



**ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada**

**Vinculação do Adulto e Sistema Comportamental de Prestação de Cuidados em Toxicodependentes integrados em Comunidade Terapêutica e em Programa de Metadona**

Diogo Miguel Gonçalves de Oliveira Sérgio António

Nº 12365

**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

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**

Em primeiro lugar quero expressar o meu agradecimento às pessoas que me ajudaram directamente na realização deste trabalho e, sem as quais teria sido muito difícil a sua conclusão.

Quero agradecer à Equipa Técnica da Comunidade Terapêutica do Restêlo: Cristina Mesquita, Paula Vicente, Hélder Soares, Manuel Sanches, Lúcia Manso, Rita Vieira, Armando Almeida e Dra. Suzete. Muito Obrigado pela ajuda e pela aprendizagem durante o meu estágio.

Ao Bruno Rosa e à Equipa Técnica da Comunidade Terapêutica “Crescer em Loures”.

À Equipa Técnica da Comunidade Terapêutica “O Lugar da Manhã”.

À Equipa Técnica da E.T. Restêlo.

Ao Enfermeiro João e Enfermeira Filipa, pela ajuda dada na recolha de questionários.

Ao Dr. Hélder Trigo e restante equipa, pela ajuda e disponibilidade.

À Ana Ramalho, colega de seminário, pela ajuda dada na recolha de questionários.

Ao João Palma, pelo apoio, ajuda e à longa amizade. Muito obrigado meu Amigo!

Ao Professor Nuno Torres, um especial agradecimento pela orientação deste trabalho e, pela aprendizagem que me proporcionou sobre investigação em psicologia ao longo deste ano. Muito obrigado Professor!

Agradeço também: Ao Professor Luis Sousa Ribeiro, pelo desafio de aprender sempre mais.

Ao Professor Bruno Ferreira (é a hora de lhe agradecer pelo excelente conselho no 4º ano), e aos outros Professores que me proporcionaram aprendizagem ao longo dos tempos.

À Dra. Teresa Morais.

Agradeço muito:

À minha família: Pai, Mãe, André, Diana, Avô Oliveira e Avó Gracinda, Avô Quinito e Avó Manuela. Gosto muito de vocês.

À Maria, com Amor e carinho.

Aos meus Amigos: Paulo Gameiro, Nuno Madeira, Tiago Lhau, Gonçalo Ferreira, Miguel Ferreira, Tiago Varandas, Francisco Pires, João Pinheiro, Braulio Amado, Bruno Martins, Ricardo Martins, Rui Barata, João Fonseca, Luis Martins, Bárbara Loja, Bruno Garrinhas, Rui Urbano, Cid Orlando Geraldo, Ricardo Niz, Manuel Guerreiro, e a todos os Amigos não mencionados mas que estão presentes na minha vida.

## **Resumo**

A predominância da fraca qualidade das relações humanas juntamente com isolamento social na toxicodependência reflecte-se na vinculação e no sistema comportamental de prestação de cuidados. Por outro lado, existem evidências de estes sistemas serem modulados pelo consumo de opiáceos, entre os quais a metadona e heroína, assim como pelas relações próximas e íntimas, que agem no sistema opióide endógeno.

Pretende-se investigar neste estudo a existência de diferenças ao nível da vinculação e prestação de cuidados em dois grupos de toxicodependentes que estão inseridos em dois tipos de tratamento: (1) comunidade terapêutica livre de drogas; e (2) programa de metadona.

Realizou-se um estudo comparativo e exploratório, não probabilístico através de uma amostragem por conveniência. A amostra foi recolhida em três comunidades terapêuticas e em dois programas de metadona de uma E.T., num total de 116 participantes. A média de idade é de 36 anos, 72% do sexo masculino e 28% do sexo feminino. Foi aplicada a Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V., 2006) e a adaptação do questionário de cuidados realizada por nós (Caregiving Questionnaire de Kunce, L., & Shaver, P., 1994). Os resultados obtidos demonstraram haver diferenças ao nível das dimensões dos questionários de vinculação e prestação de cuidados entre os dois grupos, apontando para a influência da metadona nestes sistemas. Os participantes do programa de metadona, apresentaram valores mais reduzidos ao nível da ansiedade de abandono e rejeição, e de cuidados compulsivos e controladores comparativamente com os de comunidade terapêutica.

**Palavras-Chave:** Vinculação do Adulto, Prestação de Cuidados, Toxicodependência, Comunidade Terapêutica, Programa de Metadona

## **Abstract**

The poor quality of human relationships added with social isolation in drug addiction, show interaction with the attachment and caregiving system. Otherwise, there are evidences of modulation caused by opiates like methadone and heroin, in these behavioral systems as close relationships and interpersonal intimacy can do, acting in the endogenous opiate system.

We investigate the existence of differences in the attachment and caregiving systems between two groups of drug addicts in drug treatment: (1) therapeutic community; and (2) methadone program.

Through a non-probabilistic comparative and exploratory methodology, the sample of 116 participants was collected in three therapeutic communities and two methadone programs. The age average is 36 years old, 72% males and 28% females. The instruments used were the Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V., 2006) and the Questionário de Cuidados (Caregiving Questionnaire by Kunce, L., & Shaver, P., 1994), a Portuguese adaptation made in this study. Results showed significant differences in the questionnaires subscales between the two groups, showing that methadone interacts with these systems. The participants of the methadone program have lower scores in fear of rejection and fear of emotional dependence as well of lower score on compulsive and controlling caregiving, comparing with the therapeutic community group.

**Key-words:** Adult Attachment; Caregiving System; Drug Addiction; Therapeutic Community; Methadone Program.

## ÍNDICE

<b>I – INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>II – REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>4</b>
2.1. A Vinculação como um conjunto de sistemas biológicos num processo evolutivo	7
2.2. O sistema de prestação de cuidados ( <i>Caregiving System</i> )	11
2.3. As duas tradições de investigação na vinculação do adulto	14
2.4. Neurobiologia e Neuropsicologia das dependências	16
2.4.1. Opiáceos	19
2.5. Comunidades Terapêuticas e Programa de Metadona	20
2.5.1. Comunidades Terapêuticas	20
2.5.2. Programa de Metadona	22
<b>III – MÉTODO</b>	<b>24</b>
3.1. Objectivos e Hipóteses de Estudo	24
3.2. Participantes	26
3.3. Tipo de Estudo	27
3.4. Instrumentos	28
3.4.1. Escala de Vinculação do Adulto ( <i>Adult Attachment Scale</i> )	28
3.4.1.1. Correlações entre as dimensões da Escala de Vinculação do Adulto para a amostra total	30
3.4.2. Questionário de Cuidados ( <i>Caregiving Questionnaire</i> )	31
3.4.2.1. Correlações entre as dimensões do Questionário de Cuidados para a amostra total	33
3.5. Outras variáveis e objectivos	36
3.6. Metodologia Estatística utilizada	38
3.7. Procedimento	38
<b>IV – RESULTADOS</b>	<b>40</b>
4.1. Teste <i>T-Student</i>	40
4.1.1. Teste <i>T-Student</i> para EVA entre os dois grupos	40
4.1.2. Teste <i>T-Student</i> para QC entre os dois grupos	41
4.2. Outros objectivos e variáveis exploratórias da ficha informativa	42
4.2.1. Correlações de variáveis exploratórias: vinculação e prestação de cuidados	42
4.2.1.1. Idade de início de consumo de drogas	43
4.2.1.2. Pai	43
4.2.1.3. Mãe	44
4.2.1.4. Irmão/Irmã	44
4.2.1.5. Soma de familiares com problemas de toxicodependência	45
4.2.1.6. Dias de tratamento em comunidade terapêutica	45
4.2.1.7. Metadona agora	46
<b>V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>63</b>

<b>ANEXOS</b>	<b>72</b>
<b>ANEXO A</b> – Adaptação Transcultural do <i>Caregiving Questionnaire</i>	<b>73</b>
<b>ANEXO B</b> – Versão Original do <i>Caregiving Questionnaire</i>	<b>78</b>
<b>ANEXO C</b> – Comentários à Retroversão	<b>82</b>
<b>ANEXO D</b> – Versão Final do Questionário de Cuidados	<b>87</b>
<b>ANEXO E</b> – Escala de Vinculação do Adulto	<b>91</b>
<b>ANEXO F</b> – Ficha Informativa	<b>93</b>
<b>ANEXO G</b> – Termo de Consentimento Informado	<b>95</b>
<b>ANEXO H</b> – Carta de Pedido de Autorização de Realização do Estudo às Instituições	<b>97</b>
<b>ANEXO I</b> – Consistência Interna da Escala de Vinculação do Adulto nos dois Grupos	<b>99</b>
<b>ANEXO J</b> – Consistência Interna do Questionário de Cuidados nos dois Grupos	<b>104</b>
<b>ANEXO L</b> – Teste Paramétrico T-Student para as Dimensões dos Questionários nos dois Grupos	<b>115</b>
<b>ANEXO M</b> – Correlação de Spearman entre as Dimensões dos Questionários para a Amostra Total e Grupos	<b>118</b>
<b>ANEXO N</b> – Teste Paramétrico T-Student para as Dimensões dos Questionários nos dois Grupos	<b>124</b>

**ÍNDICE DE TABELAS**

<b>Tabela 1:</b> Caracterização demográfica da amostra em estudo	<b>27</b>
<b>Tabela 2:</b> Consistência interna (alfa de <i>Cronbach</i> ) das dimensões da escala de vinculação do adulto	<b>29</b>
<b>Tabela 3:</b> Correlações entre as dimensões da escala de vinculação do adulto	<b>30</b>
<b>Tabela 4:</b> Consistência interna (alfa de <i>Cronbach</i> ) das dimensões do Questionário de Cuidados	<b>32</b>
<b>Tabela 5:</b> Correlação de <i>Spearman</i> das dimensões QC para a amostra total	<b>33</b>
<b>Tabela 6:</b> Estatísticas descritivas das dimensões EVA e QC	<b>34</b>
<b>Tabela 7:</b> Correlações entre dimensões dos questionários EVA e QC para a amostra total	<b>35</b>
<b>Tabela 8:</b> Correlações entre dimensões dos questionários EVA e QC para o grupo da comunidade terapêutica	<b>35</b>
<b>Tabela 9:</b> Correlações entre dimensões dos questionários EVA e QC para o grupo do programa Metadona	<b>36</b>
<b>Tabela 10:</b> Estatísticas descritivas da ficha informativa	<b>37</b>
<b>Tabela 11:</b> Teste <i>T-Student</i> para as dimensões EVA	<b>40</b>
<b>Tabela 12:</b> Teste <i>T-Student</i> para as dimensões QC	<b>41</b>
<b>Tabela 13:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável ICD e dimensões EVA e QC	<b>43</b>
<b>Tabela 14:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável Pai e dimensões EVA e QC	<b>43</b>
<b>Tabela 15:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável Mãe e dimensões EVA e QC	<b>44</b>
<b>Tabela 16:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável Irmão/Irmã e dimensões EVA e QC	<b>44</b>
<b>Tabela 17:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável SFPT e dimensões EVA e QC	<b>45</b>

<b>Tabela 18:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável Dias de tratamento CT e dimensões EVA e QC	<b>45</b>
<b>Tabela 19:</b> Teste <i>T_Student</i> para Metadona agora e características demográficas	<b>46</b>
<b>Tabela 20:</b> Correlação de <i>Spearman</i> entre Metadona agora e características demográficas	<b>47</b>
<b>Tabela 21:</b> Correlação parcial para a dimensão EVA ansiedade	<b>47</b>
<b>Tabela 22:</b> Correlação parcial para a dimensão EVA conforto_confiança	<b>48</b>
<b>Tabela 23:</b> Correlação parcial para a dimensão QC cuidados controladores	<b>48</b>
<b>Tabela 24:</b> Correlação parcial para a dimensão QC cuidados compulsivos	<b>49</b>
<b>Tabela 25:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável dosagem e dimensões EVA e QC	<b>49</b>
<b>Tabela 26:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável dosagem inferior a 78 mg e dimensões EVA e QC	<b>50</b>
<b>Tabela 27:</b> Correlação de <i>Spearman</i> para a variável dosagem superior a 78 mg e dimensões EVA e QC	<b>50</b>

## **I – Introdução**

O estudo e compreensão do fenómeno da toxicodependência, é ainda hoje uma matéria que representa um desafio para a sociedade contemporânea. O consumo de substâncias e o desenvolvimento de dependência é modulado por um conjunto vasto de factores biológicos, genéticos, familiares, psicológicos, sociais/sócio-culturais (Torres, N., 2004; Torres, N., Chagas, T., e Ribeiro, J. P., 2008; Esteves, M., e Vieira-Coelho, A., 2007).

Um factor que salientamos neste estudo está relacionado com a qualidade de cuidados parentais recebidos e percebidos no início da vida, e durante a infância, que se vão repercutir ao longo da vida através de comportamentos e da forma como se vive e constrói a relação com os outros baseado nos modelos internos que se construíram na interacção entre os cuidadores e a criança (Bowlby, J., 1969, 1975, 1981, 1988; Shedler, J. e Block, J., 1990). Estes autores apontam ainda para que o significado do uso de drogas poderá ser entendido no contexto da história desenvolvimental do sujeito e da sua estrutura de personalidade.

Bowlby (1957, 1960, 1969, 1975, 1981, 1988) e os seus colaboradores afirmam que a vinculação é composta por fortes laços afectivos que se constroem através da vivência e experiência relacional entre os primeiros cuidadores e a criança (pais, avós ou outros que executem esse papel), e que serão a base de futuras relações em que este sistema biológico será activado (relações de amizade, parentalidade, intimidade, entre outras). Estes modelos relacionais que se formam, são designados por padrões de vinculação. Estes padrões formam-se entre os 5 e os 7 anos e são designados de modelos operantes internos, ou modelos internos. Estes modelos cognitivos são descritos como a representação mental das experiências passadas e das relações interpessoais, da confirmação ou revisão destas representações mentais com base nas experiências interpessoais actuais. Estas construções mentais são organizadas mas são também possíveis de se ir alterando ao longo do desenvolvimento (Steele, H., & Steele, M., 1994).

Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall (1978) desenvolveram uma técnica para testar as hipóteses levantadas por Bowlby. Assim, o método aplicado a crianças entre 12 e 18 meses avaliava num determinado momento de stresse o activar do sistema de vinculação (uma breve separação da mãe num local não familiar com uma pessoa desconhecida) e como tal, o tipo de

padrão de vinculação desenvolvido pela criança. Através desta metodologia, foi possível descrever os seguintes padrões de vinculação: segura; evitante e ansiosa/ambivalente.

Com base nestas investigações e categorizações elaboradas por Ainsworth (1978), surgiram os trabalhos da vinculação em adultos (Main, Kaplan & Cassidy, 1985). Assim, desenvolveram-se duas grandes tradições de investigação na vinculação dos adultos (Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. (1999) sendo que as duas principais são: (1) A tradição com base na família nuclear (ex. Medidas baseadas na Adult Attachment Interview); (2) Pares e parceiros românticos (Questionários de auto-descrição; Medidas de vinculação na amizade e medidas de vinculação em relações românticas e íntimas) embora partindo do mesmo ponto, estes foram desenvolvidos por investigadores oriundos da corrente da psicologia social (Simpson, J. A. & Rholes, W. S., 1998; Moreira, J. et al., 2006). A diferença entre as duas correntes podemos dizer que se dá a um nível temporal, ou seja, a primeira corrente que trata das relações na família nuclear e que se exploram através das memórias da infância e nas experiências com os pais; a segunda incide sobre as relações experienciadas actualmente, com os pares.

Abordando a vinculação como um sistema comportamental regulado biologicamente, é composto por outros subsistemas: sistema de prestação de cuidados e sistema sexual/reprodução. O sistema de prestação de cuidados (Caregiving) tem sido pouco aprofundado na investigação, fazendo desde sistema um elemento esquecido (Simpson & Rholes, 2000). George e Solomon (1996; 1999) têm procurado detalhar este sistema com base numa perspectiva evolutiva e psicanalítica, tal como Bowlby (1957, 1969, 1975, 1981, 1988) terá enunciado, na definição das origens teóricas dos seus estudos. A própria definição da prestação de cuidados, da vinculação e do comportamento sexual como sistemas comportamentais, deriva da tradição da biologia e etologia. O sistema de prestação de cuidados é definido por muitos como uma componente do sistema de vinculação que se desenvolve na relação pais – filhos e mais tarde, com o período da adolescência e o alargamento da rede social ao grupo de pares, desenvolvem-se relações íntimas de amizade e com parceiros românticos (Hazan & Shaver, 1987; 1984; Shaver & Khunce, 1994; Collins & Feeney, 2000; Fraley & Shaver, 2000; Simpson & Rholes, 2000; Hazan & Zeifmann, 1999; Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003).

A neurobiologia nos últimos anos tem vindo a abordar a questão da toxicodependência e da vinculação estudando o efeito que as drogas exercem no organismo humano e nos seus comportamentos (Panksepp, J., Nocjar, C., Burgdorf, J., Panksepp, J. P., & Hubber, R.; 2004). O sistema opióide endógeno está implicado no comportamento afiliativo (vinculação), de proximidade social, da intimidade emocional e dependência emocional (Panksepp et al., 2004; Torres, 2003). Ao nível da vinculação, o contacto físico entre a cria e a mãe estimula a libertação de opióides endógenos que actuam nos níveis de bem-estar da cria. Estes quando privados de contacto vêm-se também privados da libertação de opióides endógenos que gera instantaneamente sentimentos de angústia de separação (Nelson & Panksepp, 1998; Torres, N, 2003). Assim, opiáceos exógenos como a heroína e a metadona, entre outros, vão actuar ao nível do sistema opióide endógeno actuando sobre a necessidade de afiliação social e emocional, e como tal vão capacitar o indivíduo de agir de forma a suprimir a dependência emocional, o sistema de vinculação e o sistema de prestação de cuidados (Torres, N., 2003, 2004, 2008; Panksepp et al., 2002, 2004).

Neste estudo foram utilizados dois questionários, EVA (Escala de vinculação do adulto), uma adaptação portuguesa da *Adult Attachment Scale-R* de Collins & Read (1990) desenvolvida por Canavarro, M. (1995) e o Questionário de Cuidados que é uma adaptação do *Caregiving Questionnaire* de Khunce & Shaver (1994). Este último questionário foi adaptado no âmbito deste trabalho.

Os dois questionários foram utilizados nas duas amostras recolhidas que são compostas por uma amostra de toxicodependentes em tratamento em comunidade terapêutica e a segunda amostra em toxicodependentes inseridos no programa de metadona. Pretende-se com isto comparar se existem diferenças ao nível do padrão de vinculação e do sistema de prestação de cuidados nas duas amostras, uma vez que numa amostra (comunidade terapêutica) os indivíduos frequentam um programa livre de drogas onde vivem e fazem parte da vida diária da comunidade. Inserem-se numa rede social onde as relações humanas são a base da comunidade e do clima de crescimento onde se potencia o sentido de responsabilidade e de coesão de grupo. A segunda amostra, constituída por toxicodependentes pertencentes ao programa de metadona, que frequentam o programa mantêm a sua vida normal no dia-a-dia.

## II - Revisão de literatura

Freud no livro “O Mal-Estar na Civilização” (1930) referiu que a solidão voluntária e o isolamento seriam uma protecção ao sofrimento que as relações humanas podem provocar. Este autor sugeriu ainda que a utilização de substâncias narcóticas seria uma forma de o indivíduo fugir à dor e ao desprazer causados pelo mundo exterior e principalmente pela relação com os outros. Sobre isso teceu a seguinte ideia:

“ A Vida, tal como a encontramos, é-nos demasiado difícil, traz-nos demasiados sofrimentos, desilusões, tarefas impossíveis de cumprir. Para a suportar precisamos de paliativos. Há talvez três espécies de paliativos: diversões poderosas que nos levam a menosprezar o nosso sofrimento, satisfações substitutivas que o minoram e substâncias narcóticas que nos tornam insensíveis ao seu efeito” (Freud, 1930, pp.22-23)

Muitos indivíduos com problemas de toxicod dependência viveram experiências traumáticas e possuem padrões de vinculação inseguros e evitantes (Torres, N., Neto, D., Sanches, M.; 2004). Neste caso, as relações humanas tornam-se um factor potencialmente ameaçador do bem-estar psicológico (Freud, 1930). Mais recentemente Esteves, M. e Vieira-Coelho, M. (2007) reafirmam o que Freud anteriormente comentou em relação ao uso de substâncias na sociedade contemporânea: “Por outro lado, vivemos numa época em que não se tolera a dor e a tristeza passageiras, procurando-se respostas imediatas e eficazes, principalmente de ordem farmacológica para qualquer mal-estar superficial” (Esteves, M. e Vieira-Coelho, M., 2007, p.14)

Tem sido demonstrado através de vários estudos que alguns dos factores na base da toxicod dependência são a enorme carência emocional e afectiva existente desde a infância, a predominância de experiências traumáticas e de abuso, e a morte, perda ou separação física de um dos progenitores numa idade precoce (Fleming, 1995; 2005; Torres et al., 2004).

A existência de relações e interacções onde acontecem maus tratos e experiências traumáticas na infância, podem interferir no desenvolvimento e provocar problemas psicológicos e comportamentais que se poderão repetir na vida adulta ao nível das representações de vinculação (de si e dos outros) e que poderão levar a um mau relacionamento interpessoal ou à fuga desses relacionamentos com os outros (Pires, 2005; Fleming 2005; Torres et al., 2004).

Estudos na área da vinculação revelam que indivíduos que sofreram maus tratos na infância ou outros episódios traumáticos desenvolvem padrões inseguros de vinculação (Pires, 2005).

A toxicodependência tem na sua gênese várias raízes que abrangem várias áreas do domínio científico. De entre estas raízes, abordamos neste trabalho a questão das relações interpessoais e comportamento social – através da vinculação e do sistema de prestação de cuidados –, e a questão da neurobiologia da toxicodependência. Num estudo de Torres (2003) o autor refere o sujeito como biologicamente gregário e dotado de características que o impelem para o desenvolvimento de mecanismos de regulação interna e externa que vão ter impacto no sistema afiliativo (relações de pares e à comunidade), entre outros factores de origem biológica e social. Destaca no estudo a origem biopsicossocial da toxicodependência e a interferência deste problema na dinâmica interpessoal afiliativa e do sistema opióide endógeno. Estudos indicam a influência destes sistemas nos comportamentos dos toxicodependentes (Panksepp, 2002; 2004).

Henry Krystal (1978) refere também a falha na função materna como parte do desajuste que os sujeitos adictos têm na sua capacidade de cuidar de si (*self-care* e *self-comfort*). O autor refere que nos indivíduos adictos a existência de uma inibição na capacidade para cuidar de si física e emocionalmente.

A adição é definida, segundo Jacobs (1986), como um estado de dependência adquirido ao longo do tempo através de uma pessoa predisposta sobre características ambientais que facilitam o encontro entre experiências ou substâncias capazes de aliviar e reduzir tensões a nível psicológico. Este autor refere ainda que muitos destes indivíduos tendem a sentir-se desconfortáveis, diferentes dos outros e sem mudanças significativas ao longo do desenvolvimento. Para Jacobs (1986) outra condição existente é um sentimento transversal, desde a infância, a adolescência até à vida adulta, de inadequação, inferioridade e rejeição por parte dos pais e das outras pessoas significativas para o indivíduo. Estes indivíduos procuram assim algo que lhe traga alívio para as suas dolorosas existências. Estas inadequações ao nível fisiológico e sócio-psicológico durante o desenvolvimento conduz a uma inibição na relação com o meio e com os outros que os rodeiam e como consequência desta inibição, estes indivíduos não se adaptam e aprendem estratégias e comportamentos de redução do stresse e capacidade de conforto físico, redução de ansiedade, aprovação e reconhecimento social. Assim, a

vulnerabilidade a substâncias substitutivas destes sentimentos vazio interior, dormência, isolamento e exclusão torna-se muito maior. As sensações e efeitos produzidos pelas drogas levam o indivíduo a experienciar bem-estar e alívio do mal-estar fisiológico e psicológico, proporcionando também uma fuga à realidade não prazerosa (Jacobs, 1986). A toxicod dependência é também compreendida por Khantzian (1985) como um comportamento de auto-medicação levado a cabo pelo indivíduo adicto para se proteger e curar dos problemas psicológicos e de estados emocionais demasiado dolorosos.

Morel, Hervé e Fontaine (1997) abordam forma dolorosa como é vivida a relação com o outro e a utilização de substâncias psicoactivas como uma forma de facilitar a relação com os outros, levando à desinibição e à quebra na tensão posta perante o olhar do outro. Anulando assim a angústia e ansiedade que possa surgir através dessa interacção relacional. A droga proporciona ao indivíduo toxicod dependente o sentimento de que pode sobreviver sem os outros (Fleming, 2005). A dificuldade e sensibilidade em relação ao investimento afectivo, nos indivíduos toxicod dependentes, leva-os a procurar pessoas ou actividades onde estejam protegidos de se envolverem de forma afectiva, sendo a dependência a substâncias uma forma eficaz de evitar a relação e dependência do outro (Pires, 2005).

As relações iniciais com os cuidadores demonstram que lacunas emocionais e de cuidados afectam as capacidades de auto-regulação e regulação emocional do indivíduo, e na internalização de relações positivas com os outros que pode levar a dificuldades de adaptação social e relacional. Assim, as percepções individuais, que são construídas através destes cuidados recebidos numa fase inicial da vida, demonstram ter um papel central na compreensão de padrões familiares e relacionais em famílias com toxicod dependentes e na forma como estes se relacionam (Suchman, McMahon, Slade & Luthar, 2007).

Nos últimos anos o estudo da toxicod dependência tem-se diversificado por várias áreas, tornando-se uma questão multidisciplinar (Torres, 2003). Pesquisas que têm visado a compreensão do fenómeno nos seus aspectos psicológicos, sociais e também sobre as bases biológicas do consumo de substâncias. A prática de consumos excessivos parece ligar-se a características do cérebro humano e não apenas a fenómenos directamente relacionados com determinadas substâncias (Esteves & Vieira-Coelho, 2007). Estes factos são confirmados através

de vários estudos desenvolvidos por vários autores de áreas diferentes. Principalmente Panksepp (2002; 2003; 2004) que na área da neurobiologia tem pesquisado sobre o papel das drogas no sistema emocional, no contacto e interacção social e na vinculação.

## **2.1. A Vinculação como um conjunto de sistemas biológicos num processo evolutivo**

Geary & Flinn (2001) no artigo “Evolution of Human Parental Behavior and the Human Family”, salientam o desenvolvimento da socialização e comunidade entre os primatas, ou seja, o grupo e a sua função na adaptação e sobrevivência da espécie. Esta função descrita – o sistema afiliativo – veio dotar os indivíduos e as suas crias de capacidades sociais que beneficiaram a reprodução e asseguraram o desenvolvimento das crias até à idade de reprodução de novas gerações. Através deste movimento de cooperação social os indivíduos foram capazes de assegurar e obter fontes essenciais à sua sobrevivência e isto levou ao aumento das possibilidades de desenvolvimento da espécie. Assim, do desenvolvimento do sistema de afiliação e deste movimento de cooperação social, que incluía tanto a aprendizagem e o trabalho em grupo com um mesmo propósito, como a competição e a reprodução, nasceu também o investimento parental que definiu as bases da família humana. Bowlby (1960) afirma, com base nas teorias etológicas que as crianças que ficam isoladas morrem. Só as que se mantêm em contacto próximo com adultos se conseguem desenvolver e sobreviver.

Com base nas teorias evolutivas e biológicas, John Bowlby (1960; 1968; 1969; 1982; 1988) definiu a sua teoria e desenvolveu os conceitos dos sistemas biológicos e comportamentais propulsores da interacção social e desenvolvimento relacional abrangidos pela vinculação. Definiu assim a vinculação como um conjunto de sistemas instintivos que visam o desenvolvimento e a sobrevivência. Comportamentos como a procura e o fornecimento de cuidados demonstram-se como resultado de sistemas motivacionais relacionados com a adaptação, sobrevivência e reprodução (George & Solomon, 1996; Kirkpatrick, L, 1998; Lichtenberg, J., 1989). Hinde (1982) define os sistemas comportamentais como organizadores de um vasto repertório de comportamentos presentes em humanos e outras espécies. São estes a vinculação, a parentalidade, a sexualidade, a afiliação, o sistema exploratório entre outros. À luz desta teoria, o ser humano é visto como tendo um impulso básico para a criação de laços

afectivos com outros humanos desde a infância, prolongando-se esta característica ao longo da vida (Dias & Fontaine, 2001). Baumeister e Leary (1995) descrevem como motivação fundamental do ser humano, a necessidade de pertença e de afiliação social e o desejo de relacionamento interpessoal.

Uma razão para o imenso desenvolvimento da teoria da vinculação é, segundo Fraley e Shaver (2000), a possibilidade de fornecer uma perspectiva sólida acerca do desenvolvimento, manutenção e dissolução das relações próximas, oferecendo simultaneamente uma perspectiva do desenvolvimento da personalidade, regulação emocional e psicopatologia. Esta teoria é especialmente rica no que se refere a contribuições de várias vertentes científicas como a etologia, psicobiologia, teoria dos sistemas, psicologia do desenvolvimento, ciência cognitiva e psicanálise.

Mary Ainsworth (1978), desenvolveu um empírico e metódico e o aprofundamento da teoria da vinculação (Bretherton, 1992). Através dos seus estudos observacionais das interações mãe-bébé (Ainsworth, 1967; Ainsworth et al., 1978) a Situação Estranha que permitiu descrever empíricamente os comportamentos expressos pelas crianças e agrupá-los em diferentes categorias – os padrões de vinculação. A Situação Estranha é um método de observação e registo das reacções da criança após momentos de separação e reunião com a sua mãe. Os padrões de vinculação que foram inicialmente descritos são: (1) segura; (2) insegura; (3) insegura/evitante. Mais tarde surgiu uma outra categoria que foi designada como o padrão de vinculação desorganizado (Main & Solomon, 1986, cit in. Waters & Valenzuela, 1999).

Por volta dos 5 a 7 anos, as crianças desenvolvem modelos internos referentes ao padrão de vinculação desenvolvido na relação com a mãe desde o nascimento (Ainsworth..). Estes modelos internos são esquemas de representações mentais acerca das relações sócio-emocionais que desenvolveram com os cuidadores primários, e que se organizam em expectativas conscientes e inconscientes acerca das relações sociais e relações de intimidade (Torres, N., 2003; Simpson, J., Rholes, W., & Oriña, M., 2007; Waters & Waters, 2006; Hazan & Shaver, 1987; 1994; Kirkpatrick, 1998; Lichtenberg, 1989; Waters, T., 2004; ).

A vinculação é regulada através de um sistema motivacional inato – o sistema de vinculação – desenvolvido através da selecção natural com a função de promoção de

sobrevivência e segurança. As dinâmicas internas do sistema de vinculação são semelhantes a um sistema de controlo homeostático, regulado e direccionado a um objectivo que é mantido e monitorizado através de ajustes constantes e regulares. Neste caso da vinculação, o objectivo primordial é a manutenção de proximidade física ou psicológica, ou ambas, a um cuidador (*caregiver*). No caso das crianças, quando sentem ou percebem a figura de vinculação como calorosa e fornecedora de apoio e segurança, esta tem tendência a exibir comportamentos saudáveis e de espontâneo brincar, explorar do meio e de interacção e integração social positiva. Quando a criança se sente ameaçada ou numa situação indutora de stresse e ansiedade ou mal estar com a qual não sabe lidar, esta, procura a atenção e apoio da figura de vinculação. Estes comportamentos podem ser de simples procura visual a vocalizações, chamamentos ou choros. Uma vez restabelecidos os objectivos de manutenção de proximidade ao cuidador e consequente fornecimento de apoio, segurança e bem estar emocional, o comportamento de vinculação desactiva-se (Fraley & Shaver, 2000).

Ao longo da interacção com as figuras de vinculação, a criança desenvolve estruturas mentais que regulam o seu comportamento nas várias situações por que passa. Estas estruturas definidas como modelos internos (*internal working models*) regulam o padrão de comportamentos e de percepção de si (*self*) e dos outros. Se o cuidador é caloroso e responde adequadamente às suas necessidades, a criança irá desenvolver modelos mentais do mundo e dos outros como calorosos e passíveis de confiança, levando-a a construir relações positivas e próximas com os outros e potenciar uma boa integração social. Quando as figuras de vinculação são frias, distantes, insensíveis e imprevisíveis a criança tende a desenvolver de forma negativa modelos mentais acerca do mundo e dos outros, tendo como resultado a não confiança e a fraca sociabilidade (Fraley & Shaver, 2000). Os resultados destes padrões inseguros e evitantes são o evitamento ou afastamento relacional e uma tentativa de auto-suficiência emocional (Main, 1990; cit. in Fraley & Shaver, 2000).

O estudo da vinculação nos adultos surgiu mais tarde, nos anos 80, uma vez que Bowlby e Ainsworth escreveram sobre este processo na vida adulta, mas até há 20 anos a investigação ainda não se tinha debruçado sobre os efeitos da vinculação nas fases de desenvolvimento

posteriores à infância (Simpson & Rholes, 1998; Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D., 1988; Hazan & Shaver, 1987).

A vinculação como um sistema biológico que acompanha o ser humano desde que nasce, e que se prolonga ao longo da vida, com diferentes sistemas que actuam e vão sendo integrados ao longo do desenvolvimento, principalmente os sistemas relacionados com a fase adulta (George & Solomon, 1996). Estes mesmos autores referem que estes sistemas nos primatas não são activados simultaneamente, uma vez que em certas instâncias o funcionamento simultâneo de dois ou mais sistemas pode levar a conflitos e comportamentos incompatíveis. Existem ainda indícios de que a manutenção, activação e término destes sistemas comportamentais são ajustados e regulados por um sistema biológico que monitoriza a regulação interna através do sistema nervoso central e de hormonas conforme necessário na interacção do indivíduo com o meio que o rodeia e das relações com que interage no dia-a-dia (George & Solomon, 1996; Torres, N., 2003; Simpson & Rholes, 1998; Panksepp et al., 2002).

De acordo com Hazan & Shaver (1987), estes modelos internos desenvolvidos na infância vão permanecer na idade adulta, influenciando o tipo e a forma de relação criada com os outros. Estes autores acreditam que as experiências precoces com os cuidadores vão influenciar em parte a forma como os indivíduos se relacionam e comportam nas relações com os outros e nas relações românticas.

Indivíduos com baixos níveis de ansiedade e evitamento demonstram um maior comportamento empático e menos hostil para com os outros, ao contrário de indivíduos com níveis altos de ansiedade e evitamento que utilizam estratégias de desactivação destes sistemas, colocando-os mais distantes emocionalmente e isolando-se de forma a evitar o relacionamento próximo com vista à fuga do experienciamento de afectos negativos e mal estar emocional que possa eventualmente surgir dessas interacções (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003).

O sistema de vinculação interage com processos hormonais e existem evidências das ligações entre a vinculação e a regulação fisiológica, desenvolvimento de estruturas neurológicas e regulação do afecto (Guedeney, 2004; Shore & Siegel, 2001; Panksepp et al., 2002;2004; Torres, N. 2003). Através da teoria desenvolvida por Bowlby apercebemo-nos que todos estes sistemas estão, e revelam estar, em plena interacção criando assim uma rede entre factores

biológicos, neuronais e psicológicos, que em interacção com o meio externo e o meio social se vão desenvolver e potenciar actividades adaptativas para a sobrevivência do indivíduo. No grupo de pares, nas interacções sociais e nas relações próximas o sistema motivacional que desenvolve a vinculação envolve o obter pela experiência de prazer na intimidade com os outros (Lichtenberg, 1989). Este prazer obtido na intimidade parece estar esbatido nos indivíduos toxicod dependentes, devido a um relacionamento afectivo fraco ou deficiente entre pais e criança (Geda, M., 1990).

## **2.2. O Sistema de Prestação de Cuidados (*Caregiving System*)**

Recentemente a investigação sobre o sistema de prestação de cuidados tem vindo a crescer exponencialmente, dando lugar a vários artigos e estudos (Fraley & Shaver, 2000). No entanto este sistema comportamental continua a ser um tema pouco discutido e investigado (Khunce & Shaver, 1994; Feeney & Collins, 2001). Grande parte dos trabalhos que têm sido desenvolvidos estão relacionados com a vinculação romântica (Khunce & Shaver, 1994; Reizer & Mikulincer, 2007). George & Solomon (1996, 1999) têm estudado o sistema de prestação de cuidados e elaborado uma metodologia de forma a aprofundar o conhecimento acerca deste sistema entre mãe e filho (Cassidy, 1998). Temos também como objectivo neste estudo contribuir com mais algum esclarecimento acerca deste sistema.

O sistema de prestação de cuidados é designado como “um sistema psico-evolucionário que tem como função a resposta às necessidades de alguém dependente” (Reizer & Mikulincer, 2007), este outro pode ser uma criança, no caso dos pais, ou outra pessoa que se encontre em necessidade. Segundo Hamilton (1964, Cit. In Reizer & Mikulincer, 2007) Numa perspectiva biológica e evolucionária este sistema comportamental desenvolveu-se com o objectivo do aumento de sobrevivência dos indivíduos. Não só entre pais e filhos, mas entre outros membros da comunidade. O sistema de prestação de cuidados é um sistema inato desencadeado através de comportamentos de apoio e cuidado entre pais e filhos, promovendo assim a sobrevivência e desenvolvimento da criança potenciando a sua chegada à idade adulta (Dias & Fontaine, 2001). Nas relações de adultos o sistema de prestação de cuidados não se enquadra numa situação de

alimentação, mas sim em comportamentos de apoio emocional em situações específicas (Khunce & Shaver, 1994).

Khunce & Shaver (1994) lançaram para o terreno de estudo da vinculação do adulto e nas relações românticas/íntimas o sistema de prestação de cuidados (*Caregiving*). Neste trabalho referem que as relações românticas e íntimas nos adultos envolvem três sistemas comportamentais inatos: sistema de vinculação que age na manutenção da proximidade a um “cuidador” (neste caso ao parceiro romântico); sistema de prestação de cuidados, que despoleta no “cuidador” a vontade de atender e corresponder aos sinais e necessidades do outro que está vinculado; e o sistema sexual/reprodutor que actua na reprodução (Shaver, Hazan & Bradshaw, 1988; Khunce & Shaver, 1994; Hazan & Shaver, 1994). Estes autores referem também que a teoria da vinculação fornece uma sólida e importante base na compreensão das relações próximas dos adultos e das dinâmicas que estas envolvem (Hazan & Shaver, 1987; Hazan & Shaver, 1994; Feeney & Collins, 2001).

A prestação de cuidados refere-se a um conjunto de comportamentos que vai de encontro às necessidades de ajuda e protecção demonstradas pelos outros. O objectivo é fornecer uma base segura que leve o outro a explorar de forma confiante, fornecendo assim as bases de desenvolvimento e autonomia. Um cuidador eficiente possui capacidades de se colocar no lugar do outro e empatizar com o outro em momentos de necessidade, sendo-lhe possível actuar de forma a apoiar a pessoa em necessidades físicas ou emocionais (Collins & Feeney, 2000; Kuncce & Shaver, 1994; Reizer & Mikulincer, 2007). Estudos em casais adultos revelam que os cuidadores actuam com maior intensidade quando o sistema de vinculação é activado em resposta a situações causadoras de stresse que desencadeiam este sistema, indo ao encontro dos pressupostos teóricos delineados pela teoria da vinculação (Feeney & Collins, 2001; Kuncce & Shaver, 1994).

A forma como uma pessoa expressa e vive os comportamentos de prestação de cuidados têm ligação à sua própria história de vinculação e à forma como lhe foram prestados cuidados (Feeney & Collins, 2001; Khunce & Shaver, 1994; IJzendoorn, 1995; Cassidy, 1998). Resultados apontam para que sujeitos com um padrão de vinculação segura, que possuem baixos níveis de ansiedade e evitamento, demonstrem ter comportamentos positivos e não intrusivos ou

controladores de prestação de cuidados. Demonstrando afecto, sensibilidade e cooperação de forma não controladora, agindo activamente na resolução dos problemas dos seus parceiros (Khunce & Shaver, 1994; Feeney & Collins, 2001; Winterheld et al., 2007). Estes indivíduos com padrões de vinculação segura demonstram melhores resultados ao nível do fornecimento de apoio, conforto, base segura e de prestação de cuidados nas relações próximas e românticas devido à atitude de responsabilidade e motivação em relação ao bem estar dos parceiros e da qualidade da relação (Khunce & Shaver, 1994; Simpson et al., 2001; 2007; Crowell et al. 2002; Feeney & Collins, 2001; Winterheld et al., 2007). Assim, indivíduos que receberam cuidados de forma sensível e calorosa, com base no apoio e autonomia aprendem a contar com os outros em situações causadoras de stresse e em tempos de necessidade (Ainsworth, 1973; Simpson et al., 2007, Khunce & Shaver, 1994).

Por outro lado, indivíduos que foram rejeitados pelas figuras de vinculação tendem a não se dirigir aos outros num esforço de reduzir o stresse, devido a terem desenvolvido estratégias de auto-suficiência (Simpson et al., 2007). Em trabalhos experimentais desenvolvidos por Feeney & Collins (2001) foi possível observar que indivíduos com um padrão evitante são mais controladores, respondendo menos às necessidades dos parceiros e demonstrando falta de orientação prosocial (empatia) devido a uma falha no desenvolvimento do sentido de empenho, compromisso e proximidade numa relação. Atributos que demonstram ser importantes para o sistema de prestação de cuidados. No caso dos indivíduos com um padrão de vinculação ansioso, estes exibem uma maior correspondência de comportamentos de prestação de cuidados aos seus parceiros, mas aqui os motivos revelam ser mais pessoais que altruístas. Indivíduos ansiosos com medo da rejeição e abandono utilizam o sistema de prestação de cuidados com padrões de sobreenvolvimento e controlo para servir uma necessidade individual em manter a proximidade relacional em contraste com um tipo de comportamento mais altruístico e pro-social.

Estes estudos demonstraram que, de facto, o padrão de vinculação é indicador do tipo de comportamentos de prestação de cuidados que são fornecidos pelos indivíduos aos seus parceiros românticos. Dependendo destes padrões os níveis de apoio e cooperação, bem estar ou controlo, fornecimento de uma base segura ou comportamentos reactivos à autonomia e agir do outro, fornecimento de cuidados em momentos de stresse ou mal serão fornecidos de diferentes formas

(Hazan & Shaver 1987; Hazan & Shaver, 1994; Khunce & Shaver, 1994; Feeney & Collins, 2001; Simpson et al., 2007; Cooper, Collins & Shaver, 1998; Mikulincer & Shaver, 2005).

Alguns estudos que se centraram na vinculação e toxicodpendência, demonstram que os padrões evitantes e demissivos (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991) estão associados ao desenvolvimento de abuso de substâncias (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt & Küstner, 2007). O abuso de substâncias desenvolvido por indivíduos com padrões de vinculação inseguros é compreendido como uma estratégia de lidar com dificuldades emocionais. Estes indivíduos demonstram dificuldades em agir através da procura de proximidade e intimidade, evitando esses comportamentos (Shaver & Mikulincer, 2002; Schindler et al., 2007). No campo da prestação de cuidados, outros estudos revelaram que ao nível deste sistema, as famílias de indivíduos toxicodpendentes tinham perturbação neste campo. Existem evidências de que traumas e rupturas familiares estão presentes, assim como perdas por morte, abandono, abusos de substâncias e maus tratos físicos, psicológicos e abusos sexuais (Neto et al. 2004; Suchman et al., 2007). Estudos que descreveram a prestação de cuidados em famílias de adictos a opiáceos, cocaína e outras substâncias, concluíram que nestas famílias os pais eram caracterizados como emocionalmente distantes e controladores (Bernardi, Jones & Tennant, 1989; Cosden & Cortez-Ison, 1999; Friedmann & Musgrove, 1994; Cit in Schuman et al., 2007). Suchman et al. (2007) abordam os diferentes factores que pode afectar os níveis de parentalidade e cuidados em mães dependentes de drogas. Neste estudo, outro factor descrito é a limitação de suporte social que estas mães muitas vezes sofrem, estando também envolvidas em relações em que a existência de abusos e maus tratos emocionais, psicológicos e físicos, entre outros, reflectem os padrões atrás descritos acerca das famílias de toxicodpendentes. Este isolamento dos pares e de redes sociais potenciadoras de suporte social, é visto pelos autores como uma forma de protecção ao receio de mais sofrimento emocional e físico (Luthar & Walsh, cit. In Suchman et al., 2007).

### **2.3. As duas tradições de investigação na Vinculação do Adulto**

Simpson & Rholes (1998) distinguem duas tradições no estudo da vinculação adulta: (1) a tradição da Vinculação da Família Nuclear e; (2) a tradição da vinculação a Pares e Relações

Românticas. A primeira, fundada por Main, Kaplan & Cassidy (1985) está estruturada com base no acesso ao conteúdo interno e organização dos modelos internos nos adultos, com base nos desenvolvimentos de Ainsworth e colaboradores (1978) e das classificações da Situação Estranha (Simpson & Rholes, 1998). Através da AAI (*Adult Attachment Interview*) classificam-se os padrões de vinculação com base na descrição e nas memórias das experiências do passado acerca das suas relações com os pais e a forma como se perspectivavam ao longo do seu desenvolvimento, na infância e adolescência (Canavarro, 2006). Esta entrevista caracteriza os adultos em diferentes padrões, tendo por base os originais: (1) seguro; (2) preocupado; (3) evitante-demitido; e (4) desorganizado.

Na década de 80, uma nova corrente oriunda da psicologia social, desenvolveu novas abordagens e metodologias na vinculação do adulto. Assim, surgiram os primeiros questionários auto-dirigidos sobre as representações e sentimentos na vinculação baseadas em situações contemporâneas (Hazan & Shaver, 1987). Inicialmente Hazan & Shaver (1987) tentaram manter fidelidade às categorias originais desenvolvidas nos estudos de Ainsworth e colaboradores (1978). Devido a limitações nas classificações e nos instrumentos, foram desenvolvidos novas metodologias e modelos de classificação por Bartholomew & Horowitz (1991). Esta metodologia derivada da corrente da psicologia social, apresenta vantagem ao nível da aplicação dos instrumentos, devido a serem mais fáceis de aplicar e menos dispendiosos no tempo, e permitirem a aplicação e estudo de amostras maiores. Com esta corrente desenvolveu-se também a investigação nas relações íntimas e românticas entre adultos. Nos últimos anos tem-se debatido acerca da equivalência e concordância dos constructos, estudos e instrumentos destas duas tradições de estudo na vinculação (Crowell & Treboux, 1995; Waters, Crowell, Elliott, Corcoran & Treboux, 2002), de forma a discutir e encorajar a comunicação e troca informativa acerca das descobertas de cada grupo (Waters et al, 2002).

