

# Implementação de uma Intervenção Psicossocial em Indivíduos Toxicodependentes: A Importância da Vinculação e do Suporte Social

**Nuno Gago**

Implementação de uma Intervenção Psicossocial em Indivíduos Toxicodependentes:  
A Importância da Vinculação e do Suporte Social

Nuno Gago

**Mestrado em Psicologia**

**Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientação: Professora Doutora Ana Conde

Outubro, 2013



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE



**Nuno Pedro Ribeiro Gago**

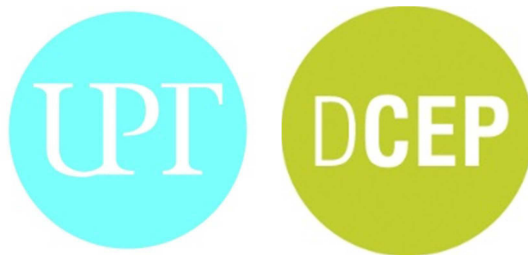
**Implementação de uma Intervenção Psicossocial  
em Indivíduos Toxicodependentes**

A Importância da Vinculação e do Suporte Social

**Dissertação de Mestrado**

Mestrado de Psicologia Especialização em Psicologia Clínica e da  
Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Ana Conde



**Departamento de Ciência da Educação e do Património**

Outubro de 2013

**DECLARAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Nº. do BI/CC: \_\_\_\_\_ Tel/Telem.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Curso de Doutoramento/Mestrado em \_\_\_\_\_

Ano de conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título da tese / dissertação

Orientador (es):

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respetivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, nas condições abaixo indicadas:

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

**1. Tipo de Divulgação:**

- Total.  
 Parcial.

**2. Âmbito de Divulgação:**

- Mundial (Internet aberta)  
 Intranet da Universidade Portucalense.  
 Internet, apenas a partir de  1 ano  2 anos  3 anos – até lá, apenas Intranet da UPT

**Advertência:** O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respetivos direitos de autor ou o direito de a usar em trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Porto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Este projeto de investigação termina um percurso iniciado à cinco anos atrás e que desde então tem vindo a ser influenciado por um conjunto de indivíduos, os quais considero significativos e sem os quais não teria sido possível a concretização deste marco da minha história pessoal.

Agradeço ao meu Padrasto, Manuel, pelo constante apoio e pela disponibilidade que tem demonstrado, pela sua companhia e cumplicidade.

Agradeço à minha namorada, Sandra, por todo o carinho, amor, responsividade e disponibilidade que demonstrou incansavelmente.

Agradeço à minha irmã, Sara, pela constante presença e por me lembrar que o sucesso depende do esforço e da dedicação de cada um.

Agradeço à minha família pelo apoio emocional e financeiro que têm demonstrado ao longo do meu percurso académico e pela constante valorização do meu progresso e crescimento profissional.

Agradeço à Clínica do Outeiro pela sua colaboração e autorização para a constituição da amostra e implementação do programa de intervenção.

Agradeço aos utentes da comunidade terapêutica da Clínica do Outeiro, pela sua dedicação e esforço para estar presente nas sessões delineadas. Também é fundamental agradecer os comportamentos que manifestaram de constante crítica e honestidade em relação ao processo terapêutico, o qual permitiu otimizar o processo.

Agradeço à Dr.<sup>a</sup> Ana Conde pelo profissionalismo e disponibilidade que demonstrou durante todo o processo, o qual não teria sido possível sem a sua incessável orientação.

E por último, agradeço a todos aqueles que de forma direta ou indireta influenciaram o meu percurso académico e permitiram a concretização de um objetivo colocado há cinco anos atrás.

Muito obrigado.

# **Implementação de uma Intervenção Psicossocial em Indivíduos Toxicodependentes: A Importância da Vinculação e Suporte Social**

## **RESUMO**

A teoria da vinculação de Bowlby procura explicar a natureza do vínculo afetivo estabelecido entre a criança e o prestador de cuidados (normalmente a mãe) e o impacto deste vínculo no ajustamento psicológico e no comportamento do indivíduo ao longo do ciclo vital. A qualidade das experiências precoces influenciam as representações internas que indivíduo constrói em relação ao *self* e aos outros, bem como as suas expectativas em relação à capacidade de resposta e confiabilidade dos outros considerados pelo próprio como significativos. A vinculação na idade adulta faz referência ao estabelecimento e à consolidação de relacionamentos afetivos (amizade/amorosos), onde os modelos operantes internos desempenham um papel fundamental. A revisão de investigações permitiu verificar que a qualidade das representações internas na idade adulta correlaciona-se positivamente com o funcionamento interpessoal, bem como também permitiu verificar uma associação positiva entre a toxicodependência e a presença de estilos de vinculação inseguros (evitante e/ou ansiosos). Tendo em consideração e inspirado nos dados fornecidos pelas investigações analisadas na área da vinculação e toxicodependência foi delineado e implementado um programa de intervenção psicossocial de sete sessões (breve) numa amostra de indivíduos toxicodependentes (n=9), levando em consideração os pressupostos teóricos da vinculação e a importância do suporte social. O estudo de eficácia do programa de intervenção foi realizado de forma quantitativa (através dos seguintes instrumentos psicométricos: Escala de Vinculação no Adulto, *Alcohol Use Disorders Identification Test*, Escala de Satisfação com o Suporte Social, Inventário de Habilidades Sociais e o *Drug Abuse Screening Test*) e qualitativa (*template analysis*). Os resultados quantitativos permitiram verificar uma redução significativa dos níveis de ansiedade (relacionada com o receio de abandono) e do nível de gravidade da dependência química. Em contraposição com os objetivos

específicos da investigação verificou-se uma redução da satisfação com o suporte social e de habilidades sociais relacionadas com a conversação e desenvoltura social, e a autoafirmação e expressão de afeto positivo. Em relação aos resultados qualitativos os participantes consideram que ocorreu uma maior aproximação, confiança e intimidade em relação aos elementos do grupo, caracterizando-os como disponíveis e responsivos para com as suas necessidades emocionais. Os indivíduos também se consideram satisfeitos com o suporte social promovido durante as sessões de intervenção, bem como com o processo interventivo. A presença de informações aparentemente contraditórias entre os resultados quantitativos e qualitativos deve ser melhor explorada, nomeadamente através de um processo de *follow-up* dos sujeitos de investigação e replicação da intervenção e análise da sua eficácia com outros grupos terapêuticos.

# **Psychosocial Intervention Program with Addicted Patients: The Importance of Attachment and Social Support**

## **ABSTRACT**

Bowlby's attachment theory seeks to explain the nature of the emotional bond established between the child and the caregiver (usually the mother) and the impact of this relationship on psychological adjustment and behaviour of the individual throughout his life cycle. The quality of early experiences influences the internal representations constructed by the individual relatively to *self* and others, as well as their expectations of responsiveness and reliability of others considered as significant. Adult attachment refers to the establishment and consolidation of affective relationships (friendship/loving), where the internal working models play a key role. The review of research has shown that the quality of internal representations in adulthood is positively associated with interpersonal functioning, and the existence of a positive correlation between drug addiction and the presence of insecure attachment styles (avoidant and/or anxious). According and inspired by the research data analyzed in the area of attachment and drug addiction a psychosocial intervention was designed and implemented. This program with seven sessions (brief) was implemented with a sample of drug users (n=9), according to the theoretical assumptions of attachment theory and the importance of social support. The efficacy study of the intervention program was carried out in a quantitative way (through the following psychometric instruments: Adult Attachment Scale, Alcohol Use Disorders Identification Test, Satisfaction with Social Support Scale, Social Skills Inventory and Drug Abuse Screening Test) and qualitative way (template analysis). The quantitative data allowed verifying a significant reduction in anxiety levels (related with the fear of abandonment) and the level of addiction's severity. In contrast with the specific objectives of the investigation, there was a decrease in satisfaction with social support and social skills related to conversation and social resourcefulness, self-affirmation and expression of positive affect. Regarding the qualitative data, the

participants consider that has occurred a higher approximation, trust and intimacy towards to the group members, characterizing them as available and responsive to their emotional needs. Individuals are also satisfied with the social support promoted during the intervention program, as well as with the intervention process. The presence of apparently contradictory information between the qualitative and quantitative data could be more explored, namely through a *follow-up* of the intervention subjects and the replication of this intervention and efficacy analysis with other therapeutic groups.



# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
CAPÍTULO I – AS RAÍZES HISTÓRICAS E EXPLICATIVAS DA TOXICODEPENDÊNCIA .....	15
Droga .....	15
Toxicodependência.....	16
Modelos Explicativos do Comportamento Aditivo .....	17
Fatores de Risco e Proteção na Toxicodependência.....	22
CAPÍTULO II – O DESENVOLVIMENTO DOS VÍNCULOS AFETIVOS E AS SUAS IMPLICAÇÕES AO NÍVEL DA PSICOPATOLOGIA.....	25
Vinculação.....	25
Origens da Teoria da Vinculação .....	25
Modelos Internos Dinâmicos.....	30
Vinculação no Adulto.....	33
Vinculação e Psicopatologia no Adulto .....	35
CAPÍTULO III – A RELAÇÃO ENTRE A CONDUTA ADITIVA E OS VÍNCULOS AFETIVOS .....	38
CAPÍTULO IV – OS CONTRIBUTOS DA TEORIA DA VINCULAÇÃO NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO.....	41
CAPÍTULO V – A APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO, DOS RESULTADOS E SUA DISCUSSÃO.....	44
Objetivos da Investigação .....	44
Método .....	45
Amostra .....	45
Procedimentos Metodológicos .....	47
1º, 2º e 3º Sessão – Promoção da Aliança Terapêutica.....	49
4º Sessão – Desenvolvimento de Confiança.....	50
5º Sessão – Promoção da Proximidade e do Pedido de Ajuda .....	52
6º Sessão – Desenvolvimento da Capacidade de Percecionar Sentimentos e Pensamentos no Próprio e nos Outros .....	55
7º Sessão – Percepção sobre o Processo de Mudança .....	57

Instrumentos de Recolha de Informação .....	59
Procedimentos de Análise de Dados .....	61
Resultados .....	62
Resultados Quantitativos .....	62
Resultados Qualitativos .....	64
Discussão de Resultados .....	71
CONCLUSÃO .....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	78
ANEXOS .....	87
Anexo I – Autorização da Investigação .....	87
Anexo II – Questionário Sociodemográfico .....	88
Anexo III – Consentimento Informado .....	92
Anexo IV – Transcrições .....	94
1º Sessão de Intervenção: .....	94
2º Sessão de Intervenção: .....	101
3º Sessão de Intervenção: .....	110
4º Sessão de Intervenção: .....	128
Anexo V – Adesão do Grupo à Intervenção .....	147

## ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela n.º 1 – Modelo Explicativo do Consumo de Drogas de Becoña e Martín (2004).....	18
Tabela n.º 2 – Critérios de Inclusão e Exclusão da amostra .....	48
Tabela n.º 3 - Resultados do <i>Wilcoxon non parametric test</i> .....	63
Tabela n.º 4 – <i>Template</i> Inicial e Final .....	64
Gráfico n.º 1 – Distribuição da amostra pelo estado civil.....	46
Gráfico n.º 2 – Substâncias consumidas .....	47

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

*AAI – Adult Attachment Interview*

*AFFA – Attached and Free From Addiction*

*AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test*

*DAST – Drug Abuse Screening Test*

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

EVA – Escala de Vinculação no Adulto

*FDA – Fundacion de Ayuda contra la Drogadicción*

IHS – Inventário de Habilidades Sociais

*MBT – Mentalization Based Treatment*

MOI – Modelos Operantes Internos

OMS – Organização Mundial de Saúde

## INTRODUÇÃO

O termo “*vínculo*” é originário do latim “*vinculum*” que significa a presença de um laço, uma união sólida entre dois objetos (Zimmerman, 2004, p. 398). Nos relacionamentos precoces entre o prestador de cuidados e o recém-nascido ocorre a formação de um vínculo ou laço afetivo que procura aumentar a probabilidade de sobrevivência pela possibilidade de obter proteção em momentos de ameaça (Ainsworth & Bell, 1970; Cassidy, 2008). A formação de laços afetivos entre o prestador de cuidados e a criança resulta de uma predisposição biológica para manter proximidade, a qual é promovida por um conjunto de comportamentos instintivos (comportamentos de vinculação) como: a sucção, apego, seguir, sorrir e chorar. Estes comportamentos de vinculação são integrados e orientados para a figura materna a partir dos seis meses (Ainsworth & Bell, 1970). Os estudos realizados por Ainsworth no Uganda e em Baltimore permitiram verificar que a figura de vinculação (mãe) desempenha o papel de base segura, a qual permite ao bebê explorar o meio envolvente, bem como verificou a presença de diferentes organizações da vinculação. A informação recolhida permitiu verificar que a responsividade e a sensibilidade da figura de vinculação para com as necessidades do filho influencia a organização da vinculação (Ainsworth & Bell, 1970; Bretherton, 1992; Ferros, 2011; Soares, 2007). A partir da interação entre a figura de vinculação e o filho, ocorre a formação de um conjunto de modelos representacionais (modelos operantes internos) que permitem auxiliar a interpretação e a compreensão dos comportamentos manifestados pelas figuras significativas, bem como antecipar as suas possíveis reações (Bretherton, 1990; Guedeney & Guedeney, 2004). Estes modelos internos vão sendo atualizados à medida que a criança se desenvolve, onde ocorre a integração de novas experiências. Apesar da necessidade de atualizar os modelos operantes internos em decurso de novas experiências estes permanecem relativamente estáveis. Esta característica é influenciada pela qualidade da interação entre a figura de vinculação e a criança, podendo ocorrer processos de exclusão defensiva ou segregação de múltiplos modelos operantes internos em resposta à ausência de responsividade e disponibilidade para com as necessidades da criança (Bretherton,

1990; Bretherton & Munholland, 2008; Guedeney & Guedeney, 2004). As experiências precoces com as figuras de vinculação influenciam a construção de modelos representacionais que transpõem um conjunto de expectativas em relação à capacidade de resposta e confiabilidade de outros significativos, as quais acompanham o indivíduo ao longo do ciclo vital. Deste modo podemos considerar que os relacionamentos vinculativos na idade adulta resultam das representações internas que advêm das experiências precoces com as figuras de vinculação (Ferros, 2011; Fraley, 2002; Soares, 2007). Os relacionamentos de vinculação na idade adulta caracterizam-se pela simetria e reciprocidade entre a prestação de cuidados, e o fornecimento de base segura para a exploração de outros domínios relacionais (Ferros, 2011; Soares, 2007). A consolidação de relacionamentos afetivos na idade adulta resulta do repertório comportamental e da qualidade das representações internas do indivíduo, as quais se correlacionam positivamente com o funcionamento interpessoal. Deste modo podemos considerar que a qualidade dos relacionamentos afetivos na idade adulta é influenciada pela competência social dos seus intervenientes, pela capacidade de perceber adequadamente sinais de perturbação no outro, pelo desempenho de base segura e prestação de cuidados (Soares, 2007).

A revisão da literatura permitiu verificar uma correlação positiva entre a qualidade da vinculação e a toxicodependência (Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, & Weizman, 2003; Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997; Schindler et al., 2005). Apesar da presença de uma elevada prevalência de estilos de vinculação inseguros (evitante e/ou ansioso) na população toxicodependente devemos considerar estes resultados sob um ponto de vista crítico, não descurando o fato das fortes implicações da dependência sobre a qualidade das relações interpessoais (Soares, 2007).

O presente trabalho de investigação divide-se em cinco capítulos. O primeiro capítulo faz referência à toxicodependência e procura enquadrar conceptualmente e historicamente o leitor sobre esta problemática considerada pela sociedade como um problema de saúde pública. Inicialmente este capítulo procura explicar a evolução histórica da relação estabelecida entre o homem e as drogas, passando para uma discussão conceptual da toxicomania. Posteriormente é apresentado um

conjunto de modelos teóricos que procuram explicar o fenômeno em referência, bem como os fatores de risco e proteção que influenciam o seu desenvolvimento. O segundo capítulo procura abordar os pressupostos teóricos da teoria da vinculação, remetendo inicialmente o leitor para a sua origem e para os diversos contributos históricos. Posteriormente é apresentado um conjunto de pressupostos teóricos respeitantes a formação dos modelos operantes internos, a sua importância para o domínio relacional e os processos de organização defensiva que podem ocorrer em decurso das experiências precoces com as figuras de vinculação. São apresentados os pressupostos teóricos da vinculação na idade adulta, as suas características e diferenças em relação à vinculação na infância. Por último são apresentadas as implicações psicopatológicas da vinculação enquanto teoria do desenvolvimento. No capítulo três é apresentada uma revisão literária focada na relação entre a vinculação e a toxicodependência. No capítulo quatro enquadrámos conceptualmente o leitor para os contributos da teoria da vinculação para o processo psicoterapêutico. No quinto e último capítulo apresentamos os objetivos, as hipóteses e a metodologia utilizada na investigação realizada, bem como são apresentados os resultados obtidos e a sua discussão.

# CAPÍTULO I – AS RAÍZES HISTÓRICAS E EXPLICATIVAS DA TOXICODEPENDÊNCIA

## **Droga**

As drogas têm acompanhado o homem ao longo dos tempos, assumindo diferentes finalidades e sendo assimiladas de diferentes formas pelos povos e culturas ao longo da história da humanidade (Carranza & Pedrão, 2005). Apesar de a sua função diferir ao longo dos tempos, estas eram inicialmente utilizadas na tentativa de aproximação ao divino, para fins medicinais, festivos, entre outros. Independentemente da finalidade pretendida pelo homem ao longo dos tempos, este tem vindo a recorrer às drogas de modo a potenciar a satisfação e reduzir ou inibir a dor (Martins & Corrêa, 2004). A procura do homem pela satisfação e a redução do sofrimento remete-nos para a natureza dual da droga, conotada desde a Grécia antiga com o conceito de *phármakon*, o qual significava tanto o remédio como o veneno (Escohotado, 2004). Esta dualidade remete-nos para o possível efeito curativo ou letal das drogas, o qual depende da dosagem, da sua pureza e das condições em que é utilizada (Escohotado, 2004).

A revisão da literatura tem demonstrado a atribuição de diferentes designações ao termo droga (Fernandes, 1990), pelo que nos iremos focar em definições amplamente utilizadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) definiu drogas psicotrópicas (legais ou ilegais) ou substâncias psicoativas como substâncias, que quando introduzidas no organismo, afetam os processos mentais, como por exemplo a cognição e o domínio afetivo. Esta definição demonstra-se limitativa, no sentido em que apenas se refere à manifestação química da substância sobre a “*estrutura e o funcionamento do organismo*” (Fonte, 2006, p. 107). Jervis vem consolidar a definição de droga para além das suas propriedades farmacológicas, referindo-se à droga como toda a substância química que é introduzida “*voluntariamente no organismo com o fim de modificar as condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais ou menos facilmente um situação de dependência no sujeito*” (1977 cit. in Fernandes, 1990, p. 8).

Nos últimos séculos tem-se observado uma modificação dos padrões de consumo de drogas, passando de uma utilização restritiva e cultural para uma



utilização individual e social de caráter abusivo (Pratta & Santos, 2009). O consumo de drogas ilícitas têm vindo aumentar consideravelmente na Europa Ocidental nos últimos anos, constatando-se uma tendência para o policonsumo (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2011), o qual diz respeito ao consumo simultâneo de mais do que uma substância psicoativa ou tipo de substâncias por um indivíduo (Nóbrega et al., 2012). Na atualidade verifica-se uma tendência para a massificação social do recurso a estas substâncias (Fonte, 2006), consideradas como um flagelo social pela sociedade contemporânea pela frequente associação a comportamentos desviantes. Além de ser considerada como um flagelo social, esta problemática também é considerada como um problema de saúde pública (Laranjeira, Olveira, Nobre, & Bernardo, 2003), pela sua abrangência a todas as faixas etárias e pelas consequências biopsicossociais que desencadeia. O aumento do consumo de drogas, a sua utilização abusiva e a sua massificação social, tem propiciado uma maior prevalência de situações de dependência.

### **Toxicodependência**

A dependência de substâncias psicoativas ou toxicodependência refere-se a um estado psíquico, e por vezes físico, que resulta da interação de um organismo com uma droga, sendo caracterizada por um conjunto de manifestações comportamentais e outras respostas que incluem sempre a compulsão para o consumo periódico, como forma de obter os seus efeitos psíquicos ou evitar o desconforto físico característico da sua privação. A tolerância em relação à substância de consumo pode estar ou não presente e uma mesma pessoa pode estar dependente de uma ou várias drogas (World Health Report, 1970). Esta definição remete-nos para o plano fisiológico e psicológico da dependência. A dependência física relaciona-se com a presença da síndrome de abstinência (Garcia-Mijares & Silva, 2006), a qual é caracterizada por um conjunto de sintomas que provocam desconforto físico em detrimento da utilização prolongada e da diminuição das concentrações de droga no organismo, levando o indivíduo a consumir para evitar as manifestações fisiológicas de privação (American Psychiatric Association, 2002). Por outro lado, a dependência

psicológica não implica necessariamente a presença da síndrome de abstinência nem a presença de tolerância em relação à substância de consumo, referindo-se a um estado motivacional que foi progressivamente condicionado à obtenção de sensações agradáveis (Schuckit, 1998). Em suma, a toxicodependência representa um estado composto pela manifestação de um conjunto de sintomas do domínio cognitivo, comportamental e fisiológico, que resultam de um padrão *continuum* de consumo apesar da presença de problemas significativos associados a este. Este estado é frequentemente acompanhado pela síndrome de abstinência, por comportamentos de constante procura e consumo e pela presença de tolerância, a qual é caracterizada pela necessidade em aumentar o consumo de dada substância, de forma a obter os efeitos desejados, que de outra forma já não é possível alcançar (American Psychiatric Association, 2002). A título de curiosidade e para um melhor entendimento dos assuntos debatidos é importante considerar que a toxicomania se refere à dependência química (ex. cocaína) e alcoólica, as quais são normalmente empregues de forma diferente, apesar de remeterem para domínios semelhantes da dependência (Cardoso, 2001).

### **Modelos Explicativos do Comportamento Aditivo**

O fenómeno da toxicodependência tem sido alvo de inúmeras investigações que espelham o interesse e a preocupação da sociedade contemporânea no que concerne a esta problemática (Martins & Corrêa, 2004; Pratta & Santos, 2009). Algumas das investigações produzidas têm procurado constituir modelos teóricos que permitam explicar as possíveis causas para a conduta aditiva, constatando-se a presença de um corpo teórico multifacetado que incide em diferentes áreas do saber (Fonte, 2007; Nunes & Jólluskin, 2007). A toxicodependência enquanto fenómeno de origem multicausal deve ser analisada sob diversos prismas, procurando evitar a produção de interpretações restritivas e redutoras do comportamento aