o sujeito apenas escolhe a sua opção de resposta entre as várias existentes.

Dentro dos instrumentos self-report foram estudadas várias áreas e uma delas foi a vinculação romântica. O estudo da vinculação romântica começa no final dos anos 70, início dos anos 80, numa tentativa de entender a solidão adulta e as várias maneiras que as pessoas experienciam o amor. Os resultados dos estudos apontam no sentido em que muitos adultos solitários apresentam relações de infância complicadas com os pais e também relações românticas distantes ou muito emaranhadas, o que sugere que a história da vinculação pode ter um papel na experiência de solidão adulta (Rubenstein & Shaver, 1982; Shaver & Hazan, 1987; Weiss, 1973; cit in Crowell, J., Fraley, R.C., & Shaver, P., 1999). Hazan e Shaver fizeram os seus estudos iniciais na vinculação romântica entre 1987 e 1990, e foi então que outros autores começaram também a interessar-se por esta área.

Deste modo, surge então a Escala de Vinculação do Adulto, que tem como objectivo medir o tipo de vinculação ao companheiro segundo quatro critérios: seguro, preocupado, desligado e amedrontado. É uma escala do tipo likert, composta por 18 itens, como por exemplo “Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas” ou “Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a)”, em que o sujeito assinala o seu grau de concordância, numa escala que possibilita as respostas “nada característico em mim”, “pouco característico em mim”, “característico em mim”, “muito característico em mim” e “extremamente característico em mim”. Esta escala é constituída por 3 dimensões, cada uma composta por 6 itens. A primeira dimensão chama-se *Close* (Conforto com a proximidade) e avalia a forma como o sujeito se sente confortável em estabelecer relações próximas e íntimas. A segunda chama-se *Depend* (Confiança nos outros) e avalia a forma como o indivíduo sente ter que depender dos outros em situações que necessitam dele. A terceira chama-se *Anxiety* (Ansiedade) e avalia o grau em que o sujeito se sente preocupado com a possibilidade de ser rejeitado ou abandonado.

Esta escala foi construída com o objectivo de ultrapassar as limitações inerentes ao instrumento de 3 itens de Hazan e Shaver (1987). Para a construírem, os autores tiraram as afirmações dos parágrafos do instrumento de Hazan e Shaver (1987), ficando

assim com 15 itens, 5 para cada estilo de vinculação. Depois acrescentaram 6 itens, para que pudessem incluir 2 aspectos importantes da vinculação que ainda não estavam incluídos: 3 itens sobre crenças sobre a disponibilidade da figura de vinculação e a sua resposta quando requerida; e 3 itens sobre as reacções à separação da figura de vinculação. A versão preliminar desta escala ficou então composta por 21 itens, 7 para cada estilo de vinculação. Foi aplicada numa população com 286 mulheres e 184 homens, feitos estudos psicométricos e a versão actual ficou com 18 itens. As correlações mostraram uma ligação modesta entre o factor *depend* e *close* ($r=0,41$), o que significa que as pessoas que têm confiança nos outros têm tendência a sentir-se mais confortáveis com a proximidade emocional. Entre os factores *anxiety* e *close* a ligação é fraca ($r=0,18$) e entre os factores *anxiety* e *depend* não existe ($r=0,08$).

A escala apresenta índices de razoável fiabilidade, apresentando alphas de Cronbach para as 3 dimensões (0,75 para a dimensão *depend*; 0,72 para *anxiety*; e 0,69 para *close*). Collins & Read (1990) apontam, para um período de 2 meses, uma estabilidade temporal de $r=0,52$ para a subescala *anxiety*, $r=0,68$ para *close* e $r=0,71$ para *depend*.

Os autores fizeram uma tradução das dimensões em estilos de vinculação, concluindo assim a validade convergente da escala e organizaram os resultados ao longo de 3 grupos teoricamente consistentes com os 3 estilos de vinculação referidos por Hazan e Shaver (1987).

Os primeiros estudos psicométricos feitos em Portugal com a Adult Attachment Scale, versão portuguesa escala de vinculação do adulto (EVA), foram realizados por Canavarro, em 1997. Posteriormente, Tereno em 2001 e Almeida em 2005, voltaram a fazer estudos com uma amostra maior, dando assim grandes contributos para o estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa da escala.

Auto-Conceito:

O auto-conceito pode ser definido, em termos muito gerais, como a percepção que o indivíduo tem de si próprio (Serra, A. V.. 1992).

Todos nós temos uma ideia de como os outros são, e quando nos perguntam porque gostamos de tal pessoa, rapidamente definimo-la como sendo simpática ou divertida, ou então até poderemos atribuir características negativas, que possam ter a ver com a sua caracterização física e/ou desempenho profissional. Não temos só essas ideias em relação aos outros, mas também em relação a nós. A isso chamamos auto-conceito (Serra, A. V.. 1992).

Vaz Serra explica a importância do auto-conceito do seguinte modo: “o essencial reside no facto de que o conceito que um individuo tem de si próprio condensa ou captura a essência de muitas outras variáveis (motivos, necessidades, atitudes, valores ou personalidade) e assim, temos uma variável mais simples e mais central com que podemos lidar” (Seabra, M., Costa, H., 1991).

O auto-conceito anda a par com a identidade e a auto-estima. Podemos perceber isto, se pensarmos que o auto-conceito faz com que consigamos perceber a coerência e continuidade do nosso comportamento ao longo do tempo. Ele está directamente ligado à nossa personalidade, à forma como lidamos com os outros e às nossas necessidades e motivações. Deste modo, percebemos a sua relação com a identidade. Relativamente à auto-estima, esta pode-se dizer que é o sentimento que deriva do nosso auto-conceito. A auto-estima resulta das acções que praticamos e dos êxitos que nelas temos, de modo a que se isto for paralelo, a nossa auto-estima é elevada. Se um indivíduo ficar orgulhoso da acção que fez, sente-se competente e isso vai fazer com que volte a repetir a acção. O ser humano tem tendência a defender a sua auto-estima, atribuindo a si os êxitos e os fracassos aos outros (Serra, A. V.. 1992).

A formação do auto-conceito sofre quatro grandes influências. Uma delas é o modo como os outros avaliam o comportamento do indivíduo. Cada indivíduo tem tendência a ver-se da mesma forma como os outros o vêem, principalmente as pessoas de quem gosta e que são importantes para si, nomeadamente os pais. Outra é o *feedback* que o indivíduo tem dos seus desempenhos. Quando pensa que se saiu bem de uma dada acção, é invadido por um sentimento agradável, o que lhe dará motivação para repetir essa acção ou fazer outras. Caso contrário, sentirá algo desagradável e ficará inibido para as próximas acções. Outra influência é a comparação que o indivíduo faz entre si e os seus pares sociais. O modo como o sujeito se relaciona com os seus pares, faz com

que se compare com eles, no sentido de se sentir inferior ou superior aos mesmos. Ainda por último a forma como o indivíduo avalia o seu desempenho, segundo as regras estabelecidas por um grupo normativo, religioso ou político, ao qual está vinculado. Se o seu comportamento estiver de acordo com as normas, sentir-se-á satisfeito (Serra, A. V., 1992).

Depois de tudo isto, o auto-conceito ganha características positivas ou negativas. O auto-conceito é um constructo hipotético, mas que é muito útil e necessário. É um processo simbólico, onde há uma estrutura que organiza classes de comportamentos, fazendo com que fiquem definidos, englobados e hierarquizados numa ordem de importância. Como ele é formado a partir de acontecimentos pessoais, a sua grande vantagem é “permitir descrever, explicar e prever o comportamento humano, e fazer uma ideia de como o indivíduo se concebe e considera a si próprio” (Serra, 1988). Pode ser considerado um elemento integrador, uma vez que nos ajuda a perceber a uniformidade, consistência e coerência do comportamento, a formação da identidade pessoal e porque é que certos padrões se mantêm ao longo do tempo (Serra, A.V., 1988).

Em 1977, Markus (cit in Serra, A. V., 1992) afirmou que o auto-conceito organiza a informação que é importante para o sujeito. Com o passar dos anos, organizamos as nossas memórias, percepções e esquemas pessoais, de modo a que fiquem resistentes à informação inconsistente que recebamos. Leahy, em 1985 (cit in Serra, A. V., 1992), diz que a informação que o indivíduo recolhe de si e dos outros é consoante a importância que esta representa para os seus esquemas pessoais. Os esquemas podem alterar os factos, fazendo assim o indivíduo uma reconstrução da informação, consoante seja mais apropriado para si (Serra, A. V., 1992).

Em 1987, Firestone (cit in Serra, A. V., 1992) confirmou que o indivíduo desenvolve um modo de pensar consoante o auto-conceito que tem. Este pensamento vai ser a sua voz de consciência e muitas vezes também dos outros. Podemos perceber então, que o auto-conceito está presente no nosso dia-a-dia. Além disto, a percepção é um processo activo, que faz com que os indivíduos dêem mais atenção a alguns aspectos, os que para si são mais relevantes. As pessoas com um auto-conceito negativo, têm comportamentos característicos: baixa auto-estima, falta de apreço por si

próprio e acham que os outros os vão rejeitar, por isso evitam o contacto próximo com os outros e tornam-se mesmo desagradáveis. Por outro lado, existem aquelas pessoas com um auto-conceito muito alto, que acham que são sempre melhores que os outros e que as suas ideias são geniais (Serra, A. V., 1992).

Tamayo, em 1985 (cit in Serra, A. V., 1988), postulou que quando o *feedback* é controlado de forma experimental, o indivíduo tem tendência a alterar as suas auto-descrições. As mudanças são provocadas pela favorabilidade do *feedback*, pela discrepância ente o *feedback* e as auto-descrições, pelo consenso dos outros relativamente ao *feedback* em causa, e pelas características da pessoa que dá o *feedback* (Serra, A. V., 1988).

O auto-conceito é constituído por várias facetas. Uma delas é as auto-imagens, que são as observações que o indivíduo faz da percepção que tem de si próprio. Cada pessoa tem várias auto-imagens, por exemplo, como filho, como amigo, como conjugue, como profissional, como praticante de uma modalidade desportiva, como pai/mãe, etc. É importante perceber a organização hierárquica que o sujeito faz das suas auto-imagens e o valor que lhes atribui. Outra faceta é a auto-estima, que consiste na avaliação que o próprio sujeito faz dos seus desempenhos, qualidades, virtudes ou valor moral. As pessoas que se acham competentes e eficazes, têm uma auto-estima alta, as que ao contrário, se acham incompetentes e ineficazes, têm uma auto-estima baixa. Estas últimas pessoas têm sempre uma opinião negativa sobre os seus desempenhos. A auto-estima resulta dos julgamentos que a pessoa faz sobre aspectos que considera relevantes para a sua identidade. Esta está então ligada a fenómenos de compensação ou descompensação emocional do indivíduo. A prática clínica mostra que as pessoas com auto-estima baixa descompensam mais facilmente. A auto-aceitação (que é outra faceta), é a diferença existente entre o auto-conceito real (modo como o sujeito se vê), e o auto-conceito ideal (modo como o sujeito gostaria de se ver). Quanto menor for esta diferença, mais o indivíduo se aceita como é. Mais uma faceta do auto-conceito: identidades. Em 1982, Gecas (cit in Serra, A. V., 1988) atribui-lhe muita importância, devido ao conteúdo e organização da sociedade. A estruturação das identidades dos seres humanos tem sofrido grandes alterações, visto que o que é valorizado numa época, deixa de o ser na época a seguir. Por último, as identidades prescritas, descritas por Zimbardo em 1972 (cit in Serra, A. V., 1988). Muitas vezes, os familiares,

principalmente os pais, atribuem dada identidade ao sujeito, que não é real, mas sim o desejo dessa pessoa. Na maioria dos casos, isso foi um desejo da pessoa, e como não conseguiu alcançá-lo, atribui-o ao descendente. Esta identidade pode não se ajustar ao indivíduo, o que causa desajustamento, frustração e transtornos emocionais (Serra, A. V.. 1988).

O auto-conceito, para além disto tudo, ajuda o sujeito a organizar a informação que para si é relevante. Em 1977, Markus (cit in Serra, A. V., 1988) vem afirmar que o indivíduo forma esquemas mentais, que se tornam resistentes à informação que lhes é inconsistente. Dá-se então um conservadorismo cognitivo, que organiza as percepções, as memórias e os esquemas de referência de grande importância para a formação das identidades significativas do sujeito. Isto explica então a coerência e consistência do comportamento ao longo do tempo e o facto de que só filtramos e retemos o que realmente consideramos relevante e significativo (Serra, A. V.. 1988).

Referem Shavelson e Bolus, em 1982 (cit in Serra, A. V., 1988), que o auto-conceito é organizado e estruturado, ou seja, o indivíduo forma categorias sobre a vasta quantidade que recebe. O auto-conceito é multifacetado e cada faceta representa as categorias adoptadas pelo indivíduo e/ou partilhadas por um grupo. Shavelson e outros (1976, cit in Serra, A. V., 1988) afirmam que o auto-conceito tem vários auto-conceitos: académico, social, emocional e físico. Cada um destes auto-conceitos é significativo em áreas diferentes (Serra, A. V.. 1988).

Gécas, em 1982 (cit in Serra, A. V., 1988), afirma que é difícil distinguir as identidades do auto-conceito (os seus conteúdos), da auto-estima (aspectos avaliativos e emocionais do indivíduo). As identidades são importantes porque o conteúdo e organização do auto-conceito reflectem o conteúdo e organização da sociedade onde está o indivíduo. A auto-estima assenta no sentido de competência, poder ou eficácia do indivíduo, ou sentido de virtude ou valor moral (Wells e Marwell, 1976). Susan Harter (1985) e William James (1892) (cit in Serra, A. V., 1988) afirmam que a auto-estima vem da relação entre os êxitos e as pretensões atingidas. Quando são congruentes, o indivíduo sente-se competente, avalia-se de uma forma positiva e fica com uma boa auto-estima. Harter defende que a competência que o sujeito atribui a uma certa aptidão, influencia o seu sentido de valor pessoal, consoante a importância que atribua a essa

aptidão. Esta competência atribuída vai-se ligar a sentimentos de vergonha ou orgulho, inibindo ou provocando a acção. Em 1985, afirmou que tanto em adultos como em crianças, tendem a atribuir mais as causas dos sucessos a si próprios do que de os fracassos, como estratégia protectora. Assim, independentemente do resultado da situação, continua a preservar o sentimento de valor pessoal (Serra, A.V.. 1988).

A génese do auto-conceito é influenciada por variáveis sócio-culturais e familiares. Durante muitos anos, os pais são vistos como modelos e têm uma grande influência nas ideias e sentimentos que o filho tem de si próprio, pelo que é e pelo que gostaria de ser. Se lhe disserem que ele é uma coisa, que seja muito diferente dos ideais que os pais lhe passam, isso irá reflectir-se na sua auto-aceitação. Os valores que os pais defendem idealmente e os que demonstram pelo comportamento, têm uma grande influência na auto-aceitação do filho. Se houver uma grande discrepância entre o auto-conceito real e ideal do pai, ou seja, tem uma má auto-aceitação, torna-se num mau modelo para o filho seguir. É daqui que surge a importância clínica do auto-conceito (Serra, A.V.. 1988).

Em 1979, Wylie (cit in Serra, A. V., 1988), defendeu que a auto-aceitação da criança é influenciada pela forma como percebem que os pais a aceitam e que esta está associada à semelhança entre a criança e os seus pais. Os lares desfeitos levam mais facilmente a um mau desenvolvimento do auto-conceito da criança. A perda de laços afectivos por separações ou divórcios, tem mais influência na auto-consideração da criança do que a morte de um dos pais. Os filhos únicos, principalmente rapazes, têm uma melhor auto-estima no confronto com os seus homólogos. Os pais de crianças perturbadas emocionalmente tendem a ver a sua criança de uma forma mais negativa (Serra, A.V.. 1988).

A Influência das Relações no Auto-Conceito:

Existem pessoas particularmente preocupadas com a influência das relações nas suas vidas, porque os resultados dos eventos dessas mesmas relações vão alterar o seu mérito e valor que sentem que têm como pessoa (Knee, C. R., Canevello, A., Bush, A., Cook, A.. 2008).

A auto-estima contingente das relações é uma forma não saudável da auto-estima, que depende de uma relação e representa um tipo particular de investimento relacional. A auto-estima contingente das relações envolve mais do que simplesmente ter uma identidade relacional. Esta situação implica sentir-se investido e comprometido com uma relação, ou mesmo incluir o parceiro no seu próprio self. Isto reflecte a maneira pela qual o self é ligado a uma relação romântica, obrigando o sujeito a ter auto-respeito na sua maneira de funcionar, que por sua vez é resultado de uma relação romântica. Deste modo, para uma pessoa que tenha muita auto-estima contingente das relações, qualquer evento negativo na relação, por mais pequeno e insignificante que seja, terá implicações na sua auto-avaliação (Knee, C. R., Canevello, A., Bush, A., Cook, A.. 2008).

Várias teorias da auto-estima ideal focam-se nas variáveis que Deci e Ryan (2000, cit in Knee, C. R., Canevello, A., Bush, A., Cook, A.. 2008) caracterizaram como sendo as necessidades básicas psicológicas: a autonomia, a competência e a capacidade de se relacionar. A auto-estima contingente das relações resulta da frustração numa destas 3 fontes básicas de auto-estima. Quando as necessidades básicas psicológicas de competência, autonomia e a capacidade de se relacionar são alcançadas dentro do tempo, o sujeito adquire um nível ideal de auto-estima, sendo esta autêntica e não-contingente. Quando estas necessidades básicas psicológicas são frustradas ao longo do tempo, o sujeito adquire um nível sub-ideal de auto-estima, sendo esta defensiva e contingente (Knee, C. R., Canevello, A., Bush, A., Cook, A.. 2008).

A auto-estima contingente das relações reflecte falta de autonomia, pouco sentimento de pertença no envolvimento da relação, falta do sentimento de competência na relação e falta do sentimento de genuinamente validado, de verdadeiramente amado e entendido pelo parceiro e possivelmente mais importante, a falta do sentimento de validar genuinamente, de amar verdadeiramente e de entender o outro. Assim, a auto-estima contingente das relações faz com que tanto o eu possa minar a relação, como a relação possa minar o eu. Quanto mais a necessidade de autonomia, competência e capacidade de se relacionar for alcançada numa relação romântica, mais envolvida autonomamente se torna a relação, que por sua vez, prediz altos níveis de relativa satisfação e compromisso (Knee, C. R., Canevello, A., Bush, A., Cook, A.. 2008).

Auto-conceito e motivação para a abstinência:

O auto-conceito tem sido uma área de interesse para o estudo dos comportamentos aditivos a vários níveis: o seu papel no início do uso de substâncias (Anderson, 1998a, 1998b, 1998c; Steele, Southwick, & Critchlow, 1981); a sua transformação durante a evolução da “carreira” de um adicto (Edwards, 1984); o seu potencial papel na mudança do comportamento (Avants, Margolin, & Singer, 1994; Draycott & Dabbs, 1998; Littrell & Magel, 1991); a sua transformação durante a recuperação (Klingemann, 1991); e a sua conexão às transições entre quedas e recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) (Downey, L., Rosengren, D. B., Donovan, D. M., 2000).

Weisz, em 1996 (cit in Downey, L., Rosengren, D. B., Donovan, D. M., 2000) mostrou, através de um estudo, que existe uma associação entre a identidade relacionada com a motivação para a abstinência e o conseqüente sucesso no tratamento para o abuso de substâncias.

A literatura demonstrara que na presença de inconsistências cognitivas que ameaçam o auto-conceito, os indivíduos eliminam comportamentos que já praticavam ou adoptam comportamentos novos, especificamente para reduzir a dissonância. Um desses comportamentos adoptados pode ser o uso de substâncias psicoactivas. Quando o sujeito consome drogas para reduzir as suas insatisfações do passado, tem orientações pessoais que não suportam o uso das drogas e percebe muitos custos e poucas recompensas com o seu uso, muito mais facilmente se motiva para a mudança comportamental e atribui as suas motivações para a abstinência a factores relacionados com o auto-conceito (Downey, L., Rosengren, D. B., Donovan, D. M., 2000).

Um número substancial de consumidores de álcool e drogas apontam como razão para o uso de substância tapar a dissonância relacionada com o self. Contudo, quando os sujeitos estão devidamente motivados, alguns indivíduos conseguem com sucesso passar a usar um método de redução da dissonância mais directo (Downey, L., Rosengren, D. B., Donovan, D. M., 2000).

Avaliação do Auto-Conceito:

O auto-conceito é um constructo que não tem uma definição unânime e, como tal, existem vários instrumentos que o tentam avaliar. A maioria desses instrumentos têm como população alvo os adolescentes, sendo então escassos os que abrangem a população idosa. O trabalho com os idosos sobre o auto-conceito tem usado a técnica do auto-relato, onde os sujeitos respondem à questão “*Who Am I?*” (“Quem Sou Eu?”). A vantagem desta técnica é que os sujeitos podem fazer descrições livres, mas, por outro lado, tem as desvantagens de demorar muito mais tempo e ser muito mais difícil codificar as respostas. Surgem então os questionários para avaliar o auto-conceito em idosos, que terão certamente uma aplicação muito mais facilitada e económica (Serôdio, C., Diniz, A. M., Pires, J., 2004). Deste modo, foi criado o Inventário Clínico do Auto-Conceito, por Adriano Vaz Serra, em 1985, usado neste estudo.

Um bom auto-conceito é propício a que o indivíduo tenha uma imagem positiva de si mesmo, sinta-se bem consigo e com os outros, tenha estratégias de *coping* adequadas, perceba o mundo de forma menos ameaçadora e assim, tenha uma melhor saúde mental (Serra, A. V., 1995).

Toxicodependência:

A maior parte das pessoas faz o seu primeiro consumo por curiosidade e vontade de se desinibir, uma vez que estando sobre os efeitos dessas substâncias são mais facilmente bem recebidos no grupo a que querem pertencer, o que eleva a sua auto-estima (Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S., 2005).

Um factor protector da toxicodependência é a pessoa conseguir ter prazer de uma forma elaborada, fugindo assim ao prazer automático obtido através das substâncias. Outros factores protectores: auto-estima e ser capaz de tomar decisões; prazer em ter relações íntimas com os outros; saber organizar-se no tempo, saber ocupá-lo ou saber não fazer nada; o prazer de se conseguir projectar no futuro, de fazer projectos (Miguel, N., 1997).

Num estudo feito para verificar as diferenças nas características psicológicas entre sujeitos que consumiam drogas frequentemente, sujeitos que tinham experimentado drogas ocasionalmente e sujeitos que nunca tinham experimentado (Shedler, J., Block, J., 1990), os sujeitos que consumiam drogas frequentemente foram descritos, até aos 18 anos, como sendo incapazes de tirar prazer das relações com pessoas significantes. À possibilidade de uma qualquer relação, eles reagem com hostilidade, destruição e retirada emocional. Além disto, estes sujeitos também não eram capazes de investir na escola ou trabalho, ou por outras palavras, não tinham a capacidade de canalizar a sua energia em função de futuras tarefas significativas. Deste modo, não conseguiam tirar prazer nem do amor nem do trabalho, sendo estes dois pilares que proporcionam satisfação e dão sentido à vida. Ora, se não existem pilares de orientação na vida do sujeito, então os seus impulsos irão encontrar muito pouca resistência interna, cedendo com muita facilidade ao impulso do consumo de substâncias ilícitas. Este estudo, sendo longitudinal, mostrou ainda que os sujeitos que consumiam drogas frequentemente, aos 7 anos já apresentavam sinais de auto-controlo e stress emocional.

Os efeitos actuais fisiológicos das drogas e o contexto e implicações do seu uso podem ser vistos para prover soluções, embora mal adaptadas, para um processo de separação e independência relativamente à família. Por exemplo, o uso de drogas pode servir para regular a proximidade e a distância, uma vez que existem drogas que induzem a um estado de regressão psicológica e assim, enquanto o sujeito está sob os seus efeitos sente-se mais próximo da família. Existem drogas que induzem no sujeito um sentido de poder e onnipotência. Quando estão sob o efeito dessas drogas, os sujeitos têm muitas vezes comportamentos agressivos direccionados para a família, especialmente para os pais, proporcionando-lhes deste modo sentirem-se livres e autónomos. O uso de drogas também pode desinibir o comportamento sexual do sujeito, permitindo assim que ele se envolva com outra pessoa, mas sem ser de modo significativo. O sujeito que consome drogas acaba por se relacionar com outros sujeitos da subcultura da droga, começando depois a sentir que tem sucesso, que é independente e adulto. Contudo, ele é competente dentro do espaço da incompetência, sendo esta a subcultura social de insucesso (Van Schoor, E. P., Beach, R., 1993).

A toxicod dependência na adolescência vem dificultar várias tarefas deste período, como lutos e separações que são precisas, a autonomia da família, a maturação da personalidade e dificulta o estabelecimento de uma identidade estável (Rosado, M., 1992).

O acto de experimentar os consumos é voluntario, mas a toxicod dependência não é, nesta situação o desejo dá lugar à necessidade. Nuno Miguel afirma que “a dependência nunca é uma escolha feita num momento, mas um caminho pelo qual se vai deslizando” (Rosado, M., 1992).

A Dependência:

“A dependência de drogas é o desejo compulsivo da obtenção da substância, a qualquer custo, sendo uma necessidade tanto biológica (devido à neuroadaptação) quanto psicológica” (Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005).

O grande problema do consumo de drogas, é a dependência. Seibel e Toscano (2001) afirmam que esta dependência pode acontecer se o uso de alguma substância psicoactiva for abusivo e pode estar associada a alterações neurológicas ou psiquiátricas. A Associação Médica Brasileira (CREMESP), em 2003, definiu a dependência como sendo uma “relação disfuncional entre o indivíduo e o seu modo de consumir uma determinada substância psicoactiva”. Segundo este ponto de vista, a dependência pode ser considerada como uma síndrome, sendo determinada a partir de vários factores de risco e aparece em cada indivíduo de modos diferentes. Silveira, em 1995, explicou que o dependente vê a sua realidade como sendo insuportável, seja ela objectiva ou subjectiva e como não a consegue alterar, consome substâncias psicoactivas para alterar a percepção que tem da mesma (Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005).

Silveira, em 1995, explicou que tanto o “usuário” como o dependente procuram a droga pelo mesmo motivo: a procura de prazer. Para o dependente, além do prazer que lhe proporciona, a droga preenche-lhe espaços vazios importantes, passando então a ocupar um papel central na sua organização. Deste modo, a droga torna-se indispensável

ao funcionamento psíquico do indivíduo, não podendo ele passar sem a mesma (Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005).

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo, em 2003, utilizava os seguintes critérios para definir um quadro clínico como dependência: um forte desejo para consumir a substância; dificuldades de controlar o seu comportamento de consumir a substância em termos do seu início, fim e níveis de consumo; estado de abstinência fisiológico ao terminar ou reduzir o uso da substância; tolerância à substância, de modo a que sejam precisas doses cada vez mais altas para produzir o efeito que inicialmente doses mais baixas provocavam; abandono progressivo de interesses e prazeres alternativos em favor do uso da substância; persistência no uso da substância, mesmo com evidências claras de consequências manifestamente prejudiciais (Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005).

Stahl, em 2002 (cit in Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S., 2005), definiu a dependência como sendo um “estado fisiológico de neuroadaptação produzido pela administração repetida da droga, necessitando da administração para prevenir o surgimento da síndrome de abstinência”. Quando pensamos em dependência, temos que ter em conta que a exposição dos indivíduos à substância é constante e de longo prazo (Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005).

O Conselho Regional de Medicina de São Paulo, em 2003, achou importante definir dois fenômenos associados à dependência: a tolerância e a abstinência. A tolerância é a “necessidade de quantidades aumentadas da substância para atingir intoxicação ou efeito desejado” e a abstinência é a “síndrome que ocorre quando se interrompe o uso do tóxico, causando malefícios que tendem a levar o dependente a querer voltar a consumir droga” (Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005).

Kalina e Kovadloff, em 1988 (cit in Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005), caracterizam o dependente como sendo invadido por imensas angústias de grande intensidade, sendo estas intoleráveis para o seu ego. Deste modo, “sob o efeito da droga, a sensação de fragilidade é substituída por um sentimento de extraordinária consistência e força: é a ilusão de ter conseguido superar o fracasso do ego” (Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005).

Toxicodependência e Vinculação:

O abuso de substâncias é compreendido como uma estratégia disfuncional de *coping* com emoções de angústia, em indivíduos com representações de vinculação evitante. Indivíduos evitantes vêm a sua vinculação relacionada com angústia, da mesma maneira que os indivíduos ambivalentes vêm. Contudo, ao contrário dos ambivalentes, os evitantes não vêm “a procura de proximidade como uma opção viável”. Estes indivíduos não possuem nenhuma estratégia de *coping* da vinculação relacionada com emoções de angústia. Deste modo, o uso de substâncias psicoactivas pode tornar-se atractivo. O abuso de substâncias tem sido descrito como “uma medicação do self contra as emoções de angústia” (Newcomb, 1995, cit in Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U.. 2007) e uma tentativa de lidar com a “instabilidade emocional e a falta de controlo”. Do ponto de vista da vinculação, o consumo de substâncias pode ser entendido como uma tentativa de lidar com a vinculação insegura, para diminuir as emoções de angústia e regular as relações interpessoais. Por outro lado, o abuso de substâncias continuado parece ter consequências negativas nas relações próximas e no desenvolvimento das relações (Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U.. 2007).

A literatura tem indicado que a maior parte dos consumos de substâncias ilícitas inicia-se na adolescência. Ganhar independência e separar-se da família é a maior tarefa de desenvolvimento deste período da vida de qualquer sujeito. Quando há dificuldades no desenvolvimento deste processo, podem ser observadas uma quantidade de respostas inadaptadas, incluindo o abuso de substâncias. Preto (1989) (cit in Van Schoor, E. P., Beach, R., 1993) notou que a separação prematura do adolescente pode levar a uma “identidade pseudoadulta”, que resulta da formação de relações imaturas. O problema da independência física sem o acompanhamento de uma autonomia emocional é também descrito como um “pseudolançamento” da família (McCullough & Rutenberg, 1989) (cit in Van Schoor, E. P., Beach, R., 1993). Aqui, um pai, usualmente o do sexo oposto, está geralmente envolvido numa relação indulgente, protectora e muitas vezes demasiado permissiva com o adolescente que consome drogas. Se partirmos do princípio que a maioria dos consumidores de drogas é rapazes, então esta relação é com a mãe. O pai é destacado como sendo negativo, inconsistente na disciplina e ausente (Van Schoor, E. P., Beach, R., 1993).

A “base familiar insegura” poderá ser um factor de risco adicional que levará a um desenvolvimento sem sucesso da autonomia e a um severo abuso de substâncias. Há vários casos de abusos de substâncias em famílias disruptivas ou situações de quebras de relações em casa, cuidados parentais insuficientes ou não-afectuosos e um “fraco laço” não só com o pai, mas especialmente entra a mãe e o pai. Os adolescentes destas famílias são forçados a ter uma autonomia precoce, deixando a sua vulnerabilidade para a influência negativa dos pares e um contacto cedo com substâncias ilícitas. Ao nível da regulação de emoções, as substâncias psicoactivas parecem ser usadas como um substituto para as experiências relacionais insuficientes (Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U.. 2007).

Um estudo realizado por Shedler, J. e Block, J., em 1990, sobre as características psicológicas em sujeitos que consumiam drogas frequentemente, sujeitos que tinham experimentado ocasionalmente e sujeitos que nunca tinham experimentado, mostrou que tanto os sujeitos que consumiam drogas frequentemente como os que nunca tinham experimentado, tinham recebido cuidados maternos mais pobres do que os sujeitos que tinham experimentado ocasionalmente. Neste estudo longitudinal foram feitas observações dos sujeitos aos 5 anos e as mães dos sujeitos pertencentes ao grupo que consumiam drogas frequentemente e ao grupo que nunca tinham experimentado foram descritas como sendo mais frias, críticas e com uma capacidade de resposta à necessidade das crianças menos adequada do que as mães dos sujeitos pertencentes ao grupo que tinham experimentado drogas ocasionalmente.

A literatura na terapia familiar com adolescentes dependentes de drogas foca-se nos modelos “triangulados”. Neste modelo normalmente há uma colisão entre a criança e um dos pais (geralmente a mãe) e uma relação distante com o outro (geralmente o pai). Há um conflito na díade marital, que é “triangulado” pelo envolvimento da criança, o que deste modo, estabiliza a relação marital. O desenvolvimento da autonomia da criança é impedido desde a adolescência e o seu envolvimento é necessário para continuar a manter a homeostase familiar. Nas relações baseadas num modelo “triangulado”, a criança serve de estabilizador emocional para o descontentamento com a relação marital. O uso de drogas ajuda a suportar esta situação, provendo o adolescente de “pseudo-autonomia”, que produz um sentimento de força e autonomia.

Ao mesmo tempo, ele fica dependente dos seus pais e torna-se dependente da droga (Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U.. 2007).

Comunidades Terapêuticas:

As comunidades terapêuticas (CT) foram criadas, segundo Pozas (1996, cit in Sabino e Cazenave, 2005), em 1979 e tinham como objectivo contribuir para a resolução do problema da dependência de drogas, tendo um ambiente livre das mesmas e tratando o paciente como o maior interveniente na sua cura. “Trata-se de um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afectos controlados, através de normas, horários e responsabilidades” (Sabino e Cazenave, 2005, pág. 168). Nas comunidades terapêuticas trabalha-se para que o paciente sinta que está em tratamento, podendo deste modo haver um trabalho intenso tanto da sua parte como da parte da equipa terapêutica. As CT preocupam-se também com a reabilitação social do sujeito, intervindo assim noutros locais fora do seu próprio espaço (Pozas, 1996, cit in Sabino e Cazenave, 2002).

Nas comunidades terapêuticas fomenta-se o crescimento pessoal, segurança e aceitação dentro do grupo. É daqui que surge a responsabilidade individual, ou seja, cada residente aprende a perceber que a resolução dos seus problemas depende só de si próprio (Bracke, 1997, cit in Tinoco, 2006). As regras básicas de qualquer comunidade terapêutica são: proibição do uso de drogas, de contactos sexuais e do uso de violência. A infracção de qualquer uma destas regras dá direito a expulsão. Para além destas, existe uma outra série de regras que regem o funcionamento diário das CT (Anita, 1997, cit in Tinoco, 2006).

O grupo de encontro é o espaço de terapia por excelência das comunidades terapêuticas modernas. Neste espaço terapêutico fomenta-se a confrontação entre residentes, sendo o objectivo resolverem o conflito e chegarem a encontro. Uma vez que os técnicos, nas CT, não estão acima dos residentes, podem também ser chamados às confrontações. As comunidades terapêuticas modernas devem conseguir coordenar os grupos de encontro e ao mesmo tempo aplicar outras técnicas terapêuticas de grupo (Tinoco, 2006).

MÉTODO

Delineamento:

Este é um estudo correlacional transversal, que pretende explorar as possíveis relações entre as variáveis vinculação e auto-conceito, numa amostra de toxicodependentes em tratamento.

Assim sendo, o primeiro objectivo deste estudo é verificar se uma vinculação mais segura reflecte-se num auto-conceito mais positivo. Sendo esta amostra recolhida em comunidades terapêuticas, havendo portanto um ambiente livre de drogas e uma terapia a sustentar o tratamento dos sujeitos, coloca-se o segundo objectivo de verificar se quanto maior o tempo de tratamento mais alto será o auto-conceito e mais segura será a vinculação. Portanto, pretende descobrir se uma vinculação insegura e um auto-conceito baixo têm relação com a toxicodependência.

Participantes:

Os 65 participantes deste estudo foram recolhidos por conveniência.

Os sujeitos da amostra tinham entre 16 a 57 anos, sendo a média de idades de 35 anos. Mais de metade dos sujeitos pertenciam ao sexo masculino (72% de homens e 28% de mulheres). As habilitações literárias dos mesmos variavam entre a 4ª classe e as licenciaturas, incidindo a média sobre o 8º ano. Relativamente aos familiares com dependências, 46 dos sujeitos (71%) tinham familiares que têm ou já tiveram problemas com drogas e/ou álcool, sendo que 31% indicou o pai, 9% a mãe e 32% o irmão/irmã. A idade média de início dos consumos é 17 anos, registando o valor mais baixo aos 10 anos e o valor mais alto aos 30 anos. Dos nossos participantes, 39% já tomaram metadona, e desses 11% ainda tomam. A média de dias de tratamento da nossa amostra é 248 dias, sendo que o mínimo é 0 dias e o máximo 1136 dias, apresentando um desvio-padrão de 239,99.

Todos estes sujeitos eram toxicodependentes e estavam em processo de tratamento em três comunidades terapêuticas diferentes, estando uma localizada na

margem Sul, outra em Lisboa e outra nos arredores de Lisboa. É de destacar que na comunidade terapêutica localizada na margem Sul, os dados foram recolhidos nos três locais de tratamento que a mesma possui (casa de entrada, comunidade terapêutica e casa de saída). Desta comunidade participaram 44 sujeitos, sendo que 25% estavam na casa de entrada, 31% na comunidade terapêutica e 12% na casa de saída. Da comunidade terapêutica localizada nos arredores de Lisboa participaram 17% dos sujeitos e da comunidade terapêutica localizada em Lisboa participaram 15%.

Instrumentos:

Escala de Vinculação do Adulto (Collins e Read, 1990). Adaptação Portuguesa (Canavarro, M. C., Dias, P., Lima, V., 2006):

Os estudos da consistência interna da EVA, através da análise da média dos itens, mostraram que todos eles se encontram bem centrados. O alpha de cronbach correspondente a cada item apresentava valores entre os 0,759 e 0,688, que são considerados adequados. A análise das correlações entre o item e o valor global revelaram que os itens 1 e 14 não apresentavam valores superiores a 0,2 (de acordo com os critérios de Streiner e Norman, 1989), tendo então que ser reformulados e ajustados. O tempo entre o teste e o reteste correspondeu a um intervalo mínimo de 6 semanas, e as correlações encontradas eram significativas (entre 0,423 e 0,645), o que era sinónimo de uma boa estabilidade temporal.

Alfas de Cronbach	Estudo Original	Adaptação Portuguesa	Presente Estudo
EVA ansiedade	0,75	0,84	0,80
EVA confiança	0,72	0,54	0,70
EVA conforto	0,69	0,67	0,54
EVA confiança-conforto			0,74

Assim, usámos neste estudo a dimensão ansiedade e confiança-conforto, visto que o alfa de cronbach desta dimensão é mais consistente do que o da dimensão confiança e conforto separadas.

Inventário Clínico do Auto-Conceito, Versão Portuguesa (Serra, A. V., 1985):

É uma escala tipo likert, constituída por 20 itens, que mede aspectos sociais e emocionais do auto-conceito. É um instrumento de auto-avaliação, que pretende avaliar a maneira de ser do sujeito e não o estado em que se encontra (Serra, A. V., 1995).

A construção deste instrumento começou por 75 itens, mas devido à metodologia de selecção utilizada ficaram apenas 20, sendo itens do género “Sei que sou uma pessoa simpática”, “De um modo geral, tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas” ou “Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade”. Foi aplicado numa população de 920 indivíduos de “população normal” e desses, 108 voltaram a responder ao questionário com um intervalo mínimo de um mês, fazendo assim um estudo de estabilidade temporal (ou teste reteste). No trabalho que Vaz Serra fez em 1986, “O Inventário Clínico do Auto-Conceito” (cit in Serra, A. V., 1995), fica claro que os 20 itens finais deste instrumento são bons discriminadores de grupos extremos, não são influenciados por diferenças de sexo, apresentam uma correlação altamente significativa com a nota global e mostram uma boa estabilidade temporal, tendo uma correlação teste/reteste de 0.838 (N=108). O coeficiente de Spearman-Brown é de 0.791 (N=920), o que mostra uma boa consistência interna. Primeiro fez-se uma análise dos componentes principais dos 20 itens e depois uma rotação ortogonal do tipo varimax, que provou a existência de seis factores subjacentes que explicam 53,42% da variância total. Dos seis factores extraídos, dois são mistos, por isso foram excluídos. Os primeiros 4 representam dimensões subjacentes específicas: aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade-actividade.

Há imensos estudos realizados em Portugal que comprovam a eficácia do ICAC, dos quais apenas serão referidos três. Vaz Serra, Firmino e Matos (cit in Serra, A. V., 1995) fizeram um estudo em 1987, onde usaram o ICAC e mostraram que quanto melhor é a atmosfera familiar do sujeito, melhor é também o seu auto-conceito e os seus

sentimentos de aceitação social e auto-eficácia. Os factores 1 e 2 do ICAC tiveram uma correlação positiva e muito significativa com alguns modos de interacção com os pais, como uma boa tolerância e aceitação por parte dos mesmos. Vaz Serra, Matos e Gonçalves, em 1986, comprovaram que os sujeitos com sintomatologia depressiva, na população em geral, tendem a ter um auto-conceito pobre e no mesmo ano, Vaz Serra, Gonçalves e Firmino mostraram que passa-se o mesmo com os sujeitos que apresentam uma ansiedade social elevada (cit in Serra, A. V., 1995). Em 1987, Andrade fez um estudo onde concluiu que quanto maior for o auto-conceito do sujeito, menor é a sua propensão para desenvolver sintomas devido ao stress (cit in Serra, A. V., 1995).

O ICAC tem correlações negativas e altamente significativas com a ansiedade social, sentimentos depressivos, perturbações emocionais em doentes psiquiátricos, ansiedade, fobia, depressão e somatização. Por sua vez, este inventário tem correlações positivas e altamente significativas com expectativas gerais, atribuições feitas aos resultados positivos de circunstâncias específicas e auto-afirmação.

Alfas de Cronbach	Estudo Original	Presente Estudo
ICAC aceitação/rejeição social		0,79
ICAC auto-eficácia		0,15
ICAC maturidade psicológica		0,52
ICAC impulsividade/actividade		0,40
ICAC Total	0,79	0,73

Uma vez que os alfas de Cronbach para o presente estudo obtiveram valores tão baixos, irei utilizar apenas a dimensão aceitação/rejeição social desta escala, visto ser a única que apresenta consistência interna.

Uma possível explicação para estes valores tão baixos nos alfas de Cronbach do presente estudo é que o autor do estudo original recolheu a sua amostra nos anos 80, na população dita “normal”, enquanto o estudo em causa recolheu a sua amostra em 2009, numa população de toxicodependentes, que poderão ter uma estrutura dimensional do auto-conceito diferente. Para verificar esta hipótese seria necessário efectuar uma análise factorial do questionário do auto-conceito numa amostra representativa de toxicodependentes em tratamento. Apesar de tudo, a dimensão medida pela escala de Aceitação/rejeição social, bem como a nota total de auto-conceito (0,73) evidencia ser uma dimensão adequada a esta população e com suficiente consistência interna para ser utilizada na análise de resultados.

Estatísticas Descritivas

	Média	Desvio- Padrão	Mínimo	Máximo	Probabilidade associada ao Teste de Normalidade
EVA ansiedade	3,42	0,79	1,83	5,00	0,78
Eva confiança	2,83	0,65	1,00	3,83	n.d.
EVA conforto	3,28	0,74	1,17	4,67	n.d.
EVA confiança-conforto	3,05	0,60	1,50	4,25	0,90
ICAC aceitação/rejeição social	3,32	0,77	1,40	5,00	1,21
ICAC auto-eficácia	6,42	2,47	5,17	20,00	0,76
ICAC maturidade psicológica	3,48	0,63	2,25	5,00	0,76
ICAC impulsividade/actividade	4,15	0,58	2,33	5,00	1,19

n.d. – não disponível

Comparando estes resultados com o estudo de adaptação de Canavarro, Dias e Lima (2006), a média das escalas para 434 sujeitos da população normativa foi: ansiedade = 2,43 (DP = 0,74), confiança = 3,27 (DP = 0,53) e conforto = 3,49 (DP = 0,58). Assim sendo, a média de ansiedade dos sujeitos toxicodependentes está um desvio-padrão acima da média dos sujeitos da população normativa. A média de confiança dos sujeitos toxicodependentes está praticamente um desvio-padrão abaixo dos sujeitos da população normativa, e a média de conforto dos sujeitos toxicodependentes, não registando diferenças tão significativas como as outras dimensões, também é mais baixa do que a da população normativa.

Relativamente ao estudo realizado por Vaz Serra utilizando o Inventário Clínico do Auto-Conceito (1995), este autor apenas fez a média total, para todas as escalas. Como tal, não poderemos comparar os valores da média de cada escala obtidos pela população normativa do seu estudo com os valores da média dos toxicodependentes.

Procedimento:

Foi aplicada uma escala que avalia a vinculação. A Adult Attachment Scale (Collins e Read, 1990), (em português “Escala de Vinculação do Adulto” – EVA) é uma escala do tipo likert e é constituída por 18 itens. A fiabilidade e a validade desta escala foram confirmadas por Collins e Read, em 1990. A versão portuguesa desta escala utilizada neste estudo foi feita por M. Cristina Canavarro, em 1997. Mais tarde, outros autores realizaram outros estudos com a versão portuguesa desta escala (Terreno, 2001; Almeida, 2005), contribuindo assim para o estudo das qualidades psicométricas da escala.

Depois aplicou-se também o Inventário Clínico do Auto-Conceito (A. Vaz Serra, 1985), que mede os aspectos sociais e emocionais do auto-conceito. É também uma escala de tipo likert, constituída por 20 questões, classificadas de 0 a 5. Os itens representam grupos extremos, têm uma correlação altamente significativa com a nota

global e não são sensíveis a diferenças entre sexos. A estabilidade temporal tem uma correlação teste/reteste de 0.838 (N=108), existindo pelo menos 4 semanas de intervalo.

As três instituições foram contactadas por carta, a fim de mostrar o meu interesse em realizar lá este estudo, pedindo deste modo autorização para o mesmo. Antes de aplicar as provas, foi explicado o objectivo do estudo e realçado o aspecto do anonimato e da confidencialidade. Os indivíduos preencheram uma ficha informativa, fornecendo alguns dados pessoais apenas para efeito estatístico, sem nunca estar em causa a sua identificação.

RESULTADOS

De seguida será feita a apresentação e análise estatística dos resultados referentes aos instrumentos utilizados, analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.

Começo por fazer uma análise da relação entre as variáveis dependentes (vinculação e auto-conceito). Verificou-se então que a dimensão ansiedade da escala da vinculação apresenta uma relação negativa significativa com a dimensão aceitação/rejeição social da escala do auto-conceito, enquanto a dimensão conforto-confiança da escala da vinculação apresenta uma relação positiva significativa com a escala do auto-conceito (anexos, output D).

Tabela 1- Correlações entre as dimensões da escala da vinculação e do auto-conceito

	EVA_ansiedade	EVA_conforto- confiança	ICAC_aceitação- rejeição social
EVA_ansiedade	-	-0,417**	-0,244*
EVA_conforto- confiança		-	0,575**

*p=0,05

**p=0,01

Numa tentativa de perceber se existem relações entre as variáveis dependentes e a toxicod dependência (amostra), fizeram-se algumas correlações com o tempo de tratamento, a idade com que começaram os consumos e o facto de terem familiares que consomem drogas e/ou álcool.

Os participantes da Casa de Saída da comunidade terapêutica localizada na margem Sul foram retirados da base de dados quando foram feitas estas correlações, uma vez que eram muito poucos e tinham dias de tratamento muito superiores ao resto da amostra, surgindo assim dois elementos como *outliers*. Os participantes que estavam

a tomar metadona também foram retirados, visto que o nosso objectivo era perceber se o tratamento livre de drogas tinha influência na vinculação e auto-conceito dos sujeitos.

No que diz respeito à variável “dias de tratamento”, a média foi de 248 dias e o desvio-padrão de 239,99. Foi feito o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov e verificou-se que a variável não tinha distribuição normal ($p= 0,000$). Posto isto, usou-se o teste não-paramétrico de Spearman para fazer as correlações entre esta variável e as variáveis dependentes (anexos, output E).

Tabela 2- Dados descritivos da variável “dias de tratamento”

	Média	Desvio- Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Probabilidade associada ao Teste de Normalidade
Dias de Tratamento	248,41	239,99	0	1136	0,000

Esta variável não apresenta relações significativas com nenhuma das escalas, como se pode verificar na tabela 3.

Tabela 3- Correlações entre os dias de tratamento e a escala da vinculação e auto-conceito

Itens	Factores
	Dias de Tratamento
EVA ansiedade	0,100
EVA confiança-conforto	0,032
ICAC aceitação/rejeição social	0,119

Para uma exploração mais exaustiva do efeito do tempo de tratamento, dividimos os sujeitos em 2 grupos, definidos a partir da mediana dos dias de tratamento (166 dias). Assim, ficámos com um grupo que estava há menos tempo em tratamento (até 166 dias) e outro que estava há mais tempo em tratamento (mais de 166 dias).

Posto isto, fomos ainda testar a relação entre vinculação e auto-conceito nos dois grupos criados. Os resultados mostram que existem diferenças entre os dois grupos, sendo que a relação entre estas duas variáveis (vinculação e auto-conceito) é mais significativa no grupo que está em tratamento há mais tempo do que no grupo que está em tratamento há menos tempo. Por exemplo, a relação entre ansiedade e confiança-conforto é negativa e significativa no grupo que está em tratamento há menos tempo, mas no grupo que está em tratamento há mais tempo é ainda mais negativa (passa de -0,337 para -0,512). Na relação entre ansiedade e aceitação/rejeição social passa-se exactamente a mesma coisa, há excepção que no primeiro grupo a relação não é significativa e no segundo é (passa de -0,111 para -0,402). Entre confiança-conforto e aceitação/rejeição social a relação é positiva e significativa, mas mais uma vez o valor é mais forte no grupo que está há mais tempo em tratamento (passa de 0,509 para 0,624).

Tabela 5- Correlações entre as escalas da vinculação e do auto-conceito para o grupo que estava há menos tempo em tratamento

	EVA ansiedade	EVA confiança- conforto	ICAC aceitação/rejeição social
EVA ansiedade	-	-0,337*	-0,111
EVA confiança- conforto		-	0,509**

*p=0,05

**p=0,01

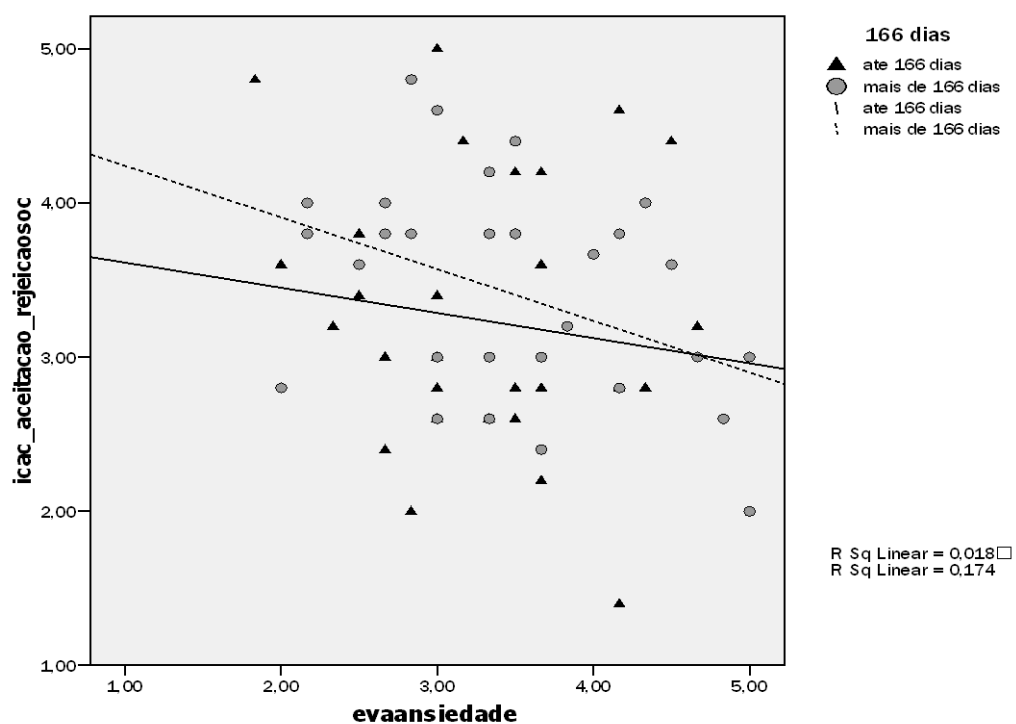
Tabela 6- Correlações entre as escalas da vinculação e do auto-conceito para o grupo que estava há mais tempo em tratamento

	EVA ansiedade	EVA confiança- conforto	ICAC aceitação/rejeição social
EVA ansiedade	-	-0,512**	-0,402*
EVA confiança- conforto		-	0,624**

*p=0,05

**p=0,01

Gráfico 1- Correlações entre aceitação/rejeição social e ansiedade nos dois grupos



No que concerne à variável “idade com que começaram a consumir drogas”, apresentou uma média de 17 anos e um desvio-padrão de 4,96. Depois de aplicado o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, verificou-se que a variável não tem uma distribuição normal ($p= 0,000$), portanto as correlações foram feitas através do teste não-paramétrico de Spearman (anexos, output F).

Tabela 7- Dados descritivos da variável “Idade com que começaram a consumir drogas”

	Média	Desvio- Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Probabilidade associada ao Teste de Normalidade
Idade com que começaram a consumir drogas	17,81	4,96	10	30	0,000

Os resultados mostraram que existe uma relação significativa positiva entre a idade com que começaram a consumir drogas e a dimensão ansiedade da escala de vinculação, ou seja, quanto mais tarde começam a consumir drogas mais ansiedade apresentam. A dimensão confiança-conforto também apresenta uma relação significativa, mas negativamente, ou seja, quanto mais tarde começam a consumir drogas, menor confiança e conforto terão na relação com os outros. Na dimensão aceitação/rejeição social da escala do auto-conceito registou-se uma correlação negativa significativa com a idade com que começam a consumir drogas, o que significa que quanto mais tarde começam a consumir drogas, menor será a aceitação/rejeição social.

Tabela 8- Correlações entre a idade do início do consumo de drogas e a escala de vinculação e auto-conceito

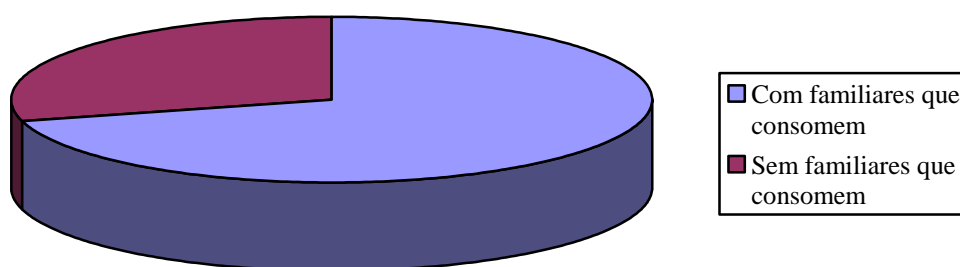
Itens	Factores Idade das Drogas
EVA ansiedade	0,279*
EVA confiança-conforto	-0,265*
ICAC aceitação/rejeição social	-0,296**

*p=0,05

**p=0,01

Analísámos ainda a variável “ter familiares que consomem drogas e/ou álcool”. Dos sujeitos que participaram neste estudo, 71% tinham familiares que consumiam drogas e/ou álcool. Foi depois pedido para identificarem o familiar em questão. A percentagem dos sujeitos que identificaram o pai foi de 31%. Relativamente aos sujeitos que identificaram a mãe, a percentagem foi de 9% e, por último, os sujeitos que identificaram o irmão/irmã obtiveram uma média de 32%. Uma vez que a variável é dicotómica ordinal, fizemos as correlações através do teste não-paramétrico de Spearman (anexos, output G).

Gráfico 2- Participantes que têm ou não familiares que consomem drogas e/ou álcool



Os resultados obtidos mostraram que não existem relações significativas com o pai, mãe e irmão/irmão com nenhuma das dimensões da escala da vinculação nem do auto-conceito, ou seja, esta variável não tem influência nestes constructos.

Tabela 9- Correlações entre os familiares associados aos consumos e a escala da vinculação e do auto-conceito

Ítems	Factores		
	Pai	Mãe	Irmão/Irmã
EVA ansiedade	0,134	-0,185	0,158
EVA confiança-conforto	-0,136	0,194	-0,074
ICAC aceitação/rejeição social	0,190	-0,068	-0,115

DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão analisados e discutidos os resultados obtidos e apresentados no capítulo anterior. Começarei por falar dos dados descritivos relativos aos participantes e depois confrontarei os resultados obtidos com os objectivos deste estudo.

A maioria dos sujeitos que participarem neste estudo era do sexo masculino (72%), o que corresponde à ideia defendida pela literatura de que há mais homens toxicodependentes do que mulheres (Van Schoor & Beach, 1993). A idade média de início dos consumos foi 17 anos, que vai ao encontro da ideia defendida por Van Schoor & Beach (1993), de que a maior parte dos consumos de substâncias ilícitas inicia-se na adolescência. Contudo, a idade média dos participantes foi 35 anos, o que mostra que, estando estes em tratamento, as pessoas só pedem ajuda uns anos depois de terem iniciado os consumos, numa fase já mais avançada do seu problema.

As habilitações literárias dos nossos participantes variavam entre a 4ª classe e as licenciaturas, mas a média dos sujeitos era o 8º ano de escolaridade. Este facto vai de encontro à ideia defendida por Shedler & Block (1990), de que os sujeitos que consumiam drogas frequentemente tinham dificuldade em investir na escola ou no trabalho, ou seja, não conseguiam canalizar as suas energias em futuras tarefas significativas e assim tirar prazer das mesmas.

A grande maioria dos participantes (71%) tinham familiares com dependências de drogas e/ou álcool. A maioria dos familiares mencionados foi os irmãos/irmãs e outros, só depois seguidos pelo pai. Sendo estes familiares próximos, é possível deduzir a fraca qualidade e a instabilidade das relações entre eles. Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, & Kustner, em 2007, afirmam que as substâncias psicoactivas podem ser usadas como substitutos para as experiências relacionais insuficientes, principalmente em famílias disruptivas ou nas quais existem poucos cuidados parentais e um fraco laço com o pai e entre ele e a mãe.

Se o objectivo deste estudo é verificar as associações e alterações dos modelos internos de vinculação e do auto-conceito em sujeitos toxicodependentes que frequentam um tratamento livre de drogas, temos que ter em conta que 11% da nossa amostra ainda estavam, no momento da recolha dos dados, a consumir metadona, ou seja, não estavam propriamente “livre de drogas”.

A média dos dias de tratamento dos sujeitos que participaram neste estudo foi de 248 dias, mas é preciso notar que os sujeitos estavam internados em três comunidades diferentes, com métodos de trabalho diferentes e que uma delas (a da margem Sul), tinha três casas diferentes (casa de entrada, comunidade terapêutica e casa de saída). Como tal, o tratamento dos sujeitos que estavam na casa de entrada ainda tinha poucos dias e dos sujeitos que estavam na casa de saída já tinha muitos dias, o que foge um pouco à norma do resto dos sujeitos que estavam nas comunidades.

A comparação entre a média das dimensões da escala da vinculação do nosso estudo com toxicodependentes e do estudo de Canavarro, Dias e Lima (2006) com uma população normativa, mostrou que os sujeitos toxicodependentes têm valores mais altos na dimensão ansiedade e mais baixos nas dimensões conforto e confiança. Os sujeitos toxicodependentes registam um predomínio de acontecimentos traumáticos no seu desenvolvimento, o que tornará mais difícil construir relações baseadas numa vinculação segura (Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucuis & Troutman, 2005). O abuso de substâncias tem sido descrito como “uma medicação do self contra as emoções de angústia” (Newcomb, 1995, cit in Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt & Kustner, 2007). Os nossos resultados vão ao encontro da literatura, mostrando que os toxicodependentes são, no geral, mais ansiosos do que a população normativa e têm mais dificuldades em manter relações próximas com os outros.

As duas dimensões da escala da vinculação apresentam uma correlação negativa significativa (para $p=0,01$), o que significa que quanto maior é a ansiedade dos sujeitos, menor é a sua confiança e conforto no contacto próximo com os outros. Sabemos que se a criança tiver medo de ser abandonada pelas figuras de vinculação, qualquer actividade que implique interacção vai tornar-se numa fonte de ansiedade e perturbação emocional, o que irá dificultar todo o processo de desenvolvimento psicológico (Bowlby, 1969, 1973). Esta ideia vem defender o resultado mostrado pelo presente estudo, de que

quando o sujeito tem medo de ser abandonado, qualquer proximidade com o outro irá provocar-lhe ansiedade ao invés de lhe provocar um sentimento de confiança e conforto.

Apesar de só se ter utilizado uma dimensão da escala do auto-conceito, podemos verificar que existe uma correlação significativa com a escala da vinculação. Os resultados mostram que quanto maior é a ansiedade, menor é a percepção de aceitação social do sujeito. Griffin & Bartholomew, em 1994 (cit in Dewitte, Houwer & Buysse, 2008), afirmaram que cada tipo de vinculação tinha associado um tipo de auto-conceito, sendo que os sujeitos com vinculações inseguras tinham uma visão negativa do seu self e além disto, este tipo de vinculação era associada a uma baixa auto-estima. Neste estudo podemos verificar esta relação entre vinculação e auto-conceito, visto que quanto mais ansiedade o contacto com os outros provoca no sujeito, maior será a sua percepção de se sentir rejeitado socialmente.

Relativamente à dimensão conforto-confiança da escala da vinculação, apresentou uma correlação positiva e significativa (para $p=0,01$) com a escala do auto-conceito. Esta correlação indica que quanto mais conforto e confiança o sujeito sente na relação com os outros, maior será a sua percepção de aceitação social. Knee, Canevello, Bush & Cook, em 2008, afirmaram que tanto o sucesso como as falhas nos domínios relevantes para o self resultam da quantidade de afecto que o sujeito recebe e das flutuações da sua auto-estima. Esta ideia vai ao encontro dos resultados deste estudo, de que quanto mais o sujeito se relacionar de forma próxima com os outros, maior será o sucesso nos domínios relevantes para o seu self, o que, conseqüentemente, o fará ganhar uma percepção de maior aceitação social.

Isto corresponde então a um dos objectivos deste estudo, que era perceber se existia relação entre vinculação e auto-conceito. Knee, Canevello, Bush & Cook, em 2008, afirmaram que existem pessoas que são mais afectadas do que outras pelos eventos das relações nas suas vidas, mais propriamente no seu sentimento de mérito e de valor. Denomina-se por auto-estima contingente das relações o fenómeno de alguém ter a sua auto-estima dependente de uma relação. Isto é uma forma muito pouco saudável de auto-estima, que pode ser formada pela frustração de uma destas três necessidades básicas psicológicas: autonomia, competência e capacidade de se relacionar. Como sabemos que os sujeitos toxicodependentes têm dificuldades em se

relacionar com os outros, podemos deduzir que uma falha na vinculação provocará uma falha no auto-conceito, ou seja, as dificuldades no relacionamento com os outros irão provocar ansiedade no contacto, o que por sua vez irá provocar uma diminuição do sentimento de mérito e valor do sujeito, logo, maior é a sua percepção de rejeição social.

No que concerne ao segundo objectivo deste estudo, de perceber se os constructos de vinculação e auto-conceito sofreram alterações ao longo do tratamento dos sujeitos, não se verificaram alterações significativas, mas esta conclusão é apenas uma possível interpretação entre outras alternativas. Ao pensarmos sobre isto, temos que ter em conta que este não é um estudo longitudinal, ou seja, os sujeitos só foram avaliados num momento do seu tratamento. Os tratamentos nas comunidades terapêuticas não têm uma evolução linear, como em qualquer psicoterapia, são influenciados por imensas variáveis externas, como por exemplo o ambiente harmonioso ou não do grupo, e como tal, têm “altos e baixos”, momentos melhores e piores, momentos de avanço e retrocesso na terapia individual de cada sujeito.

Para além disto, também existe a hipótese de as formas de trabalho das comunidades terapêuticas não incidirem sobre os modelos internos de vinculação dos sujeitos nem sobre os modelos organizativos do auto-conceito. Contudo, o auto-conceito só foi avaliado numa dimensão (aceitação/rejeição social), dado ser a única a ter consistência interna para ser trabalhada neste estudo. Não sabemos se as outras dimensões do auto-conceito têm ou não relações significativas com os dias de tratamento, portanto, não sabemos se serão trabalhadas no trabalho desenvolvido pelas comunidades.

Convém ainda salientar o facto de estarem presentes neste estudo três comunidades terapêuticas diferentes, que orientam o seu trabalho por modelos distintos, e ainda que a comunidade terapêutica da margem Sul desenvolve um trabalho diferente com os residentes consoante o sítio onde eles estejam (casa de entrada, comunidade terapêutica ou casa de saída).

A literatura diz que quando o sujeito consome drogas para reduzir as suas insatisfações do passado e percebe muitos custos e poucas recompensas com o seu uso, muito mais facilmente se motiva para a mudança comportamental e atribui as suas motivações para a abstinência a factores relacionados com o auto-conceito (Downey,

Rosengren & Donovan, 2000). A dimensão mais indicada da escala do auto-conceito usada neste estudo para avaliar esta motivação seria a auto-eficácia, mas como não conseguimos usar esta dimensão, não conseguimos avaliar este aspecto.

Numa tentativa de uma maior e melhor exploração desta variável, foram criados dois grupos a partir do valor da mediana dos dias de tratamento, sendo que um estava há menos tempo em tratamento (até 166 dias) e outro há mais (mais de 166 dias). Conseguimos então verificar que há uma evolução da relação entre vinculação e auto-conceito de um grupo para outro. Existe uma correlação negativa significativa entre ansiedade e confiança-conforto no grupo que está há menos tempo, mas que ainda se torna mais negativa no grupo que está há mais tempo. A correlação entre ansiedade e aceitação/rejeição social também é negativa, mas no primeiro grupo não é significativa e no segundo já é. A confiança-conforto correlaciona-se positiva e significativamente (para $p=0,01$) com a aceitação/rejeição social no primeiro grupo, mas mais uma vez o valor desta correlação é reforçado no segundo grupo.

Consoante o tipo de vinculação de cada pessoa (segura, insegura evitante ou insegura ambivalente), ela vive as experiências de modos diferentes e regula também de modos diferentes as suas emoções negativas, o que irá ter consequências no seu auto-conceito (Cooper, Shaver & Collins, 1998). Percebemos assim que a vinculação e o auto-conceito são constructos que se interligam. É frequente encontrar auto-conceitos negativos em consumidores de drogas e isso está relacionado com as raízes etiológicas encontradas numa história familiar e social de rejeição, falhas e frustração (Dumont, Florent, McGill U, Montreal, Vamos & Peter, 1975). O presente estudo mostra que os sujeitos toxicodependentes apresentam, numa primeira fase de tratamento, uma ligação um pouco mais fraca entre vinculação e auto-conceito, que vai sendo trabalhada na comunidade terapêutica e que se torna mais forte numa fase posterior do tratamento.

A vinculação parece estar relacionada com a idade em que os sujeitos começam a consumir drogas, no sentido em que quanto mais tarde iniciam os consumos, maior será a sua ansiedade. Relativamente à dimensão confiança-conforto desta mesma escala, os resultados mostram que quanto mais tarde os sujeitos iniciam os seus consumos, menor confiança e conforto terão na proximidade com os outros.

A literatura aponta para o facto de os sujeitos com vinculações inseguras terem uma imagem negativa do self e dos outros, sendo que quando a vinculação é do tipo insegura evitante, os sujeitos evitam ao máximo o contacto próximo com os outros (Rick & Vanheule, 2007). Apesar de não termos feito nenhuma classificação do tipo de vinculação dos sujeitos que participaram neste estudo (não sendo esse o objectivo do mesmo), podemos supor que os nossos participantes tinham modelos internos de vinculação inseguros evitantes, justificando deste modo os valores obtidos na ansiedade e na confiança e conforto quanto à relação com os outros.

Sabemos que muitos indivíduos que iniciam os consumos de substâncias ilícitas na adolescência, precocemente se tornam autónomos e parecem usar as substâncias psicoactivas como um substituto para as experiências relacionais insuficientes (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt & Kustner, 2007). Podemos pensar que, como estes sujeitos iniciam cedo os seus consumos, “habitua-se” a relacionar-se com os outros sem que isso lhe cause tanta ansiedade do que os sujeitos que iniciam os seus consumos mais tarde, uma vez que já têm a personalidade formada e certas características definidas, sendo então mais difícil encontrar estratégias para lidar com a ansiedade.

O consumo de substâncias ilícitas muitas vezes não é mais do que uma tentativa para diminuir as emoções de angústia e regular as relações interpessoais. Contudo, o abuso de substâncias continuado parece ter consequências negativas nas relações próximas e no desenvolvimento das relações (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt & Kustner, 2007). Isto poderá servir de explicação para o facto de este estudo mostrar que quanto mais tarde os sujeitos iniciam os seus consumos, menor conforto e confiança irão ter na relação com os outros. Uma vez que o sujeito não consegue lidar com as suas angústias, inicia o consumo de substâncias numa tentativa de resolver esse mal-estar, mas com os consumos continuados continuará a afastar os outros de si e a não querer partilhar relações próximas e íntimas com os outros.

O auto-conceito registou uma correlação negativa significativa (para $p=0,01$) com a idade em que os sujeitos começaram a consumir drogas, mostrando então que quanto mais tarde os sujeitos começam a consumir drogas, menor será a sua percepção de aceitação social. A toxicodependência na adolescência vem dificultar várias tarefas

deste período, como a maturação da personalidade e o estabelecimento de uma identidade estável (Rosado, 1992). Segundo esta teoria, os sujeitos teriam, supostamente, mais dificuldades na construção e organização do seu auto-conceito, sendo este então mais fraco e instável quanto mais cedo os sujeitos iniciassem os seus consumos. O estudo presente não mostrou isso, contudo, mais uma vez saliento que apenas avaliou uma dimensão do auto-conceito, a aceitação/rejeição social, e esta poderá não ser afectada pelo início precoce dos consumos, mas serem outras dimensões da mesma escala que não puderam ser avaliadas neste estudo.

Como já referido mais acima neste capítulo, 71% dos sujeitos que participaram neste estudo tinham familiares que consumiam ou já tinham consumido drogas e/ou álcool. Posto isto, tentámos perceber se estes eram familiares próximos dos sujeitos e se isso teria influência nas variáveis estudadas. Os resultados indicam que não existem relações significativas com o pai, a mãe e o irmão/irmão com nenhuma das dimensões da escala da vinculação nem do auto-conceito.

Podemos pensar que existem outros factores que podem ter mais impacto na relação com os pais e com os familiares, tais como a negligência e os maus-tratos, independentemente de estes familiares consumirem substâncias ilícitas ou não.

CONCLUSÃO

Com o presente estudo, concluímos que existe, de facto, uma relação entre vinculação e auto-conceito. Estes constructos não sofrem alterações significativas ao longo do tratamento nas comunidades terapêuticas, no entanto a relação entre os mesmos torna-se mais coesa.

Podemos retirar como conclusões inovadoras deste trabalho o facto de os toxicodependentes em tratamento terem uma vinculação mais ansiosa do que uma amostra da população normativa. Outro resultado inovador foi o facto de a qualidade da vinculação estar associada ao auto-conceito de aceitação social, sendo esta associação mais forte em sujeitos com mais tempo de tratamento (mais de 166 dias de tratamento).

Através da aplicação do Inventário Clínico do Auto-Conceito (Serra, A. V., 1985), deduzimos que o auto-conceito dos sujeitos toxicodependentes organiza-se de um modo diferente do resto da população, uma vez que os alfas de Cronbach não tiveram consistência interna em três dimensões (auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade/actividade).

Como limitações deste estudo podem ser apontadas a amostra relativamente reduzida (65 participantes), dado que os vários locais onde foi feita a recolha de dados praticavam tratamentos diferentes, consoante o objectivo do mesmo. Além disto, os sujeitos encontravam-se em fases diferentes do tratamento, o que poderá também ser uma limitação, visto que cada fase tem objectivos distintos das outras. Por último, o inventário clínico do auto-conceito não foi usado no seu total, o que limitou a avaliação do auto-conceito dos participantes.

Desta forma, as sugestões para futuros estudos passam por analisar o efeito dos tratamentos de CT na vinculação e auto-conceito, visto que não é linear, tendo provavelmente um efeito de modificação na estrutura de personalidade e não necessariamente em dimensões isoladas na personalidade. Outra sugestão seria a realização de um estudo longitudinal, em que possa avaliar o mesmo sujeito várias vezes ao longo do seu tratamento, percebendo assim com mais clareza a evolução das variáveis a serem estudadas. Por último, será também interessante aplicar outras escalas

do auto-conceito a sujeitos toxicodependentes, de forma a perceber então qual é a organização deste constructo nesta amostra.

Referências Bibliográficas:

- Abelaira, R.. 1993. Relação mãe-filho na toxicodependência. *II Congresso Internacional, V Encontro das TAIPAS*. Vol.5, pp. 73-75.
- Ainsworth, M.. 1991. Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.). *Attachment across the life cycle*. Pp. 33-51. London: Routledge.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., Wall, S.. 1978. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Bowlby, J.. 1969. *Attachment and Loss*. Vol. 1. London: Tavistock Publications.
- Bowlby, J.. 1969. *Disruption of affectional bonds and its effects on behavior*. Canada's Mental Health Supplement, 59.
- Bowlby, J.. 1973. *Attachment and Loss*. Vol. 2 Separation. London: Tavistock Publications.
- Bowlby, J.. 1979. *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock, London.
- Bowlby, J.. 1980. *Attachment and Loss*. Vol. 3: Loss. New York: Basic Books.
- Canavarro, M. C., Dias, P., Lima, V.. 2006. A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da *Adult Attachment Scale-R (AAS-R)* na população portuguesa. *Psicologia*. Vol. XX, nº 1, pp.155-186.
- Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R., Troutman, B.. 2005. Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behaviors*. Vol. 30, pp. 1007-1011
- Collins, N. L., Read, S. J.. 1990. Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 58, nº4, pp. 644-663.

- Cooper, M. L., Shaver, P. R., Collins, N. L.. 1998. Attachment Styles, Emotion Regulation, and Adjustment in Adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol.74, nº 5, pp 1380-1397.
- Corte, C., Zucker, R. A.. 2008. Self-concept disturbances: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addictive Behaviors*. Nº 33, pp.1282-1290.
- Crowell, J., Fraley, R.C., & Shaver, P. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment theory and research*. pp. 434-465. New York:Guilford Press.
- Dewitte, M., Houwer, J .D., Buysse, A.. 2008. On the role of the implicit self-concept in adult attachment. *European Journal of Psychological Assessment*. Vol.24, nº 4, pp. 282-289.
- Donald J. Samuels, D. J., Samuels M.. 1972. Low self-concept as a cause of drug abuse. *Journal of Drug Education*. Volume 4, nº 4.
- Downey, L., Rosengren, D. B., Donovan, D. M.. 2000. To Thine own self be true: self-concept and motivation for abstinence among substance abusers. *Addictive Behaviors*. Vol. 25, nº 5, pp.743-757.
- Dumont, Florent, McGill U, Montreal, Canada Vamos, Peter. 1975.The Etiology and Treatment of Drug Addiction: A Problem in Self Concept and Adaptation. *Addiction Therapist*, vol.1, nº1,pp.31-36.
- Geadá, M.. 1990. Padrões de Vinculação Afectiva e Níveis de Desenvolvimento do Auto-Conhecimento em Toxicodependentes e Não-Toxicodependentes. *Jornal de Psicologia*. Vol. 9, nº 4/5, pp.14-18.
- Guedeney, N., Guedeney, A.. 2004. *Conceitos e Aplicações*. Climepsi.
- Huntwork, D. and Ferguson, L. W.. 1977. Drug use and deviation from self-concept norms. *Journal of abnormal child psychology*. Vol. 5, nº 1, pp.53-60.
- Kirkpatrick, L. A..1998. Evolution, Pair-Bonding, and Reproductive Strategies. A Reconceptualization of Adult Attachment. *Attachment Theory and Close Relationships*. The Guilford Press.

- Knee, C. R., Canevello, A., Bush, A., Cook, A.. 2008. Relationship-Contingent Self-Esteem and the Ups and Downs of Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 95, nº3, pp.608-627
- Leitão, E.. 1994. A “Urgência” em Toxicodependência. Primeiro Seminário de Formação em Toxicodependência. *Centro das Taipas*.
- Miguel, N.. 1997. Toxicodependência: Uma Perspectiva. *Toxicodependências*. Vol. 3, nº 1, pp.25-30.
- Oreo, A., Ozgul, S.. 2006. Grief experiences of parents coping with an adult child with problem substance use. *Addiction Research and Theory*. Vol. 15 (1), pp. 71-83.
- Pedro, J. G.. 1985. A Relação Mãe-Filho. *Imprensa Nacional – Casa da Moeda*. Pp. 71-78.
- Pereira, L. S.. 1994. Toxicodependências, Toxicodependentes e Comportamento Social. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. Vol. 6, pp.63-69.
- Rick, A., Vanheule, S.. 2007. Attachment Styles in Alcoholic Inpatients. *European Addiction Research*. Vol. 13, pp.101-108.
- Rosado, M.. 1992. Adolescência e Toxicodependência. Encontro “Adolescência e Saúde Mental”. *Centro das Taipas*.
- Sabino, N. D. M., Cazenave, S. O. S.. 2005. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoactivas. *Estudos de Psicologia*. Vol. 22, nº 2, pp.167-174.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U.. 2007. Insecure family bases and adolescent drug abuse: a new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*. Vol. 9, nº 2, pp.111-126.
- Seabra, D., Costa, H. 1991. Auto-Conceito e Coping numa População Prisional do Algarve. Criminalidade e Cultura, vol. II. *Actas do Colóquio Internacional organizado pela Associação Mundial de Psiquiatria e Psicologia Forenses e pelo Centro de Estudos Judiciais*.

- Serôdio, C., Diniz, A. M., Pires, J.. 2004. Validação do Inventário Clínico do Auto-Conceito: Estudo com uma amostra de idosos não institucionalizados. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. X Conferência Internacional*. Braga, Psiquilíbrios Edições.
- Shedler, J., Block, J.. 1990. Adolescent drug use and psychological health. A Longitudinal Inquiry. *American psychologist*. Vol. 4, nº 5, pp. 612-630.
- Serra, A.V.. 1988. Atribuição e Auto-Conceito. *Psychologica*. Nº1, pp. 127-141.
- Serra, A. V.. 1988. O Auto-Conceito. *Análise Psicológica*. Vol. 2, nº 6, pp.101-110.
- Serra, A. V.. 1992. O Interesse Clínico das Escalas de Avaliação do Auto-Conceito e de Coping. *Revista de Psicologia Militar*. Vol. SPC, pp.29-45.
- Serra, A. V.. 1995. Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Provas Psicológicas em Portugal*. Vol. 1, pp.151-163.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S..1998. Attachment in Adulthood. *Attachment Theory and Close Relationships*. The Guilford Press.
- Tinoco, R.. 2006. Comunidades Terapêuticas Livres de Drogas – da Intervenção Ideológica à Intervenção Psicoterapêutica. *Toxicodependências*. Vol. 12, nº1, pp. 21-30.
- Torres, N., Sanches, M., Neto, D.. 2004. Experiências Traumáticas e Estilos de Vinculação Adulta a Parceiros de Intimidade em Toxicodependentes e Estudantes. *Toxicodependências*. Vol.10, nº 3, pp.57-70.
- Van Schoor, E. P., Beach, R.. 1993. Pseudoindependence in adolescent drug abuse: a family systems perspective. *Family therapy*. Vol. 20, nº 3, pp.191-202.
- Waters, H. S., Waters, E.. 2006. The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*. Vol. 8, nº 3, pp.185-197.

ANEXOS

Instrumentos

Escala de Vinculação do Adulto

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

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

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

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO
(A. VAZ SERRA — 1985)

Nome _____ Idade _____ Estado civil _____ Data ____/____/____
 Sexo _____ Habilitações _____ Profissão _____
 Naturalidade _____ Residência _____
 F1 (1+4+9+16+17)= _____ F2 (3+5+8+11+18+20)= _____ F3 (2+6+7+13)= _____ F4 (10+15+19)= _____ Total= _____

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não concorde	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1 — Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 — Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 — Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 — No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 — Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 — Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 — Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 — De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 — Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 — Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 — Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 — Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 — Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 — Considero-me competente naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 — Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 — A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 — Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 — Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 — Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 — Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cartas de Consentimiento Informado

Setúbal, 27 de Abril de 2009

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo

Exmo(s). Sr(s). Responsável Clínico:

Venho por este meio pedir autorização para realizar um estudo na Comunidade Terapêutica _____, no âmbito da Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, orientada pelo professor Nuno Torres, que pretende relacionar a vinculação e o auto-conceito com a toxicodependência. O estudo pretende perceber o tipo de vinculação que os toxicodependentes estabelecem com os parceiros românticos, verificar o tipo de auto-conceito que possuem, e analisar, por último, a relação existente entre a vinculação e o auto-conceito. Para isso, irei precisar da colaboração de o máximo de sujeitos possíveis que frequentem o tratamento na comunidade terapêutica. Ser-lhes-á aplicado um questionário que avalia a vinculação (Adult Attachment Scale, de Collins e Read, 1990), onde terão de responder a uma escala com 18 itens, um inventário que avalia o auto-conceito (Inventário Clínico do Auto-Conceito, de Vaz Serra, 1985), composto por 20 questões, e um questionário que avalia as duas dimensões básicas das diferenças individuais no estilo de vinculação dos adultos: a evitação e a preocupação (Questionário “Experiências em Relações Próximas, de Brennan, Clark, & Shaver, 1998), composto por 36 afirmações, e os sujeitos assinalam o grau em que concordam com cada uma. As respostas serão totalmente confidenciais e anónimas, não estando em causa a identificação de nenhum sujeito, uma vez que os dados serão analisados todos em conjunto.

Desde já muito obrigada pela atenção.

Com os melhores cumprimentos, espero a sua resposta

Ana Ramalho

Carta – Termo Consentimento Informado

Eu, _____, certifico que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que Ana Filipa Avelino Ramalho se encontra a efectuar no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa).

A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente esclarecida por Ana Filipa Avelino Ramalho.

Tive a oportunidade de formular as questões que achei oportunas, as quais me foram satisfatoriamente respondidas.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco. Sou livre de responder às questões desta investigação e posso a qualquer altura retirar o meu consentimento, terminando assim a minha participação na investigação sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Participante _____ Data

Investigador Ana Filipa Avelino Ramalho Data

Outputs

Output A

Estatísticas Descritivas

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
idade	65	16	57	34,57	8,571
sexo	65	0	1	,72	,451
habilitações	63	4	13	8,63	2,778
irmãos	65	0	1	,94	,242
pai	65	,00	1,00	,3077	,46513
mae	65	,00	1,00	,0923	,29171
irmao_irma	65	,00	1,00	,3231	,47129
idadedrogas	63	10,0	30,0	17,183	5,1668
metadona	64	0	1	,39	,492
metadonaagora	65	0	1	,11	,312
dosagem	7	5,00	90,00	33,5714	29,25666
diatrata	64	,00	1136,00	248,4063	239,98589
Valid N (listwise)	6				

Output B

Alfas de Cronbach

Case Processing Summary^b

		N	%
Cases	Valid	63	96,9
	Excluded ^a	2	3,1
	Total	65	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

b. programas metadona = ,00

Reliability Statistics^a

Cronbach's Alpha	N of Items
,800	6

a. programas metadona = ,00

Case Processing Summary^b

		N	%
Cases	Valid	63	96,9
	Excluded ^a	2	3,1
	Total	65	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

b. programas metadona = ,00

Reliability Statistics^a

Cronbach's Alpha	N of Items
,543	6

a. programas metadona = ,00

Case Processing Summary^b

		N	%
Cases	Valid	63	96,9
	Excluded ^a	2	3,1
	Total	65	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

b. programas metadona = ,00

Reliability Statistics^a

Cronbach's Alpha	N of Items
,695	6

a. programas metadona = ,00

Case Processing Summary^b

		N	%
Cases	Valid	63	96,9
	Excluded ^a	2	3,1
	Total	65	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

b. programas metadona = ,00

Reliability Statistics^a

Cronbach's Alpha	N of Items
,736	12

a. programas metadona = ,00

Scale: icac_aceitacao_rejeicaosoc

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	65,3
	Excluded ^a	33	34,7
	Total	95	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,793	5

Scale: icac_autoeficacia

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	65,3
	Excluded ^a	33	34,7
	Total	95	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,148	6

Scale: icac_imaturidadepsicologica

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	65,3
	Excluded ^a	33	34,7
	Total	95	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,519	4

Scale: icac_impulsividade_actividade

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	65,3
	Excluded ^a	33	34,7
	Total	95	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,396	3

Scale: icac todos

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	62	53,9
	Excluded ^a	53	46,1
	Total	115	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,729	20

Output C

Homogeneidade de Variâncias

Homogeneous Subsets

evaansiedade

Tukey HSD^{a,b}

local	N	Subset for alpha = 0.05
		1
3 CT Crescer em Loures	11	3,0606
0 Casa entrada Lugar da Manhã	14	3,2738
4 CT Restelo	10	3,4667
1 CT Lugar da Manhã	20	3,5250
2 Casa saída lugar	8	3,8333
Sig.		,139

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,433.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

evacomforto

Tukey HSD^{a,b}

local	N	Subset for alpha = 0.05
		1
4 CT Restelo	10	2,8833
2 Casa saída lugar	8	3,1458
0 Casa entrada Lugar da Manhã	14	3,2857
1 CT Lugar da Manhã	20	3,4000
3 CT Crescer em Loures	11	3,5000
Sig.		,280

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,433.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

evaconf_comf

Tukey HSD^{a,b}

local	N	Subset for alpha = 0.05
		1
4 CT Restelo	10	2,8250
2 Casa saída lugar	8	2,9479
1 CT Lugar da Manhã	20	3,0167
0 Casa entrada Lugar da Manhã	14	3,1429
3 CT Crescer em Loures	11	3,3030
Sig.		,323

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,433.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

icac_aceitacao_rejeicaosoc

Tukey HSD^{a,b}

local	N	Subset for alpha = 0.05
		1
2 Casa saída lugar	8	3,1000
4 CT Restelo	10	3,1600
0 Casa entrada Lugar da Manhã	15	3,2978
3 CT Crescer em Loures	10	3,4000
1 CT Lugar da Manhã	20	3,4600
Sig.		,812

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

- a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,321.
- b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

icac_autoeficacia

Tukey HSD^{a,b}

local	N	Subset for alpha = 0.05
		1
1 CT Lugar da Manhã	20	5,9667
4 CT Restelo	10	5,9833
2 Casa saída lugar	8	6,1667
0 Casa entrada Lugar da Manhã	16	6,7604
3 CT Crescer em Loures	11	7,3333
Sig.		,679

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,671.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

icac_maturidadepsicologica

Tukey HSD^{a,b}

local	N	Subset for alpha = 0.05
		1
2 Casa saída lugar	8	3,3438
0 Casa entrada Lugar da Manhã	15	3,3833
1 CT Lugar da Manhã	20	3,4500
4 CT Restelo	10	3,5500
3 CT Crescer em Loures	10	3,7250
Sig.		,611

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,321.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

icac_impulsividade_actividade

Tukey HSD^{a,b}

		Subset for alpha = 0.05
local	N	1
2 Casa saída lugar	8	3,8750
3 CT Crescer em Loures	10	4,0333
4 CT Restelo	10	4,1000
0 Casa entrada Lugar da Manhã	15	4,1556
1 CT Lugar da Manhã	20	4,3333
Sig.		,331

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11,321.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

Output D

Variáveis Dependentes

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		evaansiedade	evaconf_comf	icac_aceitacao_r ejeicaosoc	icac_autoeficacia	icac_maturidade psicologica	icac_impulsivida de_actividade
N		63	63	63	63	63	63
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	3,4180	3,0556	3,3185	3,1984	3,4802	4,1481
	Std. Deviation	,78908	,59812	,77306	,45972	,62589	,57666
Most Extreme Differences	Absolute	,099	,113	,152	,096	,096	,150
	Positive	,099	,059	,152	,096	,096	,120
	Negative	-,067	-,113	-,081	-,076	-,095	-,150
Kolmogorov-Smirnov Z		,783	,900	1,206	,758	,762	1,189
Asymp. Sig. (2-tailed)		,572	,393	,109	,613	,607	,119

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Correlations

		evaansiedade	evaconf_comf	icac_aceitacao_r ejeicaosoc	icac_autoeficacia	icac_maturidade psicologica	icac_impulsivida de_actividade
evaansiedade	Pearson Correlation	1	-,417**	-,244*	,175	-,240*	,227*
	Sig. (1-tailed)		,000	,028	,086	,030	,038
	N	63	63	62	62	62	62
evaconf_comf	Pearson Correlation	-,417**	1	,575**	,131	,296**	,064

	Sig. (1-tailed)	,000		,000	,155	,010	,309
	N	63	63	62	62	62	62
icac_aceitacao_rejeicaosoc	Pearson Correlation	-,244*	,575**	1	,289*	,462**	,175
	Sig. (1-tailed)	,028	,000		,011	,000	,085
	N	62	62	63	63	63	63
icac_autoeficacia	Pearson Correlation	,175	,131	,289*	1	,273*	,158
	Sig. (1-tailed)	,086	,155	,011		,015	,108
	N	62	62	63	63	63	63
icac_maturidadepsicologica	Pearson Correlation	-,240*	,296**	,462**	,273*	1	,161
	Sig. (1-tailed)	,030	,010	,000	,015		,104
	N	62	62	63	63	63	63
icac_impulsividade_actividade	Pearson Correlation	,227*	,064	,175	,158	,161	1
	Sig. (1-tailed)	,038	,309	,085	,108	,104	
	N	62	62	63	63	63	63

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum
--	---	------	----------------	------------	----------------------------------	---------	---------

						Lower Bound	Upper Bound		
evaansiedade	0 Casa entrada Lugar da Manhã	14	3,2738	,92821	,24807	2,7379	3,8097	1,83	4,67
	1 CT Lugar da Manhã	20	3,5250	,73404	,16414	3,1815	3,8685	2,17	5,00
	3 CT Crescer em Loures	11	3,0606	,71985	,21704	2,5770	3,5442	2,00	4,50
	4 CT Restelo	10	3,4667	,68853	,21773	2,9741	3,9592	2,67	4,83
	Total	55	3,3576	,77739	,10482	3,1474	3,5677	1,83	5,00
evaconf_comf	0 Casa entrada Lugar da Manhã	14	3,1429	,43905	,11734	2,8894	3,3964	1,92	3,75
	1 CT Lugar da Manhã	20	3,0167	,65539	,14655	2,7099	3,3234	1,83	4,25
	3 CT Crescer em Loures	11	3,3030	,47620	,14358	2,9831	3,6229	2,33	4,00
	4 CT Restelo	10	2,8250	,87175	,27567	2,2014	3,4486	1,50	3,83
	Total	55	3,0712	,62514	,08429	2,9022	3,2402	1,50	4,25
icac_aceitacao_rejeicaosoc	0 Casa entrada Lugar da Manhã	15	3,2978	,86991	,22461	2,8160	3,7795	1,40	4,80
	1 CT Lugar da Manhã	20	3,4600	,86353	,19309	3,0559	3,8641	2,00	5,00
	3 CT Crescer em Loures	10	3,4000	,65997	,20870	2,9279	3,8721	2,60	4,60
	4 CT Restelo	10	3,1600	,75895	,24000	2,6171	3,7029	2,00	4,40
	Total	55	3,3503	,79971	,10783	3,1341	3,5665	1,40	5,00
icac_autoeficacia	0 Casa entrada Lugar da Manhã	15	2,9778	,38249	,09876	2,7660	3,1896	2,50	3,83
	1 CT Lugar da Manhã	20	3,2000	,51753	,11572	2,9578	3,4422	2,17	4,00

	3 CT Crescer em Loures	10	3,3000	,43603	,13789	2,9881	3,6119	2,50	3,83
	4 CT Restelo	10	3,2500	,52851	,16713	2,8719	3,6281	2,50	4,33
	Total	55	3,1667	,47467	,06400	3,0383	3,2950	2,17	4,33
icac_maturidadepsicologica	0 Casa entrada Lugar da Manhã	15	3,3833	,73719	,19034	2,9751	3,7916	2,25	5,00
	1 CT Lugar da Manhã	20	3,4500	,64685	,14464	3,1473	3,7527	2,25	4,75
	3 CT Crescer em Loures	10	3,7250	,44799	,14167	3,4045	4,0455	3,00	4,50
	4 CT Restelo	10	3,5500	,64334	,20344	3,0898	4,0102	2,75	4,75
	Total	55	3,5000	,63647	,08582	3,3279	3,6721	2,25	5,00
icac_impulsividade_actividade	0 Casa entrada Lugar da Manhã	15	4,1556	,64077	,16545	3,8007	4,5104	2,67	5,00
	1 CT Lugar da Manhã	20	4,3333	,52981	,11847	4,0854	4,5813	3,33	5,00
	3 CT Crescer em Loures	10	4,0333	,45677	,14444	3,7066	4,3601	3,00	4,33
	4 CT Restelo	10	4,1000	,77060	,24369	3,5487	4,6513	2,33	5,00
	Total	55	4,1879	,59408	,08011	4,0273	4,3485	2,33	5,00

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
evaansiedade	Between Groups	1,748	3	,583	,962	,418
	Within Groups	30,886	51	,606		
	Total	32,634	54			
evaconf_comf	Between Groups	1,329	3	,443	1,142	,341
	Within Groups	19,774	51	,388		
	Total	21,103	54			
icac_aceitacao_rejeicaosoc	Between Groups	,669	3	,223	,336	,800
	Within Groups	33,866	51	,664		
	Total	34,535	54			
icac_autoeficacia	Between Groups	,805	3	,268	1,204	,318
	Within Groups	11,362	51	,223		
	Total	12,167	54			
icac_maturidadepsicologica	Between Groups	,785	3	,262	,633	,597
	Within Groups	21,090	51	,414		
	Total	21,875	54			
icac_impulsividade_actividade	Between Groups	,755	3	,252	,701	,556
	Within Groups	18,304	51	,359		
	Total	19,059	54			

Output E

Dias de Tratamento e V.D's

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
dias_tratamento	64	67,4%	31	32,6%	95	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
dias_tratamento	Mean	248,4063	29,99824
	95% Confidence Interval for Mean		
	Lower Bound	188,4596	
	Upper Bound	308,3529	
	5% Trimmed Mean	225,8646	
	Median	166,0000	
	Variance	57593,229	
	Std. Deviation	239,98589	
	Minimum	,00	
	Maximum	1136,00	
	Range	1136,00	
	Interquartile Range	336,50	
	Skewness	1,415	,299
	Kurtosis	2,295	,590

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
dias_tratamento	,158	64	,000	,858	64	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Correlations

		evaansiedade	evaconf_comf	icac_aceitacao_rejeicaosoc	icac_autoeficacia	icac_maturidade psicológica	icac_impulsividade de atividade	dias_tratamento
evaansiedade	Pearson Correlation	1	-,439**	-,230*	,110	-,272*	,310*	,050
	Sig. (1-tailed)		,000	,047	,213	,023	,011	,359
	N	55	55	54	54	54	54	55
evaconf_comf	Pearson Correlation	-,439**	1	,565**	,155	,274*	,040	,047
	Sig. (1-tailed)	,000		,000	,132	,023	,386	,366
	N	55	55	54	54	54	54	55
icac_aceitacao_rejeicaosoc	Pearson Correlation	-,230*	,565**	1	,347**	,488**	,158	,137
	Sig. (1-tailed)	,047	,000		,005	,000	,125	,159
	N	54	54	55	55	55	55	55
icac_autoeficacia	Pearson Correlation	,110	,155	,347**	1	,322**	,208	,243*
	Sig. (1-tailed)	,213	,132	,005		,008	,064	,037
	N	54	54	55	55	55	55	55
icac_maturidade psicológica	Pearson Correlation	-,272*	,274*	,488**	,322**	1	,122	,010
	Sig. (1-tailed)	,023	,023	,000	,008		,187	,471
	N	54	54	55	55	55	55	55
icac_impulsividade de atividade	Pearson Correlation	,310*	,040	,158	,208	,122	1	-,012
	Sig. (1-tailed)	,011	,386	,125	,064	,187		,465
	N	54	54	55	55	55	55	55
dias_tratamento	Pearson Correlation	,050	,047	,137	,243*	,010	-,012	1

	Sig. (1-tailed)	,359	,366	,159	,037	,471	,465	
	N	55	55	55	55	55	55	57

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Statistics

dias_tratamento

N	Valid	64
	Missing	1
Mean		248,4063
Median		166,0000
Mode		18,00 ^a

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Correlations

XXX

			tempo_tratam	evaansiedade	evaconf_comf	icac_aceitacao_r ejeicaosoc
Spearman's rho	tempo_tratam	Correlation Coefficient	1,000	,133	,054	,122
		Sig. (1-tailed)		,151	,338	,172
		N	64	62	62	62
evaansiedade	evaansiedade	Correlation Coefficient	,133	1,000	-,421**	-,218*
		Sig. (1-tailed)	,151		,000	,044
		N	62	63	63	62
evaconf_comf	evaconf_comf	Correlation Coefficient	,054	-,421**	1,000	,555**
		Sig. (1-tailed)	,338	,000		,000
		N	62	63	63	62
icac_aceitacao_rejeicaosoc	icac_aceitacao_rejeicaosoc	Correlation Coefficient	,122	-,218*	,555**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,172	,044	,000	
		N	62	62	62	63

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

tempo_tratam = 1,00

Correlations^a

XXXI

			evaansiedade	evaconf_comf	icac_aceitacao_r ejeicaosoc
Spearman's rho	evaansiedade	Correlation Coefficient	1,000	-,337*	-,111
		Sig. (1-tailed)		,034	,280
		N	30	30	30
	evaconf_comf	Correlation Coefficient	-,337*	1,000	,509**
		Sig. (1-tailed)	,034		,002
		N	30	30	30
	icac_aceitacao_rejeicaosoc	Correlation Coefficient	-,111	,509**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,280	,002	
		N	30	30	31

*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

a. tempo_tratam = 1,00

tempo_tratam = 2,00

Correlations^a

			evaansiedade	evaconf_comf	icac_aceitacao_r ejeicaosoc

Spearman's rho	evaansiedade	Correlation Coefficient	1,000	-,512**	-,402*
		Sig. (1-tailed)		,001	,013
		N	32	32	31
	evaconf_comf	Correlation Coefficient	-,512**	1,000	,624**
		Sig. (1-tailed)	,001		,000
		N	32	32	31
	icac_aceitacao_rejeicaosoc	Correlation Coefficient	-,402*	,624**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,013	,000	
		N	31	31	31

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

a. tempo_tratam = 2,00

Output F

Idade de Início dos Consumos e V.D's

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
idadedrogas	113	97,4%	3	2,6%	116	100,0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
idadedrogas	Mean	17,810	,4669
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 16,885	
		Upper Bound 18,735	
	5% Trimmed Mean	17,547	
	Median	16,000	
	Variance	24,635	
	Std. Deviation	4,9634	
	Minimum	10,0	
	Maximum	30,0	
	Range	20,0	
	Interquartile Range	6,5	
	Skewness	,946	,227
	Kurtosis	,002	,451

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
idadedrogas	,173	113	,000	,898	113	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Correlations^a

		evaansie dade	evaconf_ comf	CQ_manu _prox	CQ_sensibil idade	CQ_cuid_c ontrol	CQ_cuid_c omp2	icac_aceitacao_rej eicaosoc	icac_autoefi cacia	icac_maturidadepsi cologica	icac_impulsividade_ atividade	idadedr ogas
Spearman's rho	Correlation	1,000	-,421**	-,177	-,317**	,321**	,337**	-,218*	,233*	-,217*	,250*	,279*
	Coefficient											
	Sig. (1-tailed)		,000	,090	,007	,007	,005	,044	,033	,045	,025	,014
	N	63	63	59	59	59	59	62	63	62	62	62
evaconf_comf	Correlation	-,421**	1,000	,525**	,374**	-,153	-,105	,555**	,212*	,299**	,000	-,265*
	Coefficient											
	Sig. (1-tailed)	,000		,000	,002	,123	,215	,000	,047	,009	,498	,019
	N	63	63	59	59	59	59	62	63	62	62	62
CQ_manu_prox	Correlation	-,177	,525**	1,000	,408**	-,266*	,086	,260*	-,045	,271*	,094	-,115
	Coefficient											
	Sig. (1-tailed)	,090	,000		,001	,020	,257	,024	,367	,020	,241	,195
	N	63	63	59	59	59	59	62	63	62	62	62

	N	59	59	60	60	60	60	58	60	58	58	58
CQ_sensibilidade	Correla tion Coeffici ent	-,317**	,374**	,408**	1,000	-,084	,121	,309**	-,052	,164	-,141	-,224*
	Sig. (1- tailed)	,007	,002	,001		,263	,178	,009	,347	,109	,145	,045
	N	59	59	60	60	60	60	58	60	58	58	58
CQ_cuid_control	Correla tion Coeffici ent	,321**	-,153	-,266*	-,084	1,000	,385**	-,068	-,125	-,359**	,245*	-,032
	Sig. (1- tailed)	,007	,123	,020	,263		,001	,306	,170	,003	,032	,407
	N	59	59	60	60	60	60	58	60	58	58	58
CQ_cuid_comp2	Correla tion Coeffici ent	,337**	-,105	,086	,121	,385**	1,000	-,040	-,093	-,235*	,071	,165
	Sig. (1- tailed)	,005	,215	,257	,178	,001		,382	,240	,038	,297	,107
	N	59	59	60	60	60	60	58	60	58	58	58

icac_aceitacao_rejei caosoc	Correla	-,218*	,555**	,260*	,309**	-,068	-,040	1,000	,357**	,417**	,120	-,296**
	Coeffici											
	ent											
	Sig. (1- tailed)	,044	,000	,024	,009	,306	,382		,002	,000	,173	,010
N	62	62	58	58	58	58	63	63	63	63	63	62
icac_autoeficacia	Correla	,233*	,212*	-,045	-,052	-,125	-,093	,357**	1,000	,250*	,158	,028
	Coeffici											
	ent											
	Sig. (1- tailed)	,033	,047	,367	,347	,170	,240	,002		,024	,107	,413
N	63	63	60	60	60	60	63	65	63	63	63	63
icac_maturidadepsic ologica	Correla	-,217*	,299**	,271*	,164	-,359**	-,235*	,417**	,250*	1,000	,113	,102
	Coeffici											
	ent											
	Sig. (1- tailed)	,045	,009	,020	,109	,003	,038	,000	,024		,189	,214
N	62	62	58	58	58	58	63	63	63	63	63	62

icac_impulsividade_ atividade	Correla	,250*	,000	,094	-,141	,245*	,071	,120	,158	,113	1,000	,082
	tion											
	Coeffici											
	ent											
	Sig. (1-	,025	,498	,241	,145	,032	,297	,173	,107	,189		,263
	tailed)											
	N	62	62	58	58	58	58	63	63	63	63	62
idadedrogas	Correla	,279*	-,265*	-,115	-,224*	-,032	,165	-,296**	,028	,102	,082	1,000
	tion											
	Coeffici											
	ent											
	Sig. (1-	,014	,019	,195	,045	,407	,107	,010	,413	,214	,263	
	tailed)											
	N	62	62	58	58	58	58	62	63	62	62	63

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

a. programas metadona = ,00

Output G

Familiars e V.D's

programas metadona = ,00

Case Processing Summary^a

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
pai	65	100,0%	0	,0%	65	100,0%
mae	65	100,0%	0	,0%	65	100,0%
irmao_irma	65	100,0%	0	,0%	65	100,0%

a. programas metadona = ,00

Descriptives^a

		Statistic	Std. Error	
pai	Mean	,3077	,05769	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,1924	
		Upper Bound	,4229	
	5% Trimmed Mean	,2863		
	Median	,0000		
	Variance	,216		
	Std. Deviation	,46513		
	Minimum	,00		
	Maximum	1,00		
	Range	1,00		
	Interquartile Range	1,00		
	Skewness	,853	,297	
	Kurtosis	-1,314	,586	
mae	Mean	,0923	,03618	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,0200	
		Upper Bound	,1646	
	5% Trimmed Mean	,0470		
	Median	,0000		
	Variance	,085		

	Std. Deviation		,29171	
	Minimum		,00	
	Maximum		1,00	
	Range		1,00	
	Interquartile Range		,00	
	Skewness		2,884	,297
	Kurtosis		6,517	,586
irmao_irma	Mean		,3231	,05846
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	,2063	
		Upper Bound	,4399	
	5% Trimmed Mean		,3034	
	Median		,0000	
	Variance		,222	
	Std. Deviation		,47129	
	Minimum		,00	
	Maximum		1,00	
	Range		1,00	
	Interquartile Range		1,00	
	Skewness		,775	,297
	Kurtosis		-1,445	,586

a. programas metadona = ,00

Tests of Normality^b

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
pai	,438	65	,000	,580	65	,000
mae	,532	65	,000	,328	65	,000
irmao_irma	,430	65	,000	,589	65	,000

a. Lilliefors Significance Correction

b. programas metadona = ,00

Correlations^a

			pai	mae	irmao_irma	evaansiedade	evaconf_comf	icac_aceitacao_rejeicaosoc
Spearman's rho	pai	Correlation Coefficient	1,000	,133	,110	,134	-,136	,190
		Sig. (1-tailed)	.	,146	,192	,148	,143	,068
		N	65	65	65	63	63	63
	mae	Correlation Coefficient	,133	1,000	,121	-,185	,194	-,068
		Sig. (1-tailed)	,146	.	,169	,074	,064	,298
		N	65	65	65	63	63	63
	irmao_irma	Correlation Coefficient	,110	,121	1,000	,158	-,074	-,115
		Sig. (1-tailed)	,192	,169	.	,108	,282	,185
		N	65	65	65	63	63	63
	evaansiedade	Correlation Coefficient	,134	-,185	,158	1,000	-,421**	-,218*
		Sig. (1-tailed)	,148	,074	,108	.	,000	,044
		N	63	63	63	63	63	62
	evaconf_comf	Correlation Coefficient	-,136	,194	-,074	-,421**	1,000	,555**
		Sig. (1-tailed)	,143	,064	,282	,000	.	,000
		N	63	63	63	63	63	62
	icac_aceitacao_rejeicaosoc	Correlation Coefficient	,190	-,068	-,115	-,218*	,555**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,068	,298	,185	,044	,000	.

N	63	63	63	62	62	63
---	----	----	----	----	----	----

** Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

a. programas metadona = ,00