No nosso estudo, utilizaremos as metodologias desta segunda tradição, devido à maior facilidade na aplicação de questionários autodirigidos, e devido à melhor adequação destes na recolha de dados sobre as percepções e modelos internos que guiam o comportamento social em relações românticas e próximas entre adultos (Torres et al., 2004).

## 2.4. Neurobiologia e Neuropsicologia das dependências

Retomando Freud (1930) acerca das substâncias narcóticas e do seu efeito na vida das pessoas, o autor referiu:

Mas os métodos mais interessantes para evitar o sofrimento são aqueles que tentam influenciar o próprio organismo (...). O método mais elementar mas também mais eficaz é o método químico, a intoxicação. Não creio que alguém tenha descoberto o seu mecanismo, mas a verdade é que existem substâncias artificiais cuja presença no sangue e nos tecidos causa imediatamente sensações de prazer, alterando ainda de tal forma as condições da nossa vida perceptiva que nos tornamos incapazes de receber os impulsos desagradáveis. (...) Mas o nosso próprio corpo produz também, sem dúvidas, substâncias semelhantes. (...) É de lamentar que a investigação científica não se tenha até agora debruçado sobre os aspectos tóxicos dos processos mentais (Freud, 1930, pp.26-27)

Estudos efectuados nos últimos anos têm revelado que substâncias aditivas funcionam como um reforço positivo nos neurónios que se encontram situados nos locais onde actuam funções naturais e importantes à vida, como a comida, àgua e interacção sexual (Wise, 1987; Gardner & Lowinson, 1993; DiChiara et al., 1995; Cit. In David, 2001). As substâncias psicoactivas têm efeito no funcionamento dos neurónios e actuando sobre um alvo molecular vai produzir consequências no cérebro e na sua actividade levando a confirmar as interrogações que Freud lançou anos antes (Esteves & Vieira-Coelho, 2007). Os neurónios comunicam e conectam-se com outros milhares de neurónios através de substâncias químicas que são designadas de neurotransmissores que são libertados nas sinapses (Esteves & Vieira-Coelho, 2007; David, 1999). As drogas que provocam dependência têm como característica a actuação e activação da via dopaminérgica mesolímbica que é descrita como uma via neuronal associada ao mecanismo de recompensa. Outro local de importância no estudo neurobiológico das drogas é o nucleo accumbens. A via dopaminérgica mesolímbica é um sistema dopaminérgico que se insere no topo do tronco cerebral é o local onde os neurónios produzem e libertam a dopamina. Quando existe administração de drogas dá-se uma libertação excessiva no núcleo accumbens e resultados experimentais demonstram que estes acontecimentos estão ligados à dependência (Esteves & Vieira-Coelho, 2007; David, 2001).

Os opiáceos são derivados naturais e sintéticos do ópio. Morel, Hervé e Fontaine (1997) referem que nos últimos vinte anos de investigação neurobiológica foram descobertas moléculas endógenas que são denominadas de opióides devido à parecença da estrutura molecular com as

substâncias extraídas do ópio. Este sistema opióide tem sido estudado quando à sua interacção nos domínios das experiências afectivas e sociais (Morel et al., 1997; Panksepp, 2002; 2004; Torres 2003; 2008).

O sistema opióide demonstra ter funções ao nível do sistema aversivo, tendo como resultado uma atenuação dos efeitos de mal-estar, desconforto, experiências desagradáveis etc. Este sistema opióide através dos péptidos opióides actuam ao nível dos afectos ligados ao contacto social e à diminuição ou inibição de comportamentos agressivos (Morel et al. 1997). A administração de substâncias opiáceas vão activar os receptores endógenos e essa actividade vai conduzir a que os receptores endógenos sejam activados, substituindo a produção endógena de opióides que resulta do contacto social e emocional (Torres, 2003).

Panksepp (2002; 2003; 2004) nas últimas décadas tem abordado a questão neurobiológica das adicções e do papel do sistema opiáceo endógeno nos comportamentos de interacção social, vinculação e de adicção através de um paradigma neuro-evolutivo e neuro-etológico. A existência destes sistemas remonta a uma função ligada à evolução dos seres humanos e como tal, estudos demonstram que partilhamos estes sistemas cerebrais com outros mamíferos e primatas. O aparelho neuro-mental que deriva parcialmente duma componente genética e evolutiva integra vários sistemas que possuem dinâmicas emocionais que englobam emoções básicas. Este aparelho possui também ao nível corporal as sensações de fome, sede e sentimentos agradáveis e de desconforto que actuam no sentido da homeostase (Panksepp, 2002).

Segundo este autor, a formação de laços sociais e os efeitos emocionais da perda ou afastamento social são mediados por opióides. A formação de relações estimula a produção de opióides, sendo que o afastamento ou dissolução de relações impede essa produção (Panksepp. 2002; 2003; 2004; Beaumeister & Leary, 1995). Estudos em primatas (macacos rhesus) mostram que o sistema opióide está implicado na vinculação adulta assim como na relação de vinculação entre pais e filhos. Este sistema opióide tem sido apontado como mediador de interacções afiliativas entre adultos (Wallen, Graves & Maestriperieri, 2002).

Sentimentos como a raiva, a ansiedade e o stresse e mal estar induzido pelo isolamento social podem ser aliviados e suprimidos pela administração de opiáceos (Panksepp, 2005). Anatomicamente, no córtex anterior, que é activado através da exclusão social, é também

ativado no sentimento amoroso e noutras situações potenciadoras de incertezas (Panksepp, 2005). Existe também indícios de que a libertação moderada de opióides está ligada à dominância social, isto porque – segundo Panksepp (2002; 2003; 2004) – gerando uma redução na ansiedade de separação social aumenta o grau de confiança que é um factor importante no exercer da dominância Panksepp, 2004). O autor aponta que existem fortes semelhanças nas dinâmicas da dependência social e da dependência narcótica. Os sintomas afectivos e psicobiológicos presentes na privação que resulta da adicção a opiáceos são idênticos aos resultantes do isolamento e exclusão social, o que indica que estes processos ocorrem com base nas mesmas estruturas neuronais. Os opióides endógenos e os opiáceos demonstram serem bastante eficientes no alívio e redução dos sentimentos de isolamento, possivelmente devido à formação de um sentimento equivalente ao que é sentido pelo envolvimento e ligação social. Isto leva à conclusão que indivíduos recorrem à administração de opiáceos numa tentativa de atingir uma homeostase emocional (Panksepp, 2004).

As adicções alteram os sistemas cerebrais porque actuam nos mecanismos de recompensa: 1) mecanismos de recompensa ao nível social (opióides); e 2) excitação de sistemas cerebrais emocionais de acção e desejo (dopamina) (Panksepp, 2002).

As dinâmicas de dependência social e a dependência narcótica possuem semelhanças que são caracterizadas por uma intença atracção (fase de euforia) que diminui com a exposição continuada (fase de tolerância) e quando surge um retirar ou uma falta dá-se um aparecimento de afectos negativos caracterizados por sintomas de stresse e ansiedade.

Os estudos realizado por Panksepp (2002; 2003; 2004; 2005) levam-nos a concluir que tanto os opiáceos como a cocaína e cannabinóides parecem estimular o sistema opióide endógeno, podendo servir como substituto químico dos efeitos endógenos da dependência emocional. Estas substâncias reduzem a ansiedade de separação, o desamparo, a raiva, o medo, a irritabilidade e outras formas de sofrimento promovendo a independência emocional, e o isolamento social do indivíduo. Um insuficiente suporte social e contacto social assim como o sentimento de alienação estão entre as várias razões que propiciam a resolução através de fármacos numa tentativa de alívio deste desconforto. Certas drogas aliviam estes desconfortos e

sofrimentos emocionais resultantes da vida em sociedade e da dificuldade no relacionamento com os outros, sentida pelos indivíduos toxicodependentes (Panksepp, 2002; Torres, 2003).

A dopamina encontra-se na base de comportamentos aprendidos e mecanismos de recompensa e reforço. Nos comportamentos adictivos as pesquisas apontam para a dopamina como actuando através de um sinal positivo na busca de recompensas positivas, que potencia a procura de estímulos específicos que forneçam recompensa e afecto positivo quando encontrados. A dopamina está implicada na indução de euforia, uma forma de afecto positivo. Encontra-se também associada à procura recursos de sobrevivência (e.g. Alimentos) e na procura de oportunidades de obtenção desses recursos. Os opióides demonstram ter um papel activo no prazer que se obtém no consumo dessas fontes que são procuradas. (Panksepp, 2002).

#### **2.4.1. Os Opiáceos**

A descrição de opiáceo diz respeito às substâncias derivadas do ópio, sejam elas naturais ou sintéticas. Como substâncias naturais existem a morfina e codeína, sendo que a heroína é um composto semi-sintético e a metadona um composto sintético. A heroína é administrada por forma endovenosa (injectada), inalada ou fumada. Como descrito acima, estas drogas actuam no sistema opióide endógeno. Este sistema é composto por três tipos de receptores:  $\mu$ ;  $\delta$ ; e  $\kappa$ . A heroína, muito utilizada, chegando ao cérebro activa os receptores opiáceos levando também à activação de dopamina e noradrenalina. Devido à libertação de dopamina em excesso no núcleo accumbens leva à dependência (Esteves & Vieira-Coelho, 2007). A dependência a substâncias opiáceas leva a que sejam criados vários graus de dependência que obrigam ao constante aumento das doses. Assim algumas das consequências ao nível fisiológico da adição a este tipo de drogas é caracterizada por sintomas de privação e necessidade de um aumento progressivo de consumo, juntamente com outros factores comportamentais e psicológicos (David, 2001). Esta tolerância desenvolvida com o consumo regular caracteriza-se pela diminuição dos efeitos e perda de sensibilidade em relação à dose administrada (Morel et al., 1997).

A metadona (opiáceo sintético) bloqueia os efeitos da heroína durante um período longo de horas. Esta substância age sobre os efeitos da heroína, não levando aos estados eufóricos e

impedindo sintomas de privação no indivíduos. A utilização de metadona, largamente utilizada desde há algumas décadas, é habitualmente administrada em situações de estabilização das doses de consumo e quando os indivíduos não se encontrem numa situação favorável ao nível físico e psicológico para se envolverem numa desintoxicação mais rápida (David, 2001).

## **2.5. Comunidades terapêuticas e Programa de Metadona**

Entre vários métodos de tratamento e reabilitação nas adições iremos abordar dois destes: (1) tratamentos psicoterapêuticos; e (2) tratamentos de substituição. No caso deste estudo irão ser referidos o tratamento na comunidade terapêutica e o tratamento no programa de metadona.

### **2.5.1. Comunidades Terapêuticas**

A comunidade terapêutica mostrou ser um método de tratamento eficaz na reabilitação de abusos de substâncias (De Leon, 1989). Na filosofia da comunidade terapêutica, o principal foco no tratamento é a mudança do estilo de vida. Esta mudança implica a abstinência de drogas, o fim dos comportamentos anti-sociais que levam ao isolamento e alienação, propondo uma nova forma de viver potenciando a produtividade e comportamentos pro-sociais com enfoque na integração e construção de valores mais positivos (De Leon, 1989). Segundo este autor, o sucesso na recuperação passa pela integração de objectivos ao nível social e psicológico, sendo que para conseguir esta verdadeira reabilitação tem de se passar por uma situação intensiva de tratamento e treino, que é apenas possível num tratamento diário e residencial.

A toxicodependência é vista por este modelo terapêutico como um sintoma, ou seja o problema principal do toxicodependente não é a adição a substâncias, mas sim outros problemas que se manifestam sobre a forma do consumo de substâncias psicoactivas e de um estilo de vida dominado por afectos negativos, condutas anti-sociais, pensamentos irrealistas e desorganizados, entre outros factores (De Leon, 1989). Uma boa parte dos indivíduos em tratamento de comunidade terapêutica nunca teve um estilo de vida convencional, sendo que a falta de valores impediu-os de uma integração social e relação positiva com os outros. Na perspectiva de De Leon

(1989), os indivíduos são pensados através de dimensões de disfunção ao nível psicológico e social e não aos tipos de consumos ou drogas por estes utilizados. O factor psicológico e social é focado, sendo que os factores psicofarmacológicos não são postos de parte.

Sanches (2001) refere que na comunidade terapêutica se trabalha nos residentes toxicodependentes as necessidades básicas que foram “adormecidas” ao longo dos tempos de consumos, e que vão ao encontro dos atrás mencionados de Jacobs (1986). A comunidade terapêutica actua na mudança na satisfação das necessidades básicas (físicas, psicológicas e sociais), no adquirir de novas competências relacionais que devolvam o gosto de estar com as pessoas, de ganhar assertividade na afirmação da identidade, de satisfazer as necessidades primordiais, sendo necessário passar primeiro por um processo de reconhecimento das dificuldades e limitações recorrendo à entreajuda. Para este autor, é importante a existência de fortes vínculos de pertença e de afectos que passam por ter uma família, um grupo de amigos, uma associação, e ser aceite pelos outros; o reconhecimento, o ser-se valorizado e estimulado; o bem estar físico e a vida num local seguro livre de violência. Para o autor, o caminho da (re)integração e o fim da exclusão e isolamento passa por atender a estas necessidades primordiais. Ao nível da terapia na comunidade terapêutica, trabalha-se, através do processo terapêutico, de forma a que a pessoa se encaminha para um padrão de vinculação seguro, que potenciará uma maior autonomia e melhor capacidade de se relacionar com os outros. Os toxicodependentes residentes em comunidades terapêuticas apresentam inicialmente estilos demitidos com uma atitude rejeitadora, sendo que através do tempo de terapia passam para estilos de vinculação preocupados e amedrontados, com dificuldades em atingir um estilo seguro (Sanches, 2001).

Nas comunidades terapêuticas, uma grande percentagem de indivíduos têm famílias disfuncionais ou destruídas e problemáticas. Os de disfunção ao nível das relações que são estabelecidas pelos indivíduos toxicodependentes e pelas famílias de onde provêm são alvo de tratamento (De Leon, 1989), não na comunidade, mas através de técnicos que mantêm a ligação e fazem a ponte entre indivíduo, comunidade e família.

### ***2.5.2. Programa de Metadona***

O programa de metadona é um tratamento de substituição cujo objectivo é definido por duas grandes fases, sendo estas a fase de estabilização (primeira) do heroinómano, e a fase da saída da toxicoddependência, que por norma decorre ao longo de um período de tempo, que depende de caso para caso. O programa de metadona é o programa de substituição mais comum devido ao bom conhecimento das propriedades deste opiáceo (segundo Lowenstein, Gourarier, Coppel, Lebeau e Hefez, 1998).

Existem várias modalidades de tratamento relativamente à sua dosagem e duração. Em relação à dosagem, esta deve ser cuidadosamente adequada de forma a que se evite o recurso a outras substâncias, ou a sintomas de abstinência. Assim, segundo Lowenstein et al. (1998), o ajustamento regular vai de encontro às condições necessárias para que se evite recaídas, num percurso contínuo no tempo até à finalização e retirada do opiáceo.

Lowenstein et al. (1998), apontam 5 fases específicas de tratamento: (1) o início do tratamento onde se ajustam as modalidades do tratamento (5 a 10 dias); (2) a instituição do tratamento, onde se consegue uma estabilização que permita o desenvolvimento de projectos (3 a 6 meses); (3) a fase de reconstrução pessoal e social, que passa pelo acompanhamento regular (dos 6 meses a 2-3 anos); (4) a fase de manutenção, onde em princípio, as drogas já são um problema periférico deixando de ocupar a posição central da problemática (mais de 3 anos); e por fim (5) a finalização do tratamento.

Vários autores questionam a utilização da metadona e os efeitos que esta substância produz nas pessoas que estão em tratamento nos programas de metadona. David (2001) enuncia aspectos da utilização deste opiáceo como sendo um desencadeador de processos patogénicos que podem por em risco a normalidade das pessoas. O autor, aponta para os efeitos de dependência que a metadona provoca na sua utilização frequente e que desencadeia resultados paradoxais que podem por em causa o tratamento da toxicoddependência propriamente dita, uma vez que se por um lado bloqueia os efeitos da abstinência de opiáceos, esta substância potencia um conforto emocional, propiciado pelas propriedades opiáceas, que desencadeia bem-estar, redução na ansiedade, angústia e sintomas depressivos. Ou seja, concluir daqui que este tratamento interfere fortemente ao nível emocional do indivíduo tal como interfere a heroína ou outros tipos de drogas

opiáceas, e que por sua vez vêm colmatar as carências e dificuldades afectivas que se encontram grande parte das vezes na base das toxicodependências. Daqui se retira o sentido paradoxal desta substância largamente utilizada no combate e tratamento da toxicodependência. No entanto, este método tem possibilitado também a diminuição da proliferação de doenças infecciosas, redução de criminalidade, a melhoria de condições de saúde entre outros aspectos (David, 2001)

### **III - Método**

#### **3.1. Objectivos e Hipóteses de Estudo**

Temos vindo a abordar questões ao nível teórico e prático acerca da toxicodependência e da vinculação, dando também ênfase ao sistema comportamental de prestação de cuidados e à forma como estes poderão ser mediados perante a indução de opiáceos. Este sistema comportamental de prestação de cuidados tem sido explorado nos últimos anos (George & Solomon, 1996; 1999; Khunce & Shaver, 1994), mas continua ainda relativamente pouco investigado (Fraleley & Collins, 2001; Reizer & Mikulincer, 2007). Resumidamente, estudos têm demonstrado que a toxicodependência está relacionada com a qualidade de cuidados parentais recebidos desde a infância (Shedler & Block, 1990) e que estes padrões desenvolvidos durante a infância têm influência nas relações que irão ser construídas ao longo do desenvolvimento e à forma como os indivíduos se vão perceber a si e aos outros, e à forma como estes reagem às suas necessidades e às necessidades dos que lhes são próximos (Hazan & Shaver, 1987; 1990; Khunce & Shaver, 1994; Reizer & Mikulincer, 2006; Neto et al., 2000; Torres, 2003; Schindler et al. 2007). Relacionado com estes factos apresentados acima, existem evidências que têm vindo a ser estudadas de que estes sistemas comportamentais e inatos podem ser mediados ou modelados através de substâncias externas como os opiáceos.

Ao longo da nossa pesquisa, surgiram-nos várias questões que visamos tentar compreender e explorar na relação da toxicodependência com a vinculação, com o sistema de prestação de cuidados, e as suas relações com diferentes tipos de tratamento da toxicodependência, e o impacto que estes têm na forma como os indivíduos se percebem a si e aos outros. Assim, passamos a elaborar a seguinte hipótese e objectivos exploratórios:

#### **Hipóteses:**

**Hipótese 1:** Existem diferenças significativas ao nível da vinculação em participantes que estejam em tratamento de comunidade terapêutica e em participantes que integrem o programa de metadona;

**Hipótese 2:** Existem diferenças significativas ao nível do sistema de prestação de cuidados em participantes que estejam em tratamento de comunidade terapêutica e em participantes que integrem o programa de metadona.

### **Variáveis em estudo**

**Variáveis dependentes:** Vinculação e Prestação de Cuidados

**Operacionalização das Variáveis Dependentes:** A Vinculação e a Prestação de Cuidados são aferidas através das respostas aos questionários dadas por participantes inseridos em tratamento de Comunidade Terapêutica e em Programa de Metadona.

**Variáveis independentes:** Programa de Comunidade Terapêutica e Programa de Metadona.

**Operacionalização das Variáveis Independentes:** Dois grupos independentes de participantes em tratamento de Comunidade Terapêutica e Programa de Metadona.

Para além das nossas hipóteses primordiais, parece-nos importante explorar relações entre outras variáveis e os possíveis efeitos que estas possam ter em relação à Vinculação e ao Sistema de Prestação de Cuidados. Assim, exploramos as seguintes variáveis:

- 1) Idade de início de consumo de drogas;
- 2) O tempo de tratamento em Comunidade Terapêutica;
- 3) A dosagem de Metadona;
- 4) Familiares com problemas de toxicod dependência;

Numa tentativa de compreendermos melhor o sistema de prestação de cuidados nas relações adultas e íntimas – que é também um objectivo presente desde o início do estudo, achámos pertinente desenvolver a adaptação do *Caregiving Questionnaire* de Kuncze e Shaver (1994), devido a um conjunto de motivos que passaremos a enumerar:

1. A inexistência de instrumentos específicos de mensuração do sistema de prestação de cuidados na língua portuguesa;

2. Existem poucos questionários auto-dirigidos, desenvolvidos especificamente com o intuito de estudar o sistema comportamental de cuidados em adultos;
3. Por ser desenvolvido com base na teoria da vinculação, demonstra na sua versão original fortes correlações com os estilos de vinculação do adulto elaborados por Bartholomew (1991), e demonstra consistência temporal nos resultados (Khunce & Shaver, 1994);
4. Pelo facto de que embora a mensuração seja específica a relações íntimas/românticas entre parceiros, se possa retirar informações acerca das diferentes estratégias utilizadas na interação e resposta ao outro, e que são despoletadas pelos diferentes estilos de vinculação (Kunce & Shaver, 1994; Reizer & Mikulincer 2007);
5. Várias metodologias, especialmente de laboratório, têm vindo a ser desenvolvidas de forma a explorar este sistema nas relações entre adultos. No entanto, pensamos que continua a ser importante desenvolver a metodologia dos questionários auto-dirigidos por ser uma forma rápida e não dispendiosa de obter informações acerca deste sistema comportamental que revela ser de grande importância na exploração do sistema de prestação de cuidados.

No anexo A encontra-se descrito todo o processo inerente à adaptação e tradução transcultural de um instrumento, baseado nas indicações elaboradas e descritas de Geisinger (1994; 2003). Assim, elaborámos uma primeira versão adaptada do questionário que possibilitará o seu desenvolvimento e estudo no âmbito de investigações futuras, e que permitirá a validação deste questionário para a população portuguesa.

### **3.2. Participantes**

O estudo contou com um total de 116 participantes, que se encontravam em dois tipos diferentes de tratamento para toxicodependentes: (1) tratamento de comunidade terapêutica, que contou com 65 participantes pertencentes a três comunidades terapêuticas, uma comunidade no centro de Lisboa, uma nos arredores de Lisboa e a terceira na Margem Sul; e (2) programa de metadona, que contou com 51 participantes. Esta amostra de programa de metadona foi recolhida em Lisboa Ocidental (47 participantes) e em Lisboa Oriental (4 participantes). Da amostra total, 33 participantes são do sexo feminino (28%), e 83 do sexo masculino (72%), com idades compreendidas entre 16 e 57 anos ( $M=36,10$ ;  $DP=7,7$ ). As habilitações escolares, variam de um mínimo de 3 anos, e um máximo frequência ou conclusão de ensino universitário ( $M=8,38$ ;

$DP=2,8$ ). Dados referentes ao início de consumo de drogas frequente varia entre 10 e 30 anos ( $M=17,81$ ;  $DP=4,9$ ).

	<b>Média ou proporção</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
<b>Idade</b>	36,1	16	57	7,69
<b>Masculino</b>	72%	0	1	-
<b>Feminino</b>	28%	0	1	-
<b>Habilitações escolares</b>	8	3	13	2,80
<b>Idade consumo de drogas</b>	17,8	10	30	4,96

Tabela 1: Tabela de caracterização demográfica da amostra em estudo

### 3.3. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo comparativo e exploratório, uma vez que pretendemos comparar toxicodependentes em tratamento de comunidade terapêutica livre de drogas e toxicodependentes em programa de metadona, de forma a encontrar diferenças no padrão de vinculação e de prestação de cuidados. Exploratório porque pretendemos averiguar outras possíveis variáveis e o efeito que estas possam ter nas variáveis dependentes acima referidas. O método utilizado é não-probabilístico, através de uma amostragem por conveniência. Sendo este um método não fidedigno estatisticamente, é considerado útil em estudos exploratórios e em processos de testagens de primeiras versões adaptadas de instrumentos, segundo Hill & Hill (2002).

### **3.4. Instrumentos**

#### **3.4.1. Escala de Vinculação do adulto (*Adult Attachment Scale*)**

A escala de vinculação do adulto apresenta na sua versão original valores de fiabilidade, apresentando alphas de Cronbach para as 3 dimensões (0,75 para a dimensão Confiança; 0,72 para Ansiedade; e 0,69 para Conforto). Collins & Read (1990; cit in Canavarro, ..) apontam, para um período de 2 meses, uma estabilidade temporal de  $r=0,52$  para a subescala Ansiedade,  $r=0,68$  para conforto e  $r=0,71$  para Confiança. 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).

Estudos feitos em Portugal com a Escala de Vinculação do Adulto, versão portuguesa da Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990), foram realizados por Canavarro (1997). Posteriormente, Tereno e Almeida (2001; 2005; cit in Canavarro, 2006), realizaram estudos com uma amostra maior, dando assim grandes contributos para o estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa da escala.

Os estudos da consistência interna da EVA, através da análise da média dos itens, mostraram que todos eles apresnetam uma boa fiabilidade, apresentando alphas de Cronbach coom valores entre os 0,759 e 0,688. 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), demonstrando estabilidade temporal.

Assim, as escalas que compõem a EVA são: (1) Conforto, que avalia a forma como o indivíduo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas (e.g. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com as pessoas); (2) Confiança, que avalia a forma como os indivíduos sentem poder depender de outros em situações em que necessitam deles (e.g. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias); e (3) Ansiedade, que avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado (e.g. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem)

Escala	$\alpha$ escala original (collins & Read, 1990)	$\alpha$ escala adaptada (Canavarro, )	$\alpha$ escala no presente estudo
Eva Ansiedade	<b>0,75</b>	<b>0.84</b>	<b>0,80</b>
Eva Conforto	0,69	0.67	0,54
Eva Confiança	<b>0,72</b>	0.54	0,70
Eva Conforto- Confiança	-	-	<b>0,74</b>

Tabela 2: Consistência interna das dimensões da Escala de Vinculação do Adulto (Alphas de Cronbach)

É de assinalar que embora os autores originais e os autores da versão portuguesa da Escala de Vinculação do Adulto nunca tenham juntado as escalas Conforto e Confiança, nós utilizámos estas escalas em conjunto pois uma vez que o alpha de Cronbach ser maior que as duas em separado e que se correlaciona negativamente com a escala de ansiedade, coisa que as escalas em separado não o fazem. Juntas as escalas, observamos que fazem um polo oposto à escala de Ansiedade, levando-nos a pensar que esta junção é benéfica para compreendermos os resultados obtidos.

<sup>1</sup>Neste estudo utilizámos apenas as dimensões Conforto-Confiança ( $\alpha = 0,74$ ) e a Ansiedade ( $\alpha = 0,80$ ) uma vez que estas escalas davam melhores índices de fidelidade, ao contrário das outras escalas (Conforto e Confiança) em separado.

<sup>1</sup> Comparámos os alphas de Cronbach das escalas nos dois grupos e observámos que tanto na escala EVA como na QC, os valores obtidos através do grupo do programa metadona eram sempre demasiado baixos, sendo que os valores obtidos pelo grupo da comunidade terapêutica eram mais fortes e próximos dos resultados nas amostras originais.

Assim, na nossa investigação, e em concordância com Skinner et al (2002). decidimos utilizar todas as escalas com base nos alphas retirados do grupo de comunidade terapeutica, isto porque tivemos em consideração que a amostra em que aplicámos o questionário é específica e os valores podem apresentar diferenças significativas comparativamente a uma amostra não clínica sem problemas de toxicodependencia entre outros associados a esta

### 3.4.1.1. Correlações entre as dimensões da Escala de Vinculação do Adulto para a amostra total

Parece-nos importante calcular as correlações entre as escalas no presente estudo, de forma a validar o que elas medem. Incluímos na mesma as escalas que não vamos utilizar de forma a poder ver se estas se correlacionam para esta amostra, mesmo não tendo um alpha de Cronbach que nos leve a confirmar a fidelidade dessas escalas para esta amostra.

	<b>Eva confiança</b>	<b>Eva conforto</b>	<b>Evaconf conf</b>
<b>evaansiedade</b>	-,322**	-,127	-,308**
<b>evaconfiança</b>		,232**	,806**
<b>Eva conforto</b>			,733**

Tabela 3: Correlações entre as dimensões da Escala de Vinculação do Adulto

Podemos observar que as correlações existentes entre as escalas do nosso estudo vão de encontro aos valores obtidos no estudo de adaptação de Canavarro (2006). Nesse estudo verificou-se que a escala de Ansiedade se encontra inversamente correlacionada com as escalas de Conforto com a Proximidade e de Confiança nos Outros ( $r = -0,353, p < 0,001$ ;  $r = 0,391, p < 0,001$  respectivamente) e que estas duas últimas se encontram positivamente correlacionadas ( $r = 0,312, p < 0,001$ ).

Na nossa amostra, os valores seguem a mesma linha descrita acima (excepto no valor entre Ansiedade e Conforto), sendo que diferem ligeiramente, levando-nos a crer que estas

problemática. No entanto, essa comparação com um grupo não-clínico/normativo não será feita no nosso estudo, uma vez que foge do âmbito da nossa investigação.

No presente estudo, analisaremos a estrutura das correlações entre as dimensões dos constructos em estudo (na Vinculação: *ansiedade e conforto-confiança*, e nos Cuidados: *manutenção de proximidade, sensibilidade*, cuidados controladores e cuidados compulsivos) separadamente para cada sub-grupo, de modo a verificar em que medida os dois grupos apresentam estruturas semelhantes, em concordância com o proposto por Skinner et al (2002). Futuramente noutros estudos teremos atenção a estes resultados e avaliaremos com uma amostra não clínica os resultados das escalas ao nível da sua consistência interna.

diferenças surgem devido a ser uma amostra clínica, ao contrário da amostra não-clínica utilizada na adaptação.

Em resumo estes resultados revelam que a estrutura de relações entre as dimensões medidas se mantém na presente amostra de toxicodependentes, embora com diferenças devido às problemáticas relacionais inerentes a esta população.

### **3.4.2. *Questionário de Cuidados (Caregiving Questionnaire)***

O Questionário de Cuidados tem como objectivo medir o tipo de comportamentos de prestação de cuidados que cada indivíduo providencia ao parceiro, com base no tipo de padrão de vinculação que foi construído na infância e que se repercute na vida adulta

Na sua versão original apresenta valores que se correlacionam com os estilos de vinculação propostos por Bartholomew (1991). Ao nível da consistência interna das subescalas, os alphas de Cronbach apresentam um resultado que sustenta a fiabilidade tendo valores entre 0,80 e 0,87. Os valores apresentados entre o intervalo de teste e reteste, que foi de um mês, apresentaram correlações significativas para todas as escalas: Manutenção de Proximidade vs Distância obteve valores de  $r = 0,77$ ; a escala de Sensibilidade vs Insensibilidade obteve uma correlação de  $r = 0,78$ ; a escala de Cuidados Cooperantes vs Controladores apresentou valores de  $r = 0,88$ ; e por fim, Cuidados Compulsivos com valores de  $r = 0,81$ . Com estes resultados, concluiu-se que havia uma forte estabilidade temporal nos valores obtidos pelo questionário de cuidados. A adaptação portuguesa, a ser elaborada por nós no âmbito deste estudo, apresenta valores de alpha de Cronbach compreendidos entre 0,68 e 0,75 para as quatro escalas do questionário.

A escala Manutenção de Proximidade refere-se à capacidade de abertura que o indivíduo tem, física e psicologicamente, para se relacionar com o parceiro em momentos de stresse ou mal-estar (e.g. Quando o/a meu/minha companheiro/a está preocupado/a ou triste, eu aproximo-me para lhe dar apoio e conforto); A segunda escala denominada de Sensibilidade refere-se à capacidade do parceiro em interpretar as necessidades, sentimentos e sinais verbais e não verbais do parceiro (e.g. Consigo perceber quando o/a meu/minha companheiro/a precisa de carinho, mesmo quando ele/ela não o pede explicitamente); Na terceira escala, Cuidados Controladores,

correlacionada com os estilos mais inseguros, está correlacionada com o medo de abandono e rejeição (e.g. Respeito sempre a capacidade do/a meu/minha companheiro/a para tomar as suas decisões e resolver os seus problemas [Item invertido]); por fim, a escala Cuidados Compulsivos, também no pólo dos estilos inseguros refere-se à necessidade de aceitação e aprovação do outro (e.g. Consigo ajudar o/a meu/minha companheiro/a sme me envolver demiado nos seus problemas [Item invertido]).

Escala	$\alpha$ escala original	$\alpha$ escala adaptada no presente estudo
<b>Q. C. Manutenção Proximidade</b>	<b>0.83</b>	<b>0,74</b>
<b>Q.C. Sensibilidade</b>	<b>0.83</b>	0,67
<b>Q.C. Cuidados Controladores</b>	<b>0.87</b>	<b>0,75</b>
<b>Q.C. Compulsivos</b>	<b>0.80</b>	0,68

Tabela 4: Consistência interna das escalas do Questionário de Cuidados (Alphas de Cronbach)

Comparámos os alphas de Cronbach das escalas nos dois grupos e observámos que tanto na escala EVA como na QC, os valores obtidos através do grupo do programa metadona eram sempre demasiado baixos, sendo que os valores obtidos pelo grupo da comunidade terapêutica eram mais fortes e próximos dos resultados nas amostras originais.

Assim, na nossa investigação decidimos utilizar todas as escalas com base nos alphas retirados do grupo de comunidade terapeutica, isto porque tivemos em consideração que a amostra em que aplicámos o questionário é específica e os valores podem apresentar diferenças significativas comparativamente a uma amostra não clínica sem problemas de toxicodependencia entre outros associados a esta problemática. No entanto, essa comparação não será feita no nosso estudo, uma vez que foge do âmbito da nossa investigação. Futuramente teremos atenção a estes

resultados e avaliaremos com uma amostra não clínica os resultados das escalas ao nível da sua consistência interna.

Na escala de Cuidados Compulsivos, foram retirados três dos oito itens que compunham a escala originalmente, de maneira a obter um alpha de Cronbach mais satisfatório (Anexo X). Este processo foi feito para podermos utilizar todas as escalas do questionário e assim obtermos resultados acerca dos diferentes tipos de prestação de cuidados numa amostra de participantes com problemas de toxicodependência.

### 3.4.2.1. Correlações entre as dimensões do Questionário de Cuidados para amostra total

	CQ manutenção proximidade	CQ sensibilidade	CQ cuidados controladores	CQ cuidados compulsivos
CQ Manutenção Proximidade		,436**	-,329**	,000
CQ Sensibilidade	,436**		-,255**	-,082
CQ Cuidados Controladores	-,329**	-,255**		,411**
CQ Cuidados Compulsivos	,000	-,082	,411**	

Tabela 5: Tabela de Correlação de Spearman das dimensões QC para a amostra total.

No questionário original, as correlações para as escalas foram as seguintes: Manutenção de Proximidade com Sensibilidade = 0,49; Cuidados Controladores = -0,30 com as duas escalas anteriores; e a escala de Cuidados Compulsivos apresentou um valor de 0,44.

Em resumo estes resultados revelam que a estrutura de relações entre as dimensões medidas se mantém na presente amostra de toxicodependentes, embora com valores ligeiramente diferentes, uma vez que a amostra original é composta por estudantes universitários americanos.

Apresentamos em seguida as estatísticas descritivas, seguidas dos quadros de correlações das escalas de vinculação e prestação de cuidados na amostra total.

Escalas	Média	M Escala original	Desvio-Padrão	DP Escala original	Mínimo	Máximo	Kolmogorov-Smirnov (Sig.)
Eva Ansiedade	2,92	2,43	0,96	0,74	1,00	5,00	<b>2,00</b>
Eva Confiança	2,92	3,27	0,62	0,53	1,00	4,33	<b>0,052</b>
Eva Conforto	3,27	3,49	0,66	0,58	1,17	4,67	0,000
Eva Conforto- confiança	3,09	-	0,51	-	1,50	4,25	0,007
QC Manutenção Proximidade	4,78	5,35	0,83	-	2,50	6,00	0,009
QC Sensibilidade	4,17	4,51	0,72	-	1,88	6,00	0,003
QC Cuidados Controladores	3,19	2,43	0,88	-	1,13	5,50	0,004
QC Cuidados Compulsivos	3,89	2,11	1,06	-	1	6,00	<b>0,084</b>

Tabela 6: Estatísticas descritivas das dimensões EVA e QC

Verifica-se que, em relação aos valores médios obtidos pela adaptação portuguesa do EVA Comparando estes resultados com o estudo de adaptação de Canavarro, Dias e Lima (2006), a média das dimensões 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.

Os valores médios da escala do questionário de cuidados, comparativamente às médias das dimensões do estudo original de Kuncze & Shaver (1994), que pertencem a uma amostra de 393 estudantes universitários dos estados unidos, observamos que para a manutenção de proximidade e sensibilidade os valores médios da nossa amostra são mais baixos e em oposição, nos cuidados controladores e cuidados compulsivos, os valores são mais elevados comparativamente à amostra normativa (não foi possível o acesso aos valores de desvio padrão do estudo original). No entanto, é necessário referir uma vez mais que, estas médias são pertencentes a uma amostra americana de estudantes universitários.

Em seguida apresentamos as correlações entre os constructos Vinculação e Cuidados.

	<b>Eva confconf</b>	<b>CQ manutenção proximidade</b>	<b>CQ sensibilidade</b>	<b>CQ cuidados controladores</b>	<b>CQ cuidados compulsivos</b>
<b>Eva ansiedade</b>	-,308**	-,160*	-,276**	,404**	,373**
<b>Eva conforto confiança</b>		,371**	,306**	-,137	-,216*

Tabela 7: Correlações entre dimensões dos questionários EVA e QC para amostra total

	<b>Eva conforto confiança</b>	<b>CQ manutenção proximidade</b>	<b>CQ sensibilidade</b>	<b>CQ cuidados controladores</b>	<b>CQ cuidados compulsivos</b>
<b>Eva ansiedade</b>	-,421**	-,177	-,317**	,321**	,337**
<b>Eva conforto confiança</b>		,525**	,374**	-,153	-,105
<b>CQ manutenção proximidade</b>			,408**	-,266*	,086
<b>CQ sensibilidade</b>				-,084	,121
<b>CQ cuidados controladores</b>					,385**

Tabela 8: Correlações entre dimensões dos questionários EVA e QC para o grupo da Comunidade Terapêutica

	Eva conforto confiança	CQ manutenção proximidade	CQ sensibilidade	CQ cuidados controladores	CQ cuidados compulsivos
<b>Eva ansiedade</b>	-,199	-,278*	-,189	,312*	,148
<b>Eva conforto confiança</b>		,116	,186	-,071	-,348**
<b>CQ manutenção proximidade</b>			,496**	-,492**	-,195
<b>CQ sensibilidade</b>				-,473**	-,321*
<b>CQ cuidados controladores</b>					,286*

Tabela 9: Correlações entre dimensões dos questionários EVA e QC para o grupo do Programa de Metadona

Ao observarmos as tabelas anteriores podemos constatar que para a amostra total, damos conta da existência de um padrão de relação entre os constructos dos questionários semelhante aos valores originais com amostras normativas. No entanto, entre os dois grupos da nossa amostra, constatamos que não existe um padrão similar entre estes, não deixando de perceber que no grupo de comunidade terapêutica os valores, embora mais baixos, possuem um sentido dentro dos parâmetros teóricos e semelhantes às amostras normativas, o mesmo não acontece com o grupo do programa de metadona. No entanto, achamos pertinente referir as diferenças entre o grupo de comunidade terapêutica e de programa de metadona ao nível das associações das seguintes dimensões: (1) as dimensões ansiedade e conforto-confiança para o grupo CT possuem um  $r = -0,421$ ; e (2) as dimensões conforto confiança e manutenção de proximidade para o grupo CT apresentam um  $r = 0,525$ . No grupo do programa de metadona, observa-se a não existência de associação tendo resultados para as mesmas dimensões de  $-0,199$  e  $0,116$ .

### 3.5. Outras variáveis e objectivos

Paralelamente aos instrumentos utilizados, foi por nós elaborada uma *ficha informativa* (anexo F) de forma a recolher dados que pareceram ser importantes para os objectivos da nossa investigação: 1) dados demográficos, compostos por data e local de preenchimento, idade, sexo, habilitações escolares, irmãos, familiares com problemas de toxicod dependência e a idade com que começaram os consumos frequentes de drogas; 2) dados clínicos como se já tomou metadona, se toma no momento do estudo, qual a dosagem de metadona, há quanto tempo não

toma e a data de entrada na comunidade terapêutica (para os participantes que pertenciam ao programa de comunidade terapêutica). Seguidamente apresentamos o quadro da estatística descritiva referente aos dados acima enunciados.

Variáveis	N	Média ou proporção	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Kolmogorov-Smirnov(Sig.)
Idade início consumos	113	17,81	4,96	10	30	0,000
Pai	116	22%	0,41	0	1	0,000
Mãe	116	11%	0,31	0	1	0,000
Irmão/Irmã	116	37%	0,48	0	1	0,000
Soma familiares toxicodep.	116	0,6638	0,69	0	≥2	0,000
Dias Tratamento CT	64	248,40	239,98	0	1136,0	0,000
Metadona Agora	58	50%	0,502	0	1	0,000
Dosagem	57	74,98	41,75	5,00	215,00	<b>0,200</b>
Dosagem metadona <78ml	28	42,71	20,72	5,00	75,00	<b>0,200</b>
Dosagem metadona >78ml	28	107,14	32,14	80,00	215,00	0,000

Tabela 10: Estatística descritiva da ficha informativa

### **3.6. Metodologia estatística utilizada**

Após a averiguação da normalidade das escalas dos questionários, resolvemos utilizar a metodologia paramétrica. Embora a maioria das escalas não apresentem normalidade na distribuição, na análise de variância encontramos resultados que indicam que todas as escalas possuem homogeneidade de variância. Segundo Pereira (2003), quando existe homogeneidade de variância e os valores de normalidade se encontram perto da distribuição normal, podem ser utilizados os testes paramétricos devido à maior robustez e fiabilidade que estes possibilitam na análise de dados.

De forma cuidadosa, verificámos ainda o teste não-paramétrico para a comparação dos dois grupos e verificámos que nestes casos, os valores davam o mesmo resultado e as médias, obviamente eram iguais. Assim reforçámos a opção de utilização de um teste mais robusto.

### **3.7. Procedimento**

A recolha de dados dos participantes em tratamento de comunidade terapêutica teve lugar entre 23 de Maio e 24 de Junho de 2009 nas três comunidades terapêuticas que aceitaram participar no estudo. Inicialmente foi entregue uma carta de apresentação do estudo e foi marcada uma breve reunião com o Director Regional da Delegação de Lisboa e Vale do Tejo do IDT de forma a obter uma autorização de se desenvolver o estudo em três comunidades terapêuticas e em locais onde se se desenvolvessem programas de metadona. Depois de entregue aos directores clínicos das três comunidades uma carta de pedido de autorização (Anexo H) onde se explicava o âmbito do estudo e de uma reunião com toda a Equipa Técnica onde fizemos uma apresentação do estudo e dos questionários a serem preenchidos pelos residentes que aceitassem participar no estudo. Na comunidade terapêutica dos arredores de Lisboa foi previamente combinado com a Equipa Técnica e com os próprios residentes um dia para preenchimento dos questionários; na comunidade do centro de Lisboa, os questionários foram sendo preenchidos ao longo de vários dias conforme a disponibilidade dos residentes entre os trabalhos de sector e intervalos de tarefas; por fim, na comunidade da Margem Sul o processo de aplicação de questionários foi semelhante

ao atrás descrito, ocorrendo em vários dias conforme a disponibilidade dos residentes que quiseram participar no estudo.

A recolha de dados dos participantes em tratamento de programa de metadona, realizou-se de 24 de Setembro a 14 de Outubro de 2009 na E.T. do Restêlo, sendo que anteriormente se tinha recolhido alguns questionários numa outra instituição em chelas, no mês de Junho. Na E.T. do Restêlo, procedeu-se do mesmo modo que foi anteriormente descrito,

entregando-se a autorização do Director da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do IDT, juntamente com a carta de apresentação e autorização do estudo. Realizou-se também uma reunião com a Equipa Técnica onde se apresentou o projecto de estudo em causa.

Todos os questionários continham uma folha de rosto (Anexo G) onde estavam identificados o autor e a instituição onde pertencemos, o Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), e onde se explicitava os direitos do participante quanto à explicação da investigação e à possibilidade de anular a sua participação a qualquer momento sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo. Os participantes só começavam a responder aos questionários depois de explicados os passos acima descritos e as indicações necessárias para o preenchimento dos questionários.

## IV - Resultados

Neste ponto conta a apresentação dos resultados obtidos através dos tratamentos estatísticos utilizados por nós. Irão ser apresentadas tabelas resumidas dos dados mais importantes e significativos, de forma a evitar o excesso de informação estatística. No entanto, as tabelas integrais e descrições estatísticas serão todas apresentadas na secção de anexos referentes às mesmas.

### 4.1. Teste de T-Student

O teste de T-Student é o teste paramétrico utilizado quando se pretende comparar duas médias populacionais de onde se retiraram duas amostras simples e independentes.

#### 4.1.1 Teste de T-Student para EVA entre os dois grupos (anexo X)

Postulou-se como hipótese nula a não existência de diferenças entre toxicodependentes em programa de comunidade terapêutica e em programa de metadona relativamente à ansiedade ou conforto e confiança com os outros.

	Tipo de Tratamento	N	Média	Desvio Padrão	t	gl	Sig.
Eva ansiedade	CT	63	3,4180	,78908	7,558	112	,000
	Programa Metadona	51	2,3007	,77962			
Evaconf conf	CT	63	3,0556	,59812	-,968	112	,335
	Programa Metadona	51	3,1503	,40139			

Tabela 11: teste T-Student para as dimensões EVA

A aceitação da hipótese nula é efectuada quando o valor do sig. é maior que 0,05, que é o nível de significância. Assim sendo, relativamente à nossa hipótese e, perante o sig. apresentado de 0,000, podemos afirmar que existem diferenças significativas entre os toxicodependentes em programa de comunidade terapêutica e em programa de metadona, relativamente ao padrão de ansiedade. Relativamente à variável EVA Conforto-Confiança, o sig. é de 0,335, o que indica que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

#### 4.1.2. *Teste de T-Student para QC entre os dois grupos (anexo X)*

Postulou-se como hipótese nula a não existência de diferenças entre toxicodependentes em programa de comunidade terapêutica e em programa de metadona relativamente ao padrão de prestação de cuidados.

	Tipo de tratamento	N	Média	Desvio Padrão	t	gl	Sig.
<b>CQ Manutenção Proximidade</b>	<b>CT</b>	60	4,7839	,91942	,028	109	,978
	<b>Programa metadona</b>	51	4,7794	,73637			
<b>CQ Sensibilidade</b>	<b>CT</b>	60	4,1063	,81297	-1,131	109	,261
	<b>Programa Metadona</b>	51	4,2623	,60377			
<b>CQ Cuidados Controladores</b>	<b>CT</b>	60	3,4438	,90562	3,443	109	0,001
	<b>Programa Metadona</b>	51	2,8922	,75830			
<b>CQ Cuidados Compulsivos</b>	<b>CT</b>	60	4,2000	1,02378	3,495	109	0,001
	<b>Programa Metadona</b>	51	3,5255	,99997			

Tabela 12: teste T-Student para as dimensões QC

A não aceitação da hipótese nula é efectuada quando o valor do sig. é maior que 0,05, que é o nível de significância. Assim sendo, relativamente à nossa hipótese e, perante o sig. apresentado de 0,001, podemos afirmar que existem diferenças significativas entre os toxicodependentes em programa de comunidade terapêutica e em programa de metadona, relativamente aos padrões de Cuidados Controladores e Cuidados Compulsivos. Com um sig. é

de 0,978 para a Manutenção de Proximidade e 0,261 para a Sensibilidade, confirma-se a não existência de diferenças significativas entre os dois grupos.

Pela comparação de médias, podemos ainda constatar que são os participantes do programa de comunidade terapêutica que apresentam um valor superior, nas escalas EVA Ansiedade e nas escalas QC Cuidados Controladores e QC Cuidados Compulsivos.

## **4.2. Outros objectivos e variáveis exploratórias da ficha informativa**

De seguida apresentamos o tratamento de dados para as nossas variáveis exploratórias, de forma a enriquecer a nossa pesquisa, possibilitando-nos reflectir e retirar impressões que possam vir a ser exploradas em estudos futuros.

### **4.2.1. Correlações de variáveis exploratórias: Vinculação e Prestação de Cuidados**

De seguida apresentaremos as tabelas resumidas contendo apenas os valores que se correlacionam. Para uma observação integral das tabelas originais ver Anexo X.

O coeficiente de correlação de Pearson é utilizado para medir a associação entre variáveis, aleatórias, medidas numa escala pelo menos intervalar e se assume que provêm de uma população com distribuição normal (Maroco, 2003).

O coeficiente de correlação de Spearman, é utilizado para medir a associação entre variáveis que provêm de uma população não normal ou quando são medidas numa escala ordinal, não permitindo, assim, a utilização de medidas de associação paramétricas (Maroco, 2003).

Verificando-se na nossa investigação a ausência de normalidade nestas variáveis que queremos estudar, optamos por utilizar uma associação de spearman.

#### 4.2.1.1. Idade de Início de Consumo de Drogas

	Eva ansiedade	Eva conf conf	CQ man prox	CQ sensibilidade	CQ cuid control	CQ cuid comp
<b>Idade drogas</b>	-,024	-,194*	-,084	-,069	-,063	-,014

Tabela 13: Correlação de Spearman para a variável ICD e dimensões EVA e QC

A hipótese nula aqui apresentada vai no sentido de que não existe associação entre a Idade de início de consumo de drogas e as escalas de vinculação e prestação de cuidados. Para a observação acerca das correlações entre a ICD e as escalas EVA e QC, foi utilizado um teste de Spearman, uma vez que, como referido anteriormente, a escala não apresenta distribuição normal.

Assim, podemos observar a existência de uma associação ( $r = -0,194$ ;  $p < 0,05$ ), ou seja, existe uma associação significativa entre a idade de início de consumo de drogas e a escala Conforto-Confiança. Acrescentamos ainda que esta associação é negativa, o que indica que quanto mais tarde se deu o início do consumo de drogas, menor é o resultado na escala de conforto-confiança com os outros.

#### 4.2.1.2. Pai

	Eva ansiedade	Eva conf_conf	CQ manu prox	CQ sensibilidade	CQ cuid control	CQ cuid comp
<b>pai</b>	,277**	-,205*	,006	,018	,031	,058

Tabela 14: Correlação de Spearman para a variável Pai e dimensões EVA e QC

Partindo da nossa hipótese nula de que não existe associação entre Pai com problemas de toxicod dependência e as dimensões da vinculação e da prestação de cuidados, observamos que existe uma associação positiva entre a existência de um pai com problemas de toxicod dependência e a escala de ansiedade ( $r = 0,277$ ;  $p = 0,001$ ), e uma associação negativa para a escala conforto confiança ( $r = -0,205$ ;  $p = 0,05$ ).

#### 4.2.1.3. Mãe

	Eva ansiedade	Eva conf conf	CQ manu prox	CQ sensibilidade	CQ cuid control	CQ cuid comp
<b>mae</b>	-,024	-,025	-,085	-,027	-,005	-,010

Tabela 15: Correlação de Spearman para a variável Mãe e dimensões EVA e QC

A nossa hipótese nula de que não existe associação entre a variável Mãe com problemas de toxicodependência e as dimensões dos questionários da vinculação e da prestação de cuidados, observamos que não existe nenhuma associação positiva entre a existência de uma mãe com problemas de toxicodependência e as escalas, uma vez que todos os valores de  $p > 0,05$ .

#### 4.2.1.4. Irmão/irmã

	Eva ansiedade	Eva conf_comf	CQ manu prox	CQ sensibilidade	CQ cuid control	CQ cuid_comp
<b>Irmão/irma</b>	,075	-,067	-,166*	,116	,065	-,092

Tabela 16: Correlação de Spearman para a variável Irmão/Irmã e dimensões EVA e QC

A nossa hipótese nula de que não existe associação entre a variável Irmão/Irmã com problemas de toxicodependência e as dimensões dos questionários da vinculação e da prestação de cuidados, observamos que apenas existe uma associação positiva entre as variáveis irmão/irmã com problemas de toxicodependência e a escala QC Manutenção de Proximidade, tendo um valor de associação negativo ( $r = -0,166$ ;  $p < 0,05$ ).

#### 4.2.1.5. Soma de Familiares com Problemas de Toxicodependência

	Eva ansiedade	Eva conf conf	CQ manu prox	CQ sensibilidade	CQ cuid_control	CQ cuid_comp
<b>Soma de familiares consumo</b>	,179*	-,163*	-,171*	,082	,065	-,015

Tabela 17: Correlação de Spearman para a variável SFPT e dimensões EVA e QC

A nossa hipótese assume a não associação entre a Soma de familiares com problemas de toxicodependência e as escalas de vinculação e prestação de cuidados. Podemos afirmar, através dos dados nas tabelas que esta variável se associa positivamente com a Ansiedade ( $r= 0,179$ ;  $p= 0,028$ ), e negativamente com a EVA Conforto-Confiança ( $r= -0,163$ ;  $p < 0,041$ ) e QC Manutenção de Proximidade ( $r= -0,171$ ;  $p < 0,036$ ). Isto reflecte que quanto maior for o número de familiares com problemas de toxicodependência, maior será a ansiedade relativamente aos outros e menos conforto e confiança assim como manutenção de proximidade.

#### 4.2.1.6. Dias de Tratamento em Comunidade Terapêutica

	Eva ansiedade	Eva conf_conf	CQ manu prox	CQ sensibilidade	CQ cuid control	CQ cuid comp
<b>Dias tratamento</b>	,157	-,036	-,050	-,077	,088	,100

Tabela 18: Correlação de Spearman para a variável Dias Tratamento CT e dimensões EVA e QC

A nossa hipótese nula parte do pressuposto de que não existe associação entre a variável Dias de Tratamento em comunidade terapêutica e as dimensões dos questionários da vinculação e da prestação de cuidados.

#### 4.2.1.7. Metadona Agora

A variável Metadona Agora, refere-se aos participantes da comunidade terapêutica e do programa de metadona que se encontravam no momento do estudo a tomar metadona. Assim sendo, é importante verificar se os grupos são iguais nas suas características demográficas. Acomo tal apresentamos um teste T- Student para averiguar se existem diferenças ao nível das características demográficas:

	<b>T</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
<b>idade</b>	-2,479	114	<b>,015</b>
<b>sexo</b>	-,209	114	,835
<b>habilitações</b>	1,082	111	,282
<b>Quantos irmãos</b>	-2,793	99	<b>,006</b>
<b>Idade drogas</b>	-1,517	111	,132
<b>Soma de familiares consumo</b>	,228	114	,820

Tabela 19: Teste T-Student para Metadona Agora e características demográficas

A não aceitação da hipótese nula é efectuada quando o valor do sig. é maior que 0,05, que é o nível de significância. Assim sendo, podemos afirmar que existem diferenças significativas entre os dois grupos, relativamente às variáveis Idade e Quantos irmãos, com um sig. de 0,015 para a Idade e 0,006 para Quantos irmãos.

De seguida verificámos as correlações existentes entre os dois grupos.

	Metadona		Habilitações	Quantos		
	agora	idade		irmãos	sexo	Idade drogas
<b>Metadona agora</b>		,184*	-,136	,238*	,096	,115
<b>Idade</b>	,184*		,013	,125	-,079	,314**
<b>Habilitações</b>	-,136	,013		-,219*	-,189*	,030
<b>Quantos irmãos</b>	,238*	,125	-,219*		,114	,233*
<b>Sexo</b>	,096	-,079	-,189*	,114		-,162
<b>Idade drogas</b>	,115	,314**	,030	,233*	-,162	
<b>Soma de familiares consumo</b>	,055	-,040	-,221*	,311**	-,108	-,075

Tabela 20: Correlação de Spearman entre Metadona Agora e Características demográficas

Podemos observar que as variáveis Idade e Numero de irmãos se encontram associadas com as variáveis Idade ( $r= 0,184$ ;  $p=0,024$ ) e Numero de irmãos ( $r= 0,238$ ;  $p=0,008$ ). Assim, rejeitamos a hipótese nula que postula a não existência de associação entre estas variáveis.

De forma a verificar se as variáveis Idade e Quantos Irmãos estavam a influenciar os resultados relativamente às escalas Eva Ansiedade, QC Cuidados Controladores e Cuidados Compulsivos, procedemos à utilização de uma correlação parcial, com controlo das variáveis demográficas acima mencionadas. Assim, apresentamos os quadros de resultados abaixo.

Variáveis Controladas		Metadona agora	Eva ansiedade	idade	Quantos irmãos
<b>-nenhuma-</b>	<b>Metadona agora</b>		-,497	,250	,325
	<b>Eva Ansiedade</b>	-,497		-,011	-,104
	<b>idade</b>	,250	-,011		,222
	<b>Quantos irmãos</b>	,325	-,104	,222	
<b>idade &amp; quantosirmãos</b>	<b>Metadona agora</b>		-,505		
	<b>Eva Ansiedade</b>	-,505			

Tabela 21: Correlação Parcial para a dimensão EVA Ansiedade

Variáveis Controladas		Metadona agora	Eva conf conf	idade	Quantos irmãos
<b>-nenhuma-</b>	<b>Metadona agora</b>		,050	,250	,325
	<b>evaconf_comf</b>	,050		-,251	-,038
	<b>idade</b>	,250	-,251		,222
	<b>Quantos irmãos</b>	,325	-,038	,222	
<b>idade &amp; quantos irmãos</b>	<b>Metadona agora</b>	1,000	,120		
	<b>Eva conf conf</b>	,120	1,000		

Tabela 22: Correlação Parcial para a dimensão EVA Conforto-Confiança

Variáveis Controladas		Metadona agora	CQ cuid control	idade	Quantos irmãos
<b>-nenhuma-<sup>a</sup></b>	<b>Metadona agora</b>		-,263	,247	,316
	<b>CQ cuidados controladores</b>	-,263		-,042	-,124
	<b>idade</b>	,247	-,042		,227
	<b>Numero irmãos</b>	,316	-,124	,227	
<b>idade &amp; quantos irmãos</b>	<b>Metadona agora</b>		-,240		
	<b>CQ cuidados controladores</b>	-,240			

Tabela 23: Correlação Parcial para a dimensão QC Cuidados Controladores

Variáveis Controladas		Metadona agora	CQ cuid comp	idade	Quantos irmãos
<b>-nenhuma-</b>	<b>Metadona agora</b>		-,335	,247	,316
	<b>CQ cuidados compulsivos</b>	-,335		-,088	-,151
	<b>Idade</b>	,247	-,088		,227
	<b>Quantos irmãos</b>	,316	-,151	,227	
<b>idade &amp; quantos irmãos</b>	<b>Metadona agora</b>		-,302		
	<b>CQ cuidados compulsivos</b>	-,302			

Tabela 24: Correlação Parcial para a dimensão QC Cuidados Compulsivos

Podemos concluir através dos dados que mesmo controlando as variáveis que faziam diferir os grupos, os participantes que se encontravam a tomar metadona no momento em que preencheram os questionários apresentaram associações negativas com as variáveis EVA Ansiedade ( $r = -0,505$ ;  $p = 0,000$ ), QC Cuidados Controladores ( $r = -0,240$ ;  $p = 0,01$ ), QC Cuidados Compulsivos ( $r = -0,302$ ;  $p = 0,001$ ). Estes resultados confirmam o padrão que se tem vindo a notar, que nos leva a perceber a existência de uma interferência da substância opiácea nos constructos dos questionários de vinculação e prestação de cuidados.

	Eva ansiedade	Eva conf conf	CQ manu prox	CQ sensibilidade	CQ cuid control	CQ cuid comp
<b>Dosagem</b>	-,186	-,078	-,022	-,006	-,136	,031

Tabela 25: correlação de Spearman para a variável Dosagem e dimensões EVA e QC

A nossa hipótese nula assenta na não existência de associação entre a variável Dosagem de metadona e as dimensões dos questionários da vinculação e da prestação de cuidados. Assim, observamos que não existem associações entre esta variável e as escalas dos questionários, uma vez que todos os resultados são maiores que o valor de referência 0,05.

	Eva ansiedade	Eva conf conf	CQ manutenção proximidade	CQ sensibilidade	CQ cuidados controladores	CQ cuidados compulsivos
<b>dosagem</b>	-,338*	-,126	-,022	,066	-,144	,009

Tabela 26: Correlação de Spearman para a variável Dosagem inferior a 78mg e dimensões EVA e QC

Para averiguarmos se uma maior ou menor dosagem interferia nos resultados das escalas dos dois questionários, dividimos os valores da dosagem de metadona em dois, usando como referência a mediana, que é de 78mg.

Assim, hipótese nula é traduzida na não existência de associação entre a variável Dosagem inferior a 78mg e as dimensões dos questionários da vinculação e da prestação de cuidados. Ao observarmos os resultados, concluímos que se rejeita a hipótese nula, devido à existência de uma associação entre a dosagem inferior a 78mg e a escala EVA Ansiedade ( $r = -0,338$ ;  $p = 0,039$ ), sendo a associação entre as duas variáveis negativa. Ou seja, podemos observar que existe um efeito de diminuição dos resultados na escala da ansiedade que é mediada pelo aumento da dosagem de metadona até 78mg.

	Eva ansiedade	Eva conf conf	CQ manutenção proximidade	CQ sensibilidade	CQ cuidados controladores	CQ cuidados compulsivos
<b>dosagem</b>	-,124	-,409*	,172	-,164	-,152	,189

Tabela 27: Correlação de Spearman para a variável Dosagem superior a 78mg e escalas EVA e QC

Sendo a nossa hipótese nula de que não existe associação entre a variável Dosagem superior a 78mg com as dimensões dos questionários da vinculação e da prestação de cuidados. Estamos em condições de rejeitar a hipótese nula, uma vez que  $p < 0,05$ , observamos que apenas existe uma associação entre a dosagem de metadona superior a 78ml e a escala EVA Conforto-Confiança, tendo um valor de associação negativo ( $r = -0,409$ ;  $p = 0,15$ ). Este resultado ao contrário do anterior, demonstra não existir nenhuma correlação com a escala de ansiedade, mas interfere na escala conforto-confiança.

## **V - Discussão dos Resultados e Considerações Finais**

Ao longo deste trabalho temos desenvolvido uma tentativa de compreensão acerca do problema da toxicod dependência, focando-nos em certos aspectos que se encontram na sua base, como as relações interpessoais e a forma como estas relações são percebidas pelos indivíduos. Tomámos em consideração o papel da vinculação e do sistema comportamental de prestação de cuidados e a forma como estes sistemas poderão ser afectados pela indução de opiáceos. O principal objectivo deste estudo foi o de explorar as dinâmicas acerca do sistema de vinculação e de prestação de cuidados em adultos na toxicod dependência, e a forma como a indução de opiáceos poderia afectar ou modular estes sistemas.

Iremos em seguida analisar e discutir os resultados obtidos e apresentados na secção anterior. Começaremos inicialmente por comentar e discutir os dados descritivos relativamente aos participantes para depois seguir no aprofundamento da discussão dos resultados observados e dos objectivos traçados para a nossa investigação.

A média de idades dos participantes é de 36 anos, sendo que 72% são do sexo masculino e 28% do sexo feminino. 53% revelaram ter familiares com problemas de drogas e/ou alcool. 22% da amostra possui um pai com problemas de abuso de substâncias, 11% a mãe e 37%, um ou mais, irmãos ou irmãs. Relativamente às habilitações escolares, a média de escolaridade situa-se nos 8 anos. A média de início de consumo de drogas situa-se nos 17 anos, para a nossa amostra.

Estes dados vêm revelar concordância, relativamente à literatura no que toca à proporção do sexo masculino e feminino e ao nível das variáveis familiares assim como das escolares. Fleming (2005) aponta para um factor demasiado encontrado em vários estudos desta temática, que indica que o sexo masculino se encontra como um maior consumidor que o sexo feminino. Este resultado vai de encontro à proporção dos participantes assim como dos pais dos participantes do nosso estudo. Ao nível escolar, a autora indica também que uma grande maioria apresenta dificuldades e insucesso, devido ao pouco investimento que estes indivíduos colocam nesta área, o que conduz normalmente ao abandono dos estudos e uma média reduzida de anos de escolaridade, como se observa nos dados do nosso estudo.

Fleming (2005) destaca a importância da relação entre as dinâmicas familiares e os consumos de drogas. Fazendo desta temática uma das mais estudadas e privilegiadas dos últimos anos na compreensão das toxicodependências. Encontramos indícios que vão de encontro à literatura da área sobre as questões familiares, mas que serão exploradas mais à frente aquando a exploração dos resultados derivados das variáveis familiares.

Relativamente às nossas hipóteses primordiais, observámos que existiam diferenças entre os grupos, nomeadamente nas escalas de Ansiedade, Cuidados Controladores e Cuidados Compulsivos. Os participantes em tratamento de comunidade terapêutica, livres de drogas, apresentaram médias nestas escalas superiores às médias dos participantes em programa de metadona.

As médias e correlações entre as escalas dos questionários por nós utilizados, demonstraram que relativamente aos resultados de amostras não clínicas, a amostra total de toxicodependentes apresentou associações mais positivas na dimensão de ansiedade, e mais negativas na dimensão de conforto-confiança. As associações apresentadas nas dimensões de prestação de cuidados foram mais positivas nos cuidados compulsivos e cuidados controladores.

Estes dados vão de encontro às teorias encontradas na literatura, que descrevem que indivíduos que se situam nos estilos mais ansiosos (preocupados e evitantes) apresentam padrões de cuidados mais compulsivos e controladores (Kunce & Shaver, 1994; Feeney & Collins, 2001; Reizer & Mikulincer, 2006). É ainda descrito teóricamente que os padrões relacionais dos toxicodependentes são descritos como mais ansiosos e evitantes (Sanchez 2001; Torres et al. 2004) resultante de situações traumáticas ao longo do desenvolvimento e do isolamento social que vai gerando o escassear e empobrecimento das relações dos indivíduos, devido à fonte de desprazer e sofrimento em que as relações humanas se tornam para estes sujeitos (Freud, 1930; Jacobs, 1986; Khantzian, 1985). Assim, o abuso de substâncias é entendido como uma estratégia de lidar com as situações demasiado dolorosas vividas pelos indivíduos de padrões ansiosos, nomeadamente, preocupados e amedrontados, visto terem percepções semelhantes relativamente a episódios desta natureza (Schindler et al. 2007).

Os resultados obtidos relativamente aos questionários, remetem para uma integração entre estes sistemas de vinculação e de prestação de cuidados, como indica a literatura (Collins &

Feeney, 2000; Feeney & Collins, 2001; Hazan & Shaver, 1987; Kuncze & Shaver, 1994; Simpson et al. 2007). Sendo importante voltar a referir as diferenças entre o grupo livre de drogas e o grupo com opiáceos. No grupo do programa de metadona foi encontrada uma maior distorção destes constructos, relativamente aos resultados do grupo de comunidade terapêutica. Estes dados vão de encontro aos resultados dos estudos de Panksepp et al. (2002) que vem desenvolvendo conclusões que os opiáceos exógenos e os opióides endógenos têm um papel fulcral no sistema emocional e afiliativo, assim como nas interações sociais e laços afectivos entre indivíduos.

No que toca à comparação das correlações das escalas entre os dois tipos de tratamento, ou seja entre o grupo de comunidade terapêutica e o programa de metadona, depararam-se padrões diferentes nas escalas dos questionários. Embora com valores diferentes, o grupo de comunidade terapêutica demonstrou ter um padrão mais normativo, que o grupo de programa de metadona. O que indica que comparando todos estes resultados, existe alguma interferência da metadona nos valores das escalas, ou seja, nas percepções dos indivíduos acerca dos outros e das relações com os outros. Estes resultados são sustentados pela literatura, que revela que os opiáceos interferem no sistema opióide endógeno, levando a alterações de comportamentos de ansiedade, intimidade e dependência emocional (Panksepp 2002; 2003; 2004; Torres, 2003; David, 2001). Panksepp (2002) aponta também para as alterações que ocorrem aquando a indução de opiáceos no sistema aversivo, atenuando sentimentos de mal-estar e desconforto. Os opiáceos actuam na formação de laços sociais, sendo a produção interna de opióides estimulada por estes laços, quando são introduzidos de forma exógena, extinguem-se os movimentos de procura e aproximação relacional e social, levando ao isolamento afectivo e social.

Para os outros objectivos que foram explorados, podemos concluir que a idade de início de consumos de drogas se associa negativamente com a escala de conforto-confiança, ou seja, quanto mais tarde indivíduo se inicia no consumo regular de drogas, menor são os valores na escala de conforto-confiança. Estes dados mostram concordância com a literatura.

A literatura da área, revela muitas vezes o periodo de desenvolvimento da adolescência como de grande perigosidade relativamente ao início de drogas (Fleming, 2005). Num estudo desta autora com adolescentes, foram encontrados dados que revelam que a proporção de indivíduos que consome drogas tende a aumentar com a idade. A idade, é um dos factores com

resultados mais estáveis e associados ao início de consumo de drogas, que se mantêm ao longo dos estudos, tanto com amostras clínicas como amostras não clínicas, onde a faixa dos 18 aos 25 anos tem uma elevada taxa de inícios de consumo (Miller & Crisin, 1980; cit in Fleming, 2005). Os nossos resultados apresentam possíveis leituras de que chegado a um ponto intolerável de desconforto e desajustamento relacional e social, mal estar psicológico e fisiológico, e de sentimento de vazio interior, os indivíduos experienciam com as drogas um alívio para os seus sintomas (Jacobs, 1986; Khantzian, 1985). Este processo, dito de auto-medicação, surge pela dificuldade sentida por sujeitos ansiosos em depender e confiar nos outros, o que os leva a procurarem alívio em objectos ao invés de procurarem alívio no apoio dos outros e nos laços com os que os rodeiam, proporcionando assim a ilusão de se poder viver sem o outro (Fleming, 2005; Pires, 2005).

Na variável “pai com problemas de toxicodependência”, observou-se que esta se associa positivamente com a escala de ansiedade e negativamente com a escala de conforto-confiança. Este resultado é congruente com a teoria, uma vez que indivíduos com mais ansiedade na vinculação têm menor conforto e confiança nos outros. Este resultado encontra-se também em concordância com a teoria da vinculação, que embora os estudos sejam mais focados para o papel materno do que o paterno, já existem hoje imensos trabalhos que abordam a questão do papel do pai na vinculação.

Fleming (1995) no seu estudo encontrou resultados que demonstram que filhos toxicodependentes percebem níveis de mais elevada intimidação na relação com os pais. Geada (1990) acentua a deficiência afectiva existente nas famílias com toxicodependentes, principalmente entre pais-criança. Refere ainda a utilização de tóxicos numa tentativa de evasão dos conflitos vividos na família com os pais. A figura do pai enquanto outra referência de vinculação, segundo Lichtenberg (1989) numa abordagem psicanalítica, tem influência na socialização e nos modos de relacionamento com os pares. Sendo a interacção pai-criança caracterizada como actividades físicas de brincar e exploração, que contribui no desenvolvimento do prazer na intimidade e na assertividade, assim como no desenvolvimento de capacidades ao nível social. Assim, o pai é visto como tendo um papel importante ao nível desenvolvimento da exploração e na relação com o mundo, tendo também importância como figura de auxílio e

aprendizagem na mediação de conflitos que surgem nas interações sociais com os irmãos e pares, resultando assim numa influência que se estende no campo comportamento emocional e social.

A existência de pai com problemas de toxicod dependência, pode levar a lacunas importantes, devido ao desinteresse e ausência emocional, o que propicia lacunas nas suas capacidades de desenvolvimento afectivo e de socialização podendo estar na base de dificuldades relacionais e de estabilidade emocional no desenvolvimento futuro da criança (Bowlby, 1984; Fleming, 2005).

Para a variável “Mãe com problemas de toxicod dependência”, os resultados não foram os esperados, não se observando nenhuma associação com as escalas dos questionários. Apontamos como um possível factor deste resultado o número reduzido de mães com problemas de abuso de substâncias. Este número reduzido, como foi comentado por nós anteriormente, deve-se ao facto de haver menos indivíduos do sexo feminino com problemas de toxicod dependência. Esperamos que num futuro estudo se possa esclarecer o impacto e influência da figura materna com problemas de adicção a drogas nos constructos dos questionários de vinculação e prestação de cuidados.

No entanto, Carvalho (2009) num estudo que abordava as repercussões da adicção nos cuidados com a criança, concluiu que as mães toxicod dependentes apresentavam um conjunto de comportamentos relativamente aos seus filhos que podem estar na base de problemas que estes venham a ter com toxicod dependências e de ansiedade etc. Neste estudo, as mães apresentavam comparativamente ao grupo de controle, um maior sentimento de ansiedade, um maior sentimento de culpabilidade, um maior sentimento de superprotecção e uma maior imagem desfavorável do seu filho. Estes resultados, mostram o possível impacto da adicção nas mães de toxicod dependentes. Noutros estudos foram ainda comprovados que mães toxicod dependentes mostram dificuldades e lacunas no relacionamento com os seus filhos, possuindo sentimentos ambivalentes relativamente aos cuidados prestados e à capacidade de contenção emocional dos filhos. Estas mães apresentam sobreenvolvimento com os filhos misturado com estilos parentais autoritários, pouca tolerância e negligência. Estas mães apresentam muitas vezes traumas vividos em idades precoces, separações, perdas, situações de abuso sexual e emocional, e falta de afectos

durante o seu desenvolvimento (Suchman et al. 2005). Lichtenberg (1989) refere a importância da mãe e nos cuidados prestados por esta na influência ao nível da sensibilidade empática e altruísticos dos seus filhos.

Analisámos o impacto dos irmãos com problemas de dependência a substâncias tóxicas, e observámos que esta variável se associa negativamente com a escala de manutenção de proximidade.

Sendo as relações entre irmãos o primeiro contacto de socialização entre pares, encontramos aqui uma razão para um baixo nível de manutenção de proximidade. Uma vez existindo perturbações de adicção neste grupo próximo, o desligamento afectivo mostra ter influência nestes comportamentos de prestação de cuidados. Estes resultados levam-nos pensar numa exploração mais a fundo acerca da influência dos irmãos nestes constructos e a influência destes, tendo problemas de toxicodependência, nestes sistemas.

Relativamente ao número de familiares com problemas de abuso de drogas e/ou álcool, esta variável (soma de familiares com problemas de toxicodependência) mostrou que quanto maior for o número de familiares com problemas de toxicodependência, maior será a ansiedade relativamente aos outros e menos conforto e confiança assim como manutenção de proximidade.

Estes resultados, reflectem o que tem vindo a ser observado na literatura acerca da influência de familiares com problemas deste âmbito na relação com toxicodependência (Schoor & Beach, 1993; Fleming, 1995; 2005; 2009; Suchman et al. 2005). Assim, surgem-nos questões relacionadas com a prevenção relativamente a famílias com vários membros com problemas de abuso de substâncias. De facto, se a literatura indica que em famílias de toxicodependentes existem lacunas graves e deficitárias ao nível da qualidade dos laços afectivos, da comunicação, e dos papéis de cada membro, principalmente o dos pais (Fleming, 1995), este é um assunto a se ter em consideração, tanto em futuras investigações como na reflexão acerca do ambiente familiar e da sua relação com os problemas de adicção.

Para a variável “dias de tratamento em comunidade terapêutica”, ao contrário do que se esperava não se observaram quaisquer associações com as dimensões dos questionários da vinculação e da prestação de cuidados. Este resultado merece uma investigação mais

aprofundada, preferencialmente de carácter longitudinal, recolhendo dados ao longo das fases de tratamento em comunidade terapêutica, de forma a perceber se existem ou não diferenças na vinculação e prestação de cuidados.

Dados da literatura apontam para que existam alterações nos estilos de vinculação dos indivíduos inseridos em programas de comunidade terapêutica. Sendo que estes muitas vezes entram com padrões demitidos, e ao longo do tempo, desenvolvem padrões amedrontados e preocupados, sendo raros os que chegam ao patamar da vinculação segura (Sanches, 2001). No entanto, se as bases afectivas e relacionais forem modificadas, é esperado que na continuação psicoterapêutica pós-internamento em comunidade, o trabalho continue a ser desenvolvido, podendo assim modificar os padrões relacionais dos sujeitos, aliado a novos estilos de vida que passam a ser vividos pelos indivíduos e que foram aprendidos no tempo de tratamento.

Relativamente à variável “metadona agora”, foram encontrados resultados que se associam negativamente com a escala de ansiedade e com as escalas de cuidados contralores e compulsivos. Sendo que estes grupos diferiam na quantidade de irmãos e na idade, fomos investigar se de facto, estas variáveis estavam a influenciar os resultados e concluímos que – e através do controlo destas variáveis por correlação parcial – os resultados se mantiveram. Estes resultados indicam que os participantes da comunidade terapêutica que tomavam metadona no momento do estudo e os que pertenciam ao programa de metadona apresentaram valores coerentes com a literatura.

Como já foi referido anteriormente, os indícios que demonstram que a metadona, enquanto opiáceo, afecta o sistema de vinculação e prestação de cuidados, foram sustentados no nosso estudo. Esta conclusão é uma das de maior peso no nosso estudo, uma vez que observámos que ao nível das dimensões ansiedade, cuidados controladores e cuidados compulsivos dos questionários, os indivíduos que tomavam metadona tiveram valores médios mais baixos que os que estavam livres de drogas, mas que não existiam diferenças significativas para as outras escalas (conforto-confiança, manutenção de proximidade e sensibilidade). O que nos leva a entender que a toma de metadona reduz os níveis de medo de abandono ou rejeição mas não melhora os níveis de conforto ao estabelecer relações próximas e íntimas nem os níveis de capacidade de depender dos outros em situações que necessitem deles. Associado a isto, o mesmo

acontece para as dimensões de prestação de cuidados, ou seja, o tipo de cuidados referentes aos estilos seguros não apresentam diferenças, mas mostraram estarem integrados com as dimensões do questionário vinculação.

Na dosagem, não foram encontradas associações com nenhuma das escalas utilizadas no estudo. Este resultado não foi de encontro ao esperado, uma vez que como acima foi referido, e com base em argumentos teóricos, esperávamos encontrar resultados. No entanto, foram encontrados indícios da actuação da metadona nos sistemas que abordámos na nossa investigação. Vários estudos apontam para estes resultados. Num estudo de Goodman, Hans & Cox (1999), os bebés expostos a metadona in utero apresentam, mais vinculação desorganizada e evitante, índices de manutenção de contacto menores do que os bebés do grupo de controlo, mas não diferem na procura de proximidade.

Fomos aprofundar a variável dosagem e dividimos esta em dois grupos baseados na mediana (78mg). Os resultados referentes à variável “dosagem inferior a 78mg” apresentaram uma associação negativa com a escala de ansiedade, sugerindo assim que a dosagem até 78mg tem interferência nesta escala de ansiedade de abandono e rejeição dos outros. Estes dados são interessantes na medida em que retiramos indícios de haver influência conforme diferentes dosagens de metadona. Surgem aqui pistas que seriam interessantes aprofundar futuramente relativamente aos vários efeitos que diferentes dosagens possam ter na influência da vinculação e prestação de cuidados.

Finalmente, os resultados obtidos para a variável “dosagem superior a 78mg”, uma vez que não demonstram haver associação, como esperávamos, na ansiedade, mas demonstram associação na escala conforto-confiança. Estes resultados surgem-nos inesperadamente, não nos permitindo por agora uma reflexão aprofundada sobre este aspecto. A literatura existente, não aprofunda os efeitos das diferentes dosagens nas nossas variáveis dependentes, permitindo apenas pistas para futuros trabalhos onde se mostra pertinente estudar a relação entre as dosagens altas e a vinculação, assim como a prestação de cuidados, ou seja, a relação com o outro e a forma como esta é percebida e vivida. No entanto, estudos elaborados com macacos rhesus indicam que em experiências de separação-reunião entre mãe e cria, onde existe manipulação através de opiáceos, observou-se a diminuição de comportamentos de aproximação durante os primeiros trinta

minutos (Kalin et al., 1995; cit in Graves, Wallen & Maestriperi, 2002). Juntamente com estes dados em macacos rhesus, o comportamento de *grooming*, que na zoologia se caracteriza como um comportamento habitual de vários mamíferos de afagar o pêlo ou a pele de um membro da comunidade de forma a fortalecer vínculos sociais e afectivos, fortificando a união de grupo, aparece diminuído quando são inseridos opiáceos, demonstrando que os opiáceos actuam ao nível da vinculação adulta, assim como na vinculação pais-filhos (Graves et al., 2002).

Pensamos ser de grande importância a continuação da investigação sobre os efeitos da metadona, assim como outros opiáceos nestes sistemas. Vários estudos efectuados em mamíferos e primatas demonstram que existe interferência entre estas substâncias e os comportamentos de procura relacional, proximidade, interacção social e emoções relacionadas com a perda social, ansiedade, rejeição e abandono. Panksepp et al. (2001) sugere a importância dos laços sociais não só são importantes ao nível biológico de sobrevivência – num aspecto evolucionários e adaptativo -, mas que estes afectam de forma positiva, e a longo termo, o sistema emocional. Testes em ratos e macacos rhesus, confirmam que o isolamento social numa fase inicial da vida, se associa a uma maior sensibilidade a psicoestimulantes e álcool numa fase mais avançada do desenvolvimento, derivado à maior exposição de ansiedade experienciada anteriormente. Nos ratos, foi estudado que a estimulação e interacção precoce se relaciona com a redução de vulnerabilidade à ansiedade na vida adulta, e que esta pode conceder uma maior protecção ao desenvolvimento de adicções na vida adulta.

Concluindo, propusemo-nos, com este trabalho, averiguar as diferenças existentes entre um grupo de toxicod dependentes em comunidade terapêutica e um grupo de toxicod dependentes em programa de metadona, relativamente à vinculação e às dimensões do sistema de prestação de cuidados, com a finalidade de estudar e compreender as repercussões que cada tipo de tratamento tem nestes sistemas comportamentais. Outras informações por nós recolhidas, tornaram-se pertinentes e passámos a estudar também os efeitos da informação da ficha informativa nos sistemas comportamentais que tínhamos em vista abordar, com o intuito de encontrar novas pistas de compreensão acerca destes temas.

Ao longo do nosso estudo, surgiram resultados que nos questionaram acerca do efeito do tratamento através de opiáceos. Não querendo criticar sem primeiro ter bases sólidas onde

alicerçar argumentos, queremos deixar claro de que novas dúvidas e questões nos surgiram em relação ao tratamento das adicções. Assim, partilhamos das mesmas questões elaboradas por Panksepp (2003), de que se não se desenvolver um melhor, e mais aprofundado, conhecimento acerca das emoções e estados afectivos, nunca se poderá construir uma teoria da adicção coerente. Posto isto, pensamos ser de extrema importância construir mais conhecimento acerca dos efeitos da metadona nos estados afectivos e emocionais das pessoas e nas relações interpessoais – na vinculação e na prestação de cuidados – uma vez que, se é sabido que esse é um dos problemas basilares das pessoas que desenvolvem dependência de drogas. Questionamos como se pode trabalhar estes estados emocionais e afectivos, muitas vezes já entorpecidos, com substâncias que ainda bloqueiam mais os estados afectivos e, conseqüentemente, os comportamentos de procura, manutenção de proximidade, sensibilidade, capacidade de depender, confiar e necessidade de ligação aos outros, tendo-se observado que não aumentavam os valores das escalas de conforto-confiança, sensibilidade e proximidade. Ou seja, a estrutura psíquica, os modelos internos, continuam intactos porque apenas foi atenuada a ansiedade de separação e o medo de abandono ou rejeição. Sendo o trabalho psicoterapêutico assente nas emoções, entre outros aspectos, somos levados a levantar novas hipóteses de estudo acerca dos tratamentos e da forma como se podem trabalhar e integrar as emoções para este problema bem presente na nossa sociedade.

Resumindo, podemos referir que, embora apresentando resultados que, por um lado, corroboram com algumas das nossas expectativas iniciais, por outro, nos surpreenderam e nos levaram a levantar novas hipóteses a serem trabalhadas no futuro. O nosso estudo carece de algumas lacunas, que seria interessante em estudos posteriores, serem alvo de rectificação.

Assim, enumeramos tais limitações:

- O tipo de amostragem por conveniência, leva-nos a colocar algumas limitações ao nível do rigor relativamente aos resultados e conclusões, uma vez que estes apenas se podem aplicar a esta amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo (Hill & Hill, 2002).

- Outra questão metodológica, levanta-se com a necessidade de desenvolver a validação do questionário de cuidados para a população portuguesa, de forma a obter resultados mais fiáveis.
- Trabalhámos neste estudo apenas com as dimensões dos questionários. Seria de interesse estudar especificamente os estilos de vinculação e analisá-los com os comportamentos de prestação de cuidados e explorar mais a integração destes dois sistemas, que ainda continua pouco investigado.
- Embora tenham sido retiradas algumas pistas acerca dos efeitos da metadona na vinculação e na prestação de cuidados, estes resultados são suportados numa amostra reduzida, o que não permite retirar conclusões firmes antes de ser novamente investigada a acção deste opiáceo nos sistemas abordados no nosso estudo.

No sentido de uma investigação futura, sugerimos, ao nível destes constructos em tratamento de comunidade terapêutica, um acompanhamento longitudinal ao longo das diversas fases do programa, de forma a retirar novas conclusões acerca do desenvolvimento das percepções na vinculação e prestação de cuidados à medida que o tratamento avança, podendo depois realizar-se análise dos padrões à entrada e à saída do tratamento, voltando-se a perceber se existe estabilidade dos padrões, em periodos estipulados de tempo, depois de terminado o tratamento.

Em relação ao programa de metadona, parece-nos pertinente sugerir, com base nas pistas que surgiram no nosso estudo, o desenvolvimento de estudos futuros aprofundando conhecimentos acerca dos possíveis efeitos em dosagens altas e dosagens baixas na vinculação e prestação de cuidados.

Relativamente a vinculação e ao sistema comportamental de prestação de cuidados, pensamos ser interessante efectuar um estudo aprofundado acerca dos diferentes estilos de vinculação e prestação de cuidados, ao invés de apenas trabalhar com as dimensões dos

questionários, em amostras clínicas e não clínicas, de forma a compreender melhor como estes constructos se inter-relacionam e como estão integrados.

## Referências:

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- 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.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244.
- Bartholomew, K., & Moretti, M. (2002). The dynamics of measuring attachment. *Attachment & Human Development*, 4 (2), 162-165.
- Bartholomew, K., & Perlman, D. (Vol. Ed.) (1994). *Attachment processes in adulthood: Vol. 5. Advances in personal relationships*. Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of accessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press
- Baumeister, R. F., & Leary, R. M. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 497-529.
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachments styles. *Attachment & Human Development*, 4 (2), 166-170.
- Bowlby, J. (1957). An ethological approach to research in child development. *British Journal of Medical Psychology*, 30, 230-240.
- Bowlby, J. (1960). Separation anxiety. *The International Journal of Psychoanalysis*, 41, 89-113.
- Bowlby, J. (1975). *Attachment and Loss: Vol. 2 Separation*. Pelican Books.

- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J. (1990). *Child care and the growth of love*. Penguin Books
- Bowlby, J.. (1969). Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Canada's Mental Health Supplement*, 59.
- Bowlby, J.. (1981). *Attachment and Loss*. Vol. 1. Penguin Books.
- Bowlby, J.. (1981). *Attachment and Loss: Vol. 3 Loss*. Penguin 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*, 20 (1), 155-186.
- Carvalho, J. (2009). Repercussões da patologia adictiva maternal no processo de individuação da criança. *Toxicoddependências*, 15 (2), 67-74.
- Cassidy, J. (1998). Attachment and object relations theories and the concept of independent behavioral systems. *Social Development*, 7 (1), 120-126.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999), (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implication*. NY: Guildford Press.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999), (Eds). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implication*. NY: Guildford Press.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (6), 1053-1073.
- Collins, N., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (4), 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*, 74 (5), 1380-1397.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implication*. NY: Guildford Press.
- Crowell, J.A., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social Development*, 4, 294-327.
- Dias, M. G. F. F., & Fontaine, A. M. (2001). *Tarefas desenvolvimentais e bem-estar de jovens universitários*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Elliot, A. J., & Reis, H. T. (2003). Attachment and exploration in adulthood. *Journal of personality and Social Psychology*, 85 (2), 317-331.
- Esteves, M., & Vieira-Coelho, M. (2007). *Toxicodependências*. Matosinhos: Quid Novis.
- Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2001). Predictors of caregiving in intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (6), 972-994.
- Fleming, M. & Guimarães, R. (2009). Dor que consume. Para uma compreensão da dor mental na toxicodependência. *Toxicodependências*, 15 (2), 3-12.
- Fleming, M. (1995). *Família e Toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicodependência. *Toxicodependências*, 11 (1), 3-13.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Medo e o Desejo de Crescer: Psicologia da Adolescência*. Porto: Edições Afrontamento
- Fraley, C. R., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4 (2), 132-154.

- Fraser, M. W., & Hawkins, D. (1984). The social networks of opioid abusers. *The International Journal of the Addictions*, 19 (8), 903-917.
- Freud, S. (2008). *O mal-estar na civilização*. Lisboa: Relógio D'Água Editores. (Tradução do original em Alemão Das Unbehagen in der Kultur, 1930. London: Imago Publishing Co. Ltd.)
- Geadá, M. (1990). Padrões de vinculação afectiva e níveis de desenvolvimento do auto-conhecimento em toxicodependentes e não-toxicodependentes. *Jornal de Psicologia*, 9 (4/5), 14-18.
- Geary, D., & Flinn, M. V. (2001). Evolution of human parental behavior and the human family. *Parenting: Science and Practice*, 1 (1), 5-61.
- Geisinger, K. F. (2003). Testing and Assessment in Cross-Cultural Psychology. In J. R. Graham & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of Psychology: Assessment Psychology* (Vol. 10, pp.95-117). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- George, C., & Solomon, J. (1999). The caregiving system. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *The Handbook of attachment theory and research*. New York: Guildford.
- George, C., & Solomon, J. (1999). The Development of Caregiving: A Comparison of Attachment Theory and Psychoanalytic Approaches to Mothering. *Psychoanalytic Inquiry*, 19 (4), 618-639.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). The adult attachment interview. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley
- Gomes, D. R. P. (2008). *Countertransference questionnaire: Desenvolvimento da versão portuguesa*. (Tese monográfica de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Graves, C. F., Wallen, K., & Maestripieri, D. (2002). Opioids and attachment in rhesus macaque (macaca mulatta) abusive mothers. *Behavioral Neuroscience*, 116 (3), 489-493.

- Griffin, W., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds), *Attachment processes in adulthood: Vol. 5. Advances in personal relationships*. (Vol. 5.). Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5 (1), 1-22.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5 (1), 1-22.
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implication*. NY: Guildford Press.
- Hinde, R. (1982). *Ethology*. Fontana Paperbacks
- Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: a reanalysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. In D. L. Yalisove (Ed.). *Essential papers on addiction* (Vol. 16). New York: New York University Press.
- Khantzian, H. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. In D. L. Yalisove (Ed.). *Essential papers on addiction* (Vol. 16). New York: New York University Press.
- Krystal, H. (1978). Self representation and the capacity for self care. In D. L. Yalisove (Ed.). *Essential papers on addiction* (Vol. 16). New York: New York University Press.
- Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds), *Attachment processes in*

- adulthood: Vol. 5. Advances in personal relationships*. (Vol. 5.). Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Leon, G. (1993). What psychologists can learn from addiction treatment research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7 (2), 103-109.
- Leon, G. D. (1989). Therapeutic communities for substance abuse: Overview of approach and effectiveness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 3 (3), 140-147.
- Lichtenberg, J. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hove and London: Analytic Press.
- Livesley, J. W., Schroeder, M. L., & Jackson, N. D. (1990). Dependent personality disorder and attachment problems. *Journal of Personality Disorders*, 4 (2), 131-140.
- Lowenstein, W., Gourarier, L. Coppel, A., Lebeau, B., & Hefez, S. (1998). A metadona e os tratamentos de substituição. Lisboa: Climepsi editores. (Tradução do original Francês La Methadone et les Traitements de Substitution. Doin Éditeurs)
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa Sílabo.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events. *Personal Relationships*, 12, 149-168.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (4), 881-895.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27 (2), 77-102.
- Moreira, J. M., Lind, W., Santos, J. M., Moreira, A. R., Gomes, M. J., Justo, J. Oliveira, A. P., Filipe, L. A. & Faustino, M. (2006). “Experiências em Relações Próximas”, um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: Tradução e validação para a população portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), 3-27.

- Overbeek, G., Vollebergh, W., Engels, R. C. M. E., & Meeus, W. (2003). Parental attachment and romantic relationships: Associations with emotional disturbance during late adolescence. *Journal of Counselling Psychology, 50* (1), 28-39.
- Panksepp, J. (2003). Commentary on “Understanding Addictive Vulnerability”. *Neuro-Psychoanalysis, 5* (1), 21-29.
- Panksepp, J. (2005). Why does separation distress hurt? Comment on MacDonald and Leary (2005). *Psychological Bulletin, 131* (2), 224-230.
- Panksepp, J., Knutson, B., & Burgdorf, J. (2002). The role of brain emotional systems in addictions: A neuro-evolutionary perspective and new “self-report” animal model. *Addiction, 97*, 459-469.
- Panksepp, L., Nocjar, C., Burgdorf, J., Panksepp, J. B. & Huber, R. (2004). The role of emotional systems in addiction: A neuroethological perspective. *Nebraska Symposium on Motivation, 50*, 85-126.
- Perlman, D., (Vol. Ed.) & Jones, W. H. (1993) (Eds). *Advances in personal relationships: Vol. 4*. Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Pires, S. (2005). Maus tratos infantis: Factor de risco na gênese da toxicodpendência. *Toxicodpendências, 11* (1), 65-78.
- Reizer, A., & Mikulincer, M. (2007). Assessing individual differences in working models of caregiving: The construction of the mental representation of caregiving scale. *Journal of Individual Differences, 28* (4), 227-239.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., & Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development, 9* (2), 111-126.
- Schoor, E. P., & Beach, R. (1993). Pseudoindependence in adolescent drug abuse: A family systems perspective. *Family Therapy, 29* (3), 191-203.

- Schrode, K., & Stevenson, G. W. (2008). Mu/Kappa opioid interactions in rhesus monkeys: Implications for analgesia and abuse liability. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *16* (5), 386-399.
- Shedler, J. & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist*, *45* (5), 612-630.
- Simpson, J. A., & Rholes, S. (1998). Attachment theory in adulthood. In J.A. Simpson & S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp.3-20). New York: Guildford Press.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2002). Fearful-avoidance, disorganizations, and multiple working models: some directions for future theory and research. *Attachment & Human Development*, *4* (2), 223-229.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Phillips, D. (1996). Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71* (5), 899-914.
- Simpson, J.A., Winterheld, H. A., Rholes, W. S., & Oriña, M. M. (2007). Working models of attachment and reactions to different forms of caregiving from romantic partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93* (3), 466-477.
- Steele, H., & Steele, M. (1994). Intergerational patterns of attachment. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds), *Attachment processes in adulthood: Vol. 5. Advances in personal relationships*. (Vol. 5.). Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Suchman, N. E., McMahon, T. J., Slade, A. & Luthar, S. S. (2005). How early bonding, depression, illicit drug use, and perceived support work together to influence drug-dependent mothers caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, *75* (3), 431-445.
- Tinoco, R. (2006). Comunidades terapêuticas livres de drogas – Da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. *Toxicodependências*, *12* (1), 21-30.

- Torres, N., Sanches, M. & Neto, D. (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em oxicodependentes e estudantes. *Toxicodependências*, 10 (3), 57-70.
- Torres, N. & Ribeiro, J. P. (2001). *A Pedra e o Charco: Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*. Lisboa: Íman.
- Torres, N. M. (2003). A química da dependência e as dependências-tóxicas: Para um modelo biopsico-social. *Toxicodependências*, 9 (1), 29-45.
- Torres, N., Chagas, T., Ribeiro, J. P. (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoactivas: Um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressuposto básico de W.R. Bion. *Toxicodependências*, 14 (3), 35-48.
- Walsh, A. (1995). Parental attachment, drug use and facultative sexual strategies. *Social Biology*, 42 (1-2), 95-101.
- Waters, E., Crowell, J., Elliot, M., Corcoran, D., & Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress [A commentary on Shaver & Mikulincer's Attachment-related psychodynamics]. *Attachment & Human Development*, 4, 230-242.
- 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*, 8 (3), 185-197.
- Winslow, J. T. & Insel, T. (1991). Endogenous opioids: Do they modulate the rat pup's response to social isolation?. *Behavioral Neuroscience*, 105 (2), 253-263.
- Yalisove, D. L. (Ed.). (1997). *Essential papers on addiction*. New York: New York University Press.

# **ANEXOS**

# **ANEXO A**

## **Adaptação Transcultural do *Caregiving Questionnaire***

Iremos aqui introduzir a parte referente ao processo de tradução e adaptação do Caregiving Questionnaire para português. Inicialmente, depois da leitura do artigo referente à construção deste questionário, contactámos um dos autores por correio electrónico de forma a pedir autorização para a realização deste processo de adaptação do questionário. Após o contacto inicial foi-nos enviado, pelo autor, em formato digital, o questionário com a folha de listagem dos itens e as subescalas do questionário. Informámos que iríamos traduzir e adaptar o questionário conforme as regras descritas por Geisinger (2003), e pelas orientações para o procedimento, dadas pela Comissão Internacional de Testes (Geisinger, 1994; 2003), acerca do método de tradução e adaptação transcultural de um instrumento.

Geisinger (1994; 2003) elaborou dez procedimentos para o processamento da adaptação transcultural de um teste ou questionário: 1) tradução e adaptação do instrumento; 2) revisão da versão traduzida ou adaptada do instrumento; 3) adaptação do rascunho do instrumento com base nos comentários dos revisores; 4) efectuar um estudo de campo; 5) estandardização dos resultados; 6) efectuar um estudo de campo; 7) construção de um manual e de documentos complementares para utilizadores do instrumento; 8) treino de utilizadores do instrumento; 9) recolha de reacções e opiniões dos utilizadores.

Neste estudo, devido à sua especificidade de tema e amostra – e não sendo a validação do questionário um objectivo primordial –, apenas realizámos os quatro primeiros passos descritos por Geisinger (1994; 2003), tendo como objectivo futuro proceder à realização dos passos que não foram abrangidos neste estudo, de forma a desenvolver a versão portuguesa do questionário de prestação de cuidados, devidamente validada com base numa amostragem estatisticamente representativa da população portuguesa. A realização destes passos foi também baseada nos num estudo recente sobre a tradução e adaptação da versão portuguesa do questionário de contratransferência (Gomes, 2008).

## **1. Tradução e adaptação do instrumento**

Para se proceder à tradução do questionário original, recorremos à colaboração de três tradutores independentes, sendo dois deles bilingues. Destes tradutores, uma é psicóloga e tradutora profissional, outro é psicólogo com experiência em tradução de textos relacionados com a área de psicologia e o terceiro lecciona inglês e tradução de inglês numa universidade de Lisboa.

Este procedimento foi baseado nas indicações de Geisinger (2003) acerca da necessidade de se recorrer ao trabalho de tradutores com conhecimentos linguísticos elevados, e que possuam também

algum conhecimento acerca do que se está a querer medir, e que sendo independentes desenvolvam diferentes perspectivas de tradução.

## **2. Revisão da versão traduzida ou adaptada do instrumento**

Depois de recebermos as três traduções, estas foram revistas e discutidas atentamente em conjunto com um investigador doutorado em psicologia clínica, com conhecimento de inglês e com experiência no uso de metodologias de investigação, num processo de análise item a item das diferentes traduções. Sendo este investigador o orientador deste trabalho, tinha conhecimento acerca do que o questionário pretende medir. Este método é aconselhado antes do rascunho referente à versão final a ser retrovertida (Geisinger 1994; 2003).

## **3. Adaptação rascunho do instrumento com base nos comentários dos revisores**

Depois de construída a versão final da versão portuguesa, esta foi enviada para uma tradutora profissional bilingue com fluência no português para se realizar a retroversão do rascunho por nós elaborado, após a revisão das três traduções do documento original. Este processo é indicado por Geisinger (1994; 2003) para que se possa obter uma retroversão independente e fiável do resultado final.

Após recebermos a retroversão do questionário final, enviámos por correio electrónico para o autor, que se encontrava a par do processo de adaptação. Pedimos indicações e comentários acerca da retroversão, de forma a que este ficasse fiável à versão original norte americana.

O autor não apresentou quaisquer objecções relativamente à versão retrovertida e apenas indicou algumas questões que se demonstraram estar relacionadas com a língua portuguesa. Mantivemos a estrutura original do questionário relativamente à sua apresentação, apenas diminuindo o tamanho da letra de forma a que não ficasse em três páginas, passando a uma página e meia. Este procedimento deveu-se a inicialmente terem havido algumas objecções devido ao tamanho do questionário, levando à desistência de alguns dos participantes, nomeadamente os do programa de metadona.

#### **4. Estudo piloto**

Neste passo, e de forma a podermos dar resposta às necessidades amostrais do estudo, não utilizámos uma amostra reduzida semelhante à população alvo do instrumento, mas a uma população específica de toxicodependentes em tratamento. No entanto, o trabalho a realizar com uma população normativa como a utilizada na construção do instrumento original, será feita posteriormente aquando a realização dos cinco passos seguintes, referentes à tradução e adaptação transcultural de um instrumento (Geisinger, 2003). Assim, procedemos também a uma comparação dos valores psicométricos do questionário nas diferentes amostras, de forma a possibilitar alguma compreensão no que toca às possíveis diferenças entre resultados obtidos através de uma amostra não clínica e uma clínica, específica na sua problemática. Não esquecemos, porém, que a amostra não clínica é de um outro país, levando-nos a avaliar cuidadosamente os resultados obtidos sem esquecer estes factos de grande importância. Futuramente teremos em consideração a aplicação do questionário a uma amostra de estudantes universitários, como no estudo original, de forma obter mais dados derivados de uma amostra com características semelhantes à americana.

#### **Instrumento**

##### **Caregiving Questionnaire**

O Questionário de Cuidados tem como objectivo medir o tipo de comportamentos de prestação de cuidados que cada indivíduo providencia ao parceiro, com base no tipo de padrão de vinculação que foi construído na infância e que se repercute na vida adulta, e que estes se relacionam com os métodos de questionários auto-dirigidos de vinculação do adulto (Kunze & Shaver, 1994). Esta escala tem sido utilizada ao longo dos anos em vários estudos (Mikulincer, 2006; Feeney & Collins, 2001) acerca do sistema de prestação de cuidados com casais ou pessoas individuais, e encontra-se na base de muitos dos dados enunciados acerca da prestação de cuidados em relações adultas.

No estudo original de Kunze & Shaver (1994), as escalas de Manutenção de Proximidade e as escalas Sensibilidade encontraram-se significativamente correlacionadas ( $r(325) = .49, p < .001$ ). A escala Manutenção de Proximidade refere-se à capacidade de abertura que o indivíduo tem, física e psicologicamente, para se relacionar com o parceiro em momentos de stress ou mal-estar. Esta capacidade, vai de encontro à teoria da vinculação, que tem como pressuposto a manutenção de proximidade a um cuidador. Exemplos de itens referentes a esta escala são: “Quando o/a meu/minha

companheiro/a está preocupado/a ou triste, eu aproximo-me para lhe dar apoio e conforto”; e “Sinto-me confortável a abraçar o meu/minha Companheiro/a quando ele/a precisa de ser apoiado/a e tranquilizado/a fisicamente”.

A segunda escala denominada de Sensibilidade refere-se à capacidade do parceiro em interpretar as necessidades, sentimentos e sinais verbais e não verbais do parceiro. Relativamente à sensibilidade, esta encontra-se descrita na teoria base, principalmente à sensibilidade materna e na capacidade em providenciar respostas adequadas às necessidades da criança. Uma característica de importância no que toca à construção dos modelos internos da criança e conseqüente desenvolvimento do padrão de vinculação. Um exemplo dos itens associados a esta escala são: “Conseguo perceber quando o/a meu/minha companheiro/a precisa de carinho, mesmo quando ele/ela não o pede explicitamente”; e “Conseguo aperceber-me quando o/a meu companheiro/a”.

Na terceira escala, Cuidados Controladores, no estudo original encontra-se moderadamente correlacionada com as duas primeiras escalas, tendo sido obtido o valor de 0,30 para um nível de significância de  $p=0.001$ , sugerindo, segundo Kuncze & Shaver (1994) que os indivíduos que fornecem um melhor suporte aos esforços do seu parceiro na resolução dos seus problemas, são também capazes de ter uma maior aproximação e sensibilidade, ao contrário (com valores mais elevados nesta escala) indica uma menor proximidade e sensibilidade às necessidades do parceiro. Itens como “Respeito sempre a capacidade do/a meu/minha companheiro/a para tomar as suas decisões e resolver os seus próprios problemas e tenho tendência a tornar-me demasiado controlador quando tento ajudar o/a meu/minha companheiro/a”, são exemplos desta escala.

Na quarta e última escala, Cuidados Compulsivos, encontra-se significativamente correlacionada com os Cuidados Controladores com um valor de  $-0.44$ , para um nível de significância de  $0,001$ , o que indica que indivíduos que tendem a se sobreenvolver demasiado nos problemas do parceiro, possuem formas mais controladoras em vez de formas mais cooperantes de se relacionar com o seu parceiro.

Assim, os autores compararam os quatro estilos de vinculação com base nos estilos de Bartholomew e Horowitz (1991) e os resultados demonstraram correlacionar-se positivamente retirando-se conclusões no sentido de que os indivíduos com padrões seguros tendem a ter níveis elevados de manutenção de proximidade e sensibilidade, e níveis baixos em cuidados controladores e compulsivos.

# **ANEXO B**

## **Versão Original do *Caregiving Questionnaire***

## Caregiving Questionnaire

For each statement, write the number that indicates how descriptive the statement is of you. Write the number in the space provided, using the following rating scale:

1	2	3	4	5	6
Not at all					Very
descriptive					descriptive of me
of me					

- \_\_\_ 1. I sometimes push my partner away when s/he reaches out for a needed hug or kiss.
- \_\_\_ 2. I can always tell when my partner needs comforting, even when s/he doesn't ask for it.
- \_\_\_ 3. I always respect my partner's ability to make his/her own decisions and solve his/her own problems.
- \_\_\_ 4. When my partner cries or is distressed, my first impulse is to hold or touch him/her.
- \_\_\_ 5. I help my partner without becoming over-involved in his/her problems.
- \_\_\_ 6. Too often, I don't realize when my partner is upset or worried about something.
- \_\_\_ 7. When my partner is troubled or upset, I move closer to provide support and comfort.
- \_\_\_ 8. I'm good at knowing when my partner needs my help or support and when s/he would rather handle things alone.
- \_\_\_ 9. I feel comfortable holding my partner when s/he needs physical signs of support and reassurance.
- \_\_\_ 10. I'm not very good at 'tuning in' to my partner's needs and feelings.
- \_\_\_ 11. I tend to get over-involved in my partner's problems and difficulties.
- \_\_\_ 12. I don't like it when my partner is needy and clings to me.
- \_\_\_ 13. I often end up telling my partner what to do when s/he is trying to make a decision.
- \_\_\_ 14. I sometimes miss the subtle signs that show how my partner is feeling,
- \_\_\_ 15. When necessary I can say 'no' to my partner's requests for help without feeling guilty.

- \_\_\_ 16. I tend to be too domineering when trying to help my partner.
- \_\_\_ 17. When it's important, I take care of my own needs before I try to take care of my partner's.
- \_\_\_ 18. I am very attentive to my partner's nonverbal signals for help and support.
- \_\_\_ 19. I can easily keep myself from becoming overly concerned about or overly protective of my partner.
- \_\_\_ 20. I'm very good about recognizing my partner's needs and feelings, even when they're different from my own.
- \_\_\_ 21. I can help my partner work out his/her problems without 'taking control'.
- \_\_\_ 22. I sometimes draw away from my partner's attempts to get a reassuring hug from me.
- \_\_\_ 23. I am always supportive of my partner's *own efforts* to solve his/her problems.
- \_\_\_ 24. I tend to take on my partner's problems – and then feel burdened by them.
- \_\_\_ 25. When my partner seems to want or need a hug, I'm glad to provide it.
- \_\_\_ 26. When I help my partner with something, I tend to want to do things 'my way'.
- \_\_\_ 27. I frequently get too 'wrapped up' in my partner's problems and needs.
- \_\_\_ 28. I sometimes 'miss' or 'misread' my partner's signals for help and understanding.
- \_\_\_ 29. When my partner is crying or emotionally upset, I sometimes feel like withdrawing.
- \_\_\_ 30. When my partner tells me about a problem, I sometimes go too far in criticizing his/her own attempts to deal with it.
- \_\_\_ 31. I create problems by taking on my partner's troubles as if they were my own
- \_\_\_ 32. When helping my partner solve a problem, I am much more 'cooperative' than 'controlling'.

**Note:** Items 1, 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 28, 29, and 32 must be reverse-keyed prior to computing the following scores:

- (1) The *Proximity Maintenance* score is computed by averaging items 1, 4, 7, 9, 12, 22, 25, and 29. Higher scores reflect a stronger tendency to approach and comfort a relationship partner in times of need.
- (2) The *Sensitivity* score is computed by averaging items 2, 6, 8, 10, 14, 18, 20, and 28. Higher scores reflect greater sensitivity to a relationship partner's needs.

- (3) The *Controlling Caregiving* score is computed by averaging items 3, 13, 16, 21, 23, 26, 30, and 32. Higher scores reflect a more controlling, domineering approach to providing care or assistance.
- (4) The *Compulsive Caregiving* score is computed by averaging items 5, 11, 15, 17, 19, 24, 27, and 31. Higher scores reflect greater over-involvement in a partner's problem-solving efforts.

When referencing the Caregiving Questionnaire, please cite the following chapter:

Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Attachment processes in adulthood* (Vol. 5, pp. 205-237). London: Jessica Kingsley.

# **ANEXO C**

## **Comentários à Retroversão**

“It looks good. I made comments in the file, using Track Changes, where I had any reservations at all, but I doubt that they affect the Portuguese version in any important way.

Phillip R. Shaver, PhD

Distinguished Professor of Psychology

Past President, Int. Assoc. for Relationship Research

Department of Psychology

University of California, Davis”

Nota: As indicações/sugestões estão assinaladas pelo autor





\_\_\_ 31. I create problems by taking on my partner's troubles as if they were my own

\_\_\_ 32. When helping my partner solve a problem, I am much more 'cooperative' than 'controlling'.

# **ANEXO D**

## **Versão Final do Questionário de Cuidados**

## Questionário de Cuidados

Para cada frase, indique o número que melhor o descreve. Escreva o número no espaço providenciado para o efeito, usando a seguinte escala:

1	2	3	4	5	6
Não me descreve de todo.					Descreve-me muito bem.

- \_\_\_1. Por vezes, afasto o/a meu/minha companheiro/a quando ele/ela se aproxima para me abraçar ou beijar.
- \_\_\_2. Consigo perceber quando o/a meu/minha companheiro/a precisa de carinho, mesmo quando não ele/ela não o pede explicitamente.
- \_\_\_3. Respeito sempre a capacidade do/a meu/minha companheiro/a para tomar as suas decisões e resolver os seus próprios problemas.
- \_\_\_4. Quando o/a meu/minha companheiro/a chora ou está aflito/a, o meu primeiro impulso é abraçá-lo/a ou tocar-lhe.
- \_\_\_5. Consigo ajudar o/a meu/minha companheiro/a sem me envolver demasiado nos seus problemas.
- \_\_\_6. Acontece-me demasiadas vezes não me aperceber quando o/a meu/minha companheiro/a está angustiado/a ou preocupado/a com alguma coisa.
- \_\_\_7. Quando o/a meu/minha companheiro/a está preocupado/a ou triste, eu aproximo-me para lhe dar apoio e conforto.
- \_\_\_8. Consigo aperceber-me quando o/a meu/minha companheiro/a precisa da minha ajuda e apoio ou quando ele/a prefere resolver as coisas sozinho/a.
- \_\_\_9. Sinto-me confortável a abraçar o/a meu/minha companheiro/a quando ele/a precisa de ser apoiado/a e tranquilizado/a fisicamente.

- \_\_\_10. Não sou muito bom a compreender e dar resposta às necessidades e sentimentos do/da meu/minha companheiro/a.
- \_\_\_11. Tenho tendência a envolver-me demasiado nos problemas e dificuldades do/da meu/minha companheiro/a.
- \_\_\_12. Não gosto quando o/a meu/minha companheiro/a está carente e fica demasiado agarrado/a a mim.
- \_\_\_13. É frequente dizer ao/à meu/minha companheiro/a o que deve fazer quando ele/a está a tentar tomar uma decisão.
- \_\_\_14. Por vezes escapam-me aqueles sinais mais subtis que mostram como o/a meu/minha companheiro/a se está a sentir.
- \_\_\_15. Quando é necessário, consigo dizer “não” aos pedidos de ajuda do/a meu/minha companheiro/a, sem me sentir culpado/a.
- \_\_\_16. Tenho tendência a tornar-me demasiado controlador/a quando tento ajudar o/a meu/minha companheiro/a.
- \_\_\_17. Quando considero importante, cuido das minhas próprias necessidades antes de procurar cuidar das do/da meu/minha companheiro/a.
- \_\_\_18. Sou muito atento/a aos sinais não verbais que o/a meu/minha companheiro/a utiliza para me demonstrar que procura ajuda e apoio.
- \_\_\_19. Consigo facilmente não ficar demasiado preocupado/ ou ser demasiado protector/a em relação ao/à meu/minha companheiro/a.
- \_\_\_20. Reconheço com bastante facilidade as necessidades e sentimentos do/da meu/minha companheiro/a, mesmo quando são diferentes dos meus.
- \_\_\_21. Consigo ajudar o/a meu/minha companheiro/a a resolver os seus problemas sem me tornar demasiado controlador/a.
- \_\_\_22. Por vezes, afasto-me do/da meu/minha companheiro/a quando ele/a tenta obter um abraço reconfortante.
- \_\_\_23. Apoio sempre os esforços do/da meu/minha companheiro/a para resolver os seus próprios problemas.
- \_\_\_24. Tenho tendência para assumir os problemas do/da meu/minha companheiro/a – e depois sinto-me sobrecarregado/a com eles.

- \_\_\_25. Quando o/a meu/minha companheiro/a parece querer ou precisar de um abraço, fico contente em dar-lho.
- \_\_\_26. Quando ajudo o/a meu/minha companheiro/a com alguma coisa, tenho tendência a querer resolver as questões “à minha maneira”.
- \_\_\_27. É frequente ficar demasiado envolvido/a nos problemas e necessidades do/a meu/minha companheiro/a.
- \_\_\_28. Por vezes não vejo ou interpreto mal os sinais de procura de apoio e compreensão por parte do/a meu/minha companheiro/a.
- \_\_\_29. Quando o/a meu/minha companheiro/a está a chorar ou se encontra emocionalmente perturbado/a, por vezes sinto vontade de me retirar.
- \_\_\_30. Quando o/a meu/minha companheiro/a partilha um problema comigo, por vezes exagero nas críticas que faço às suas tentativas para resolvê-lo.
- \_\_\_31. Crio problemas ao assumir as inquietações do/a meu/minha companheiro/a como se fossem minhas.
- \_\_\_32. Quando ajudo o/a meu/minha companheiro/a a resolver um problema, sou muito mais cooperante do que controlador/a.

# **ANEXO E**

## **Escala de Vinculação do Adulto**



# **ANEXO F**

## **Ficha Informativa**

## Ficha Informativa

Data de preenchimento \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: Fem. \_\_\_\_\_ Masc. \_\_\_\_\_

Quais as suas habilitações escolares? \_\_\_\_\_

Tem irmãos/irmãs? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_

Dos seus familiares mais próximos, alguém já teve problemas com dependências de drogas, álcool ou comprimidos? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se a resposta à pergunta anterior for sim, quais os familiares?

Pai \_\_\_\_\_ Mãe \_\_\_\_\_ Irmão/Irmã \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_ Quem? \_\_\_\_\_

Com que idade começou a consumir drogas frequentemente? \_\_\_\_\_

Já esteve alguma vez a tomar metadona? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se a resposta à pergunta anterior for *Sim*, ainda toma? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Se a resposta à pergunta anterior for *Sim*, qual a dosagem que neste momento está a tomar? \_\_\_\_\_

Se já não toma metadona, há quanto tempo deixou de tomar? \_\_\_\_\_

Se está a realizar um tratamento de Comunidade Terapêutica (ou casa de entrada/casa de saída) neste momento:

Data que iniciou o tratamento de C.T (ou ou casa de entrada/casa de saída): \_\_\_\_\_

*Muito obrigado pela sua colaboração*

# **ANEXO G**

## **Termo de Consentimento Informado**

### **Carta – Termo Consentimento Informado**

Eu certifico que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que Diogo Miguel Gonçalves de Oliveira Sérgio António se encontram a efectuar no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no ISPA (Instituto Superior de Psicologia Aplicada).

A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente esclarecida por Diogo Miguel Gonçalves de Oliveira Sérgio António.

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 Diogo Miguel Gonçalves de Oliveira Sérgio António

Data\_\_\_\_\_.

## **ANEXO H**

### **Carta de Pedido de Autorização de Realização do Estudo às Instituições**

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de um estudo

Exmo(s). Sr(s). Director, Dr. António Maia:

Venho por este meio pedir autorização para realizar um estudo na E.T. Restêlo, no âmbito da Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, orientada pelo professor Nuno Torres, que pretende relacionar a vinculação e a prestação de cuidados em relações próximas com a toxicodependência. O estudo pretende perceber o tipo de vinculação que os toxicodependentes estabelecem com os parceiros românticos, verificar o padrão de prestação de cuidados que possuem, e analisar, por último, a relação existente entre estas variáveis e o tipo de tratamento feito. Para isso, irei precisar da colaboração de o máximo de sujeitos possíveis que frequentem o programa de metadona na E.T.. Restêlo. 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, e um questionário que avalia o padrão de prestação de cuidados em relações próximas (Caregiving Questionnaire, de Khunce e Shaver, 1994), composto por 32 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

Diogo Oliveira

# **ANEXO I**

## **Consistência Interna da Escala de Vinculação do Adulto nos dois Grupos**

```
RELIABILITY /VARIABLES=eva3 eva4 eva9 eva10 eva11 eva15 /SCALE('ALL
VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

## Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

programas metadona			N	%
,00	Cases	Valid	63	96,9
		Excluded <sup>a</sup>	2	3,1
		Total	65	100,0
1,00	Cases	Valid	51	100,0
		Excluded <sup>a</sup>	0	,0
		Total	51	100,0

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

**Reliability Statistics**

programas metadona	Cronbach's Alpha	N of Items
,00	,800	6
1,00	,750	6

```
RELIABILITY /VARIABLES=eva2 eva5 eva7 eva16 eva17 eva18 /SCALE('ALL
VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

## Reliability

## Scale: ALL VARIABLES

### Case Processing Summary

programas metadona			N	%
,00	Cases	Valid	63	96,9
		Excluded <sup>a</sup>	2	3,1
		Total	65	100,0
1,00	Cases	Valid	51	100,0
		Excluded <sup>a</sup>	0	,0
		Total	51	100,0

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

### Reliability Statistics

programas metadona	Cronbach's Alpha	N of Items
,00	,543	6
1,00	,408	6

```
RELIABILITY /VARIABLES=eva1 eva6 eva8 eva12 eva13 eva14 /SCALE('ALL
VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

## Reliability

**Scale: ALL VARIABLES**

### Case Processing Summary

programas metadona	N	%
--------------------	---	---

,00	Cases	Valid	63	96,9
		Excluded <sup>a</sup>	2	3,1
		Total	65	100,0
1,00	Cases	Valid	51	100,0
		Excluded <sup>a</sup>	0	,0
		Total	51	100,0

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

#### Reliability Statistics

program as metadon a	Cronbach's Alpha	N of Items
,00	,695	6
1,00	,474	6

```
RELIABILITY /VARIABLES=eva2 eva5 eva7 eva16 eva17 eva18 eval eval6 eva8 eval2
eva13 eva14 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA.
```

## Reliability

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

programas metadona			N	%
,00	Cases	Valid	63	96,9
		Excluded <sup>a</sup>	2	3,1
		Total	65	100,0
1,00	Cases	Valid	51	100,0
		Excluded <sup>a</sup>	0	,0
		Total	51	100,0

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

**Reliability Statistics**

programas metadona	Cronbach's Alpha	N of Items
,00	,736	12
1,00	,370	12

## **ANEXO J**

### **Consistência Interna do Questionário de Cuidados nos dois grupos**

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	59	90,8
	Excluded <sup>a</sup>	6	9,2
	Total	65	100,0

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

b. programas metadona = ,00

**Reliability Statistics<sup>a</sup>**

Cronbach's Alpha	N of Items
,741	8

a. programas metadona = ,00

**Item-Total Statistics<sup>a</sup>**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qc1	33,59	40,866	,455	,711
qc4	33,07	46,650	,348	,729
qc7	33,12	45,968	,497	,710
qc9	32,95	43,946	,619	,691
qc12	34,37	43,479	,316	,743
qc22	33,58	41,179	,472	,707
qc25	33,05	45,532	,424	,717
qc29	33,69	40,147	,484	,704

a. programas metadona = ,00

**Scale Statistics<sup>a</sup>**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
38,20	54,751	7,399	8

a. programas metadona = ,00

**programas metadona = 1,00**

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	51	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	51	100,0

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

b. programas metadona = 1,00

**Reliability Statistics<sup>a</sup>**

Cronbach's Alpha	N of Items
,589	8

a. programas metadona = 1,00

**Item-Total Statistics<sup>a</sup>**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qc1	33,14	28,401	,249	,570
qc4	33,27	28,243	,354	,540
qc7	33,12	27,906	,465	,517
qc9	33,16	26,095	,544	,486
qc12	34,41	28,567	,214	,583
qc22	33,92	27,754	,178	,606
qc25	33,02	31,180	,164	,589
qc29	33,61	26,883	,303	,554

a. programas metadona = 1,00

**Scale Statistics<sup>a</sup>**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
38,24	34,704	5,891	8

a. programas metadona = 1,00

```
RELIABILITY /VARIABLES=qc2 qc6 qc8 qc10 qc14 qc18 qc20 qc28 /SCALE('ALL
VARIABLES') ALL /MODEL=ALPHA /STATISTICS=SCALE /SUMMARY=TOTAL.
```

**Scale: ALL VARIABLES**

**programas metadona = ,00**

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	60	92,3
	Excluded <sup>a</sup>	5	7,7
	Total	65	100,0

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

b. programas metadona = ,00

**Reliability Statistics<sup>a</sup>**

Cronbach's Alpha	N of Items
,669	8

a. programas metadona = ,00

**programas metadona = 1,00**

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	51	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	51	100,0

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

b. programas metadona = 1,00

**Reliability Statistics<sup>a</sup>**

Cronbach's Alpha	N of Items
,331	8

a. programas metadona = 1,00

**Item-Total Statistics<sup>a</sup>**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qc2	29,31	20,180	,106	,316
qc6	29,92	18,514	,174	,278
qc8	29,73	19,563	,171	,283
qc10	30,33	17,067	,262	,218
qc14	30,27	21,163	,004	,369
qc18	29,39	20,723	,091	,322
qc20	29,65	20,633	,081	,327
qc28	30,08	18,714	,168	,282

a. programas metadona = 1,00

RELIABILITY

```

/VARIABLES= qc3 qc13 qc13 qc16 qc21 qc23 qc26 qc30 qc32
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=SCALE
/SUMMARY=TOTAL.

```

**Scale: ALL VARIABLES**

programas metadona = ,00

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	60	92,3
	Excluded <sup>a</sup>	5	7,7
	Total	65	100,0

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

b. programas metadona = ,00

**Reliability Statistics<sup>a</sup>**

Cronbach's Alpha	N of Items
,748	9

a. programas metadona = ,00

**Item-Total Statistics<sup>a</sup>**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qc3	28,80	53,722	,426	,725
qc13	27,55	52,489	,433	,723
qc16	27,70	49,705	,546	,703
qc21	28,30	52,959	,433	,723
qc23	29,38	59,698	,169	,760
qc26	27,33	54,158	,324	,742
qc30	28,67	49,141	,607	,693
qc32	28,58	52,281	,446	,721

a. programas metadona = ,00

**Scale Statistics<sup>a</sup>**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
31,73	64,979	8,061	9

a. programas metadona = ,00

**programas metadona = 1,00**

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	51	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	51	100,0

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

b. programas metadona = 1,00

**Reliability Statistics<sup>a</sup>**

Cronbach's Alpha	N of Items
,687	9

a. programas metadona = 1,00

**Item-Total Statistics<sup>a</sup>**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qc3	24,59	40,607	,289	,675
qc13	23,14	36,801	,418	,649
qc16	23,53	35,094	,454	,640
qc21	23,96	39,278	,371	,660
qc23	24,76	41,984	,262	,679
qc26	23,41	38,927	,287	,678
qc30	23,55	38,173	,374	,658
qc32	24,35	38,153	,367	,660

a. programas metadona = 1,00

**Scale Statistics<sup>a</sup>**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
26,80	46,801	6,841	9

a. programas metadona = 1,00

## Reliability

**Scale: ALL VARIABLES**

**programas metadona = ,00**

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	60	92,3
	Excluded <sup>a</sup>	5	7,7
	Total	65	100,0

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

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	60	92,3
	Excluded <sup>a</sup>	5	7,7
	Total	65	100,0

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

b. programas metadona = ,00

**Reliability Statistics<sup>a</sup>**

Cronbach's Alpha	N of Items
,680	5

a. programas metadona = ,00

**Item-Total Statistics<sup>a</sup>**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qc11	16,42	17,908	,655	,556
qc19	16,77	20,690	,182	,741
qc24	17,12	16,478	,475	,611
qc27	16,38	17,562	,530	,589
qc31	17,32	17,915	,428	,632

a. programas metadona = ,00

**Scale Statistics<sup>a</sup>**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
21,00	26,203	5,119	5

a. programas metadona = ,00

**programas metadona = 1,00**

**Case Processing Summary<sup>b</sup>**

		N	%
Cases	Valid	51	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	51	100,0

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

b. programas metadona = 1,00

**Reliability Statistics<sup>a</sup>**

Cronbach's Alpha	N of Items
,584	5

a. programas metadona = 1,00

**Item-Total Statistics<sup>a</sup>**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qc11	13,57	18,450	,299	,551
qc19	14,20	22,641	-,019	,705
qc24	14,35	13,873	,629	,341
qc27	13,57	17,210	,416	,488
qc31	14,82	16,148	,456	,461

a. programas metadona = 1,00

**Scale Statistics<sup>a</sup>**

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
17,63	24,998	5,000	5

a. programas metadona = 1,00

# **ANEXO L**

## **Teste Paramétrico T-Student para as Dimensões dos Questionários nos dois Grupos**

```
T-TEST GROUPS=trata_metadona(0 1) /MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=evaansiedade evaconf_comf CQ_manu_prox CQ_sensibilidade
CQ_cuid_control CQ_cuid_comp2 /CRITERIA=CI(.95).
```

## T-Test

Group Statistics

program as metadon a		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
evaansiedade	,00	63	3,4180	,78908	,09941
	1,00	51	2,3007	,77962	,10917
evaconf_comf	,00	63	3,0556	,59812	,07536
	1,00	51	3,1503	,40139	,05621
CQ_manu_prox	,00	60	4,7839	,91942	,11870
	1,00	51	4,7794	,73637	,10311
CQ_sensibilidade	,00	60	4,1063	,81297	,10495
	1,00	51	4,2623	,60377	,08454
CQ_cuid_control	,00	60	3,4438	,90562	,11691
	1,00	51	2,8922	,75830	,10618
CQ_cuid_comp2	,00	60	4,2000	1,02378	,13217
	1,00	51	3,5255	,99997	,14002

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means						
						95% Confidence Interval of the Difference		
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
evaansiedad e	Equal variances assumed	7,558	112	,000	1,11734	,14784	,82441	1,41026
	Equal variances not assumed	7,567	107,625	,000	1,11734	,14765	,82465	1,41002
evaconf_cofmf	Equal variances assumed	-,968	112	,335	-,09477	,09787	-,28869	,09915
	Equal variances not assumed	-1,008	108,524	,316	-,09477	,09401	-,28110	,09156
CQ_manu_prox	Equal variances assumed	,028	109	,978	,00452	,16006	-,31273	,32176
	Equal variances not assumed	,029	108,641	,977	,00452	,15723	-,30712	,31615
CQ_sensibilidad	Equal variances assumed	-1,131	109	,261	-,15600	,13800	-,42951	,11750
	Equal variances not assumed	-1,158	107,166	,250	-,15600	,13477	-,42317	,11116
CQ_cuid_control	Equal variances assumed	3,443	109	,001	,55159	,16022	,23404	,86915
	Equal variances not assumed	3,493	108,980	,001	,55159	,15794	,23857	,86462
CQ_cuid_comp2	Equal variances assumed	3,496	109	,001	,67451	,19292	,29215	1,05687
	Equal variances not assumed	3,503	106,884	,001	,67451	,19255	,29280	1,05622

## **ANEXO M**

### **Correlação de Spearman entre as Dimensões dos Questionários para a Amostra Total e Grupos**

NONPAR CORR /VARIABLES=CQ\_manu\_prox CQ\_sensibilidade CQ\_cuid\_control  
 CQ\_cuid\_comp2 evaansiedade evaconfianca evacomforto evaconf\_comf  
 /PRINT=SPEARMAN ONETAILED NOSIG /MISSING=PAIRWISE.

### Nonparametric Correlation

		Correlations							
		CQ_ma nu_prox	CQ_sen sibilidade	CQ_cui d_contr ol	CQ_cui d_comp 2	evaansi edade	evaconf ianca	evaco mforto	evaconf _comf
Spearman's rho	CQ_manu_prox	1,000	,436**	-,329**	,000	-,160*	,239**	,377**	,371**
	Correlation Coefficient								
	Sig. (1-tailed)		,000	,000	,498	,047	,006	,000	,000
	N	111	111	111	111	110	110	110	110
CQ_sensibilidade	CQ_sensibilidade	,436**	1,000	-,255**	-,082	-,276**	,207*	,321**	,306**
	Correlation Coefficient								
	Sig. (1-tailed)	,000		,003	,196	,002	,015	,000	,001
	N	111	111	111	111	110	110	110	110
CQ_cuid_control	CQ_cuid_control	-,329**	-,255**	1,000	,411**	,404**	-,038	-,169*	-,137
	Correlation Coefficient								
	Sig. (1-tailed)	,000	,003		,000	,000	,347	,039	,076
	N	111	111	111	111	110	110	110	110
CQ_cuid_comp2	CQ_cuid_comp2	,000	-,082	,411**	1,000	,373**	-,099	-,241**	-,216*
	Correlation Coefficient								
	Sig. (1-tailed)	,498	,196	,000		,000	,152	,006	,012
	N	111	111	111	111	110	110	110	110
evaansiedade	evaansiedade	-,160*	-,276**	,404**	,373**	1,000	-,322**	-,127	-,308**
	Correlation Coefficient								
	Sig. (1-tailed)	,047	,002	,000	,000		,000	,089	,000
	N	110	110	110	110	114	114	114	114

evaconfia nca	Correlation	,239**	,207*	-,038	-,099	-,322**	1,000	,232**	,806**
	Coefficient								
	Sig. (1-tailed)	,006	,015	,347	,152	,000	.	,006	,000
	N	110	110	110	110	114	114	114	114
evacomfo rto	Correlation	,377**	,321**	-,169*	-,241**	-,127	,232**	1,000	,733**
	Coefficient								
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,039	,006	,089	,006	.	,000
	N	110	110	110	110	114	114	114	114
evaconf_c omf	Correlation	,371**	,306**	-,137	-,216*	-,308**	,806**	,733**	1,000
	Coefficient								
	Sig. (1-tailed)	,000	,001	,076	,012	,000	,000	,000	.
	N	110	110	110	110	114	114	114	114

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

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

```

SORT CASES BY trata_metadona. SPLIT FILE SEPARATE BY trata_metadona. NONPAR
CORR /VARIABLES=CQ_manu_prox CQ_sensibilidade CQ_cuid_control CQ_cuid_comp2
evaansiedade evaconfianca evacomforto evaconf_comf /PRINT=SPEARMAN ONETAIL
NOSIG /MISSING=PAIRWISE.

```

## Nonparametric Correlations

**programas metadona = ,00**

Correlations<sup>a</sup>

		CQ_sen sibilidad e	CQ_cui d_contr ol	CQ_cui d_comp 2	evaansi edade	evaconf ianca	evaco mforto	evaconf _comf	
Spearman's rho	CQ_manu _prox	1,000	,408**	-,266*	,086	-,177	,414**	,468**	,525**
	Correlation Coefficient		,001	,020	,257	,090	,001	,000	,000
	Sig. (1- tailed)								
	N	60	60	60	60	59	59	59	59
CQ_sensi bilidade	CQ_sensi bilidade	,408**	1,000	-,084	,121	-,317**	,325**	,344**	,374**
	Correlation Coefficient			,263	,178	,007	,006	,004	,002
	Sig. (1- tailed)								
	N	60	60	60	60	59	59	59	59
CQ_cuid_ control	CQ_cuid_ control	-,266*	-,084	1,000	,385**	,321**	-,053	-,193	-,153
	Correlation Coefficient				,001	,007	,344	,071	,123
	Sig. (1- tailed)								
	N	60	60	60	60	59	59	59	59
CQ_cuid_ comp2	CQ_cuid_ comp2	,086	,121	,385**	1,000	,337**	,054	-,218*	-,105
	Correlation Coefficient			,001		,005	,342	,049	,215
	Sig. (1- tailed)								
	N	60	60	60	60	59	59	59	59
evaansied ade	evaansied ade	-,177	-,317**	,321**	,337**	1,000	-,335**	-,396**	-,421**
	Correlation Coefficient			,007	,005		,004	,001	,000
	Sig. (1- tailed)								
	N	59	59	59	59	63	63	63	63
evaconfia nca	evaconfia nca	,414**	,325**	-,053	,054	-,335**	1,000	,456**	,858**
	Correlation Coefficient			,344	,342	,004		,000	,000
	Sig. (1- tailed)								

	N	59	59	59	59	63	63	63	63
evacomforto	Correlation Coefficient	,468**	,344**	-,193	-,218*	-,396**	,456**	1,000	,832**
	Sig. (1-tailed)	,000	,004	,071	,049	,001	,000	.	,000
	N	59	59	59	59	63	63	63	63
evaconfomf	Correlation Coefficient	,525**	,374**	-,153	-,105	-,421**	,858**	,832**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,002	,123	,215	,000	,000	,000	.
	N	59	59	59	59	63	63	63	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

## programas metadona = 1,00

**Correlations<sup>a</sup>**

	CQ_manu nu_prox	CQ_sensibilidad e	CQ_cuid_contr ol	CQ_cuid_comp 2	evaansiedad edade	evaconfianca	evacomforto	evaconfomf
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,496**	-,492**	-,195	-,278*	,016	,276*
	Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,085	,024	,455	,025
	N	51	51	51	51	51	51	51
CQ_sensibilidad	Correlation Coefficient	,496**	1,000	-,473**	-,321*	-,189	,036	,349**
	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,011	,092	,401	,006
	N	51	51	51	51	51	51	51

CQ_cuid_ control	Correlation Coefficient	-,492**	-,473**	1,000	,286*	,312*	,076	-,261*	-,071
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,021	,013	,298	,032	,311
	N	51	51	51	51	51	51	51	51
CQ_cuid_ comp2	Correlation Coefficient	-,195	-,321*	,286*	1,000	,148	-,152	-,400**	-,348**
	Sig. (1-tailed)	,085	,011	,021	.	,150	,144	,002	,006
	N	51	51	51	51	51	51	51	51
evaansied ade	Correlation Coefficient	-,278*	-,189	,312*	,148	1,000	-,296*	,027	-,199
	Sig. (1-tailed)	,024	,092	,013	,150	.	,018	,426	,080
	N	51	51	51	51	51	51	51	51
evaconfia nca	Correlation Coefficient	,016	,036	,076	-,152	-,296*	1,000	-,030	,723**
	Sig. (1-tailed)	,455	,401	,298	,144	,018	.	,417	,000
	N	51	51	51	51	51	51	51	51
evacomfo rto	Correlation Coefficient	,276*	,349**	-,261*	-,400**	,027	-,030	1,000	,608**
	Sig. (1-tailed)	,025	,006	,032	,002	,426	,417	.	,000
	N	51	51	51	51	51	51	51	51
evaconf_ comf	Correlation Coefficient	,116	,186	-,071	-,348**	-,199	,723**	,608**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,210	,096	,311	,006	,080	,000	,000	.
	N	51	51	51	51	51	51	51	51

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

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

a. programas metadona = 1,00

## **ANEXO N**

### **Teste Paramétrico T-Student para as Dimensões dos Questionários nos dois Grupos**

## T-Test

### Group Statistics

program as metadon a		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
evaansiedade	,00	63	3,4180	,78908	,09941
	1,00	51	2,3007	,77962	,10917
evaconf_comf	,00	63	3,0556	,59812	,07536
	1,00	51	3,1503	,40139	,05621
CQ_manu_prox	,00	60	4,7839	,91942	,11870
	1,00	51	4,7794	,73637	,10311
CQ_sensibilidade	,00	60	4,1063	,81297	,10495
	1,00	51	4,2623	,60377	,08454
CQ_cuid_control	,00	60	3,4438	,90562	,11691
	1,00	51	2,8922	,75830	,10618
CQ_cuid_comp2	,00	60	4,2000	1,02378	,13217
	1,00	51	3,5255	,99997	,14002

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
ade	Equal variances assumed	,012	,913	7,558	112	,000	1,11734	,14784	,82441	1,41026
	Equal variances not assumed			7,567	107,625	,000	1,11734	,14765	,82465	1,41002
evaconf_c omf	Equal variances assumed	7,691	,007	-,968	112	,335	-,09477	,09787	-,28869	,09915
	Equal variances not assumed			-,1008	108,524	,316	-,09477	,09401	-,28110	,09156
CQ_manu _prox	Equal variances assumed	2,490	,117	,028	109	,978	,00452	,16006	-,31273	,32176
	Equal variances not assumed			,029	108,641	,977	,00452	,15723	-,30712	,31615
CQ_sensi bilidade	Equal variances assumed	3,118	,080	-,1131	109	,261	-,15600	,13800	-,42951	,11750
	Equal variances not assumed			-,1158	107,166	,250	-,15600	,13477	-,42317	,11116

CQ_cuid_ control	Equal variances assumed	,603	,439	3,443	109	,001	,55159	,16022	,23404	,86915
	Equal variances not assumed			3,493	108,980	,001	,55159	,15794	,23857	,86462
CQ_cuid_ comp2	Equal variances assumed	,058	,810	3,496	109	,001	,67451	,19292	,29215	1,05687
	Equal variances not assumed			3,503	106,884	,001	,67451	,19255	,29280	1,05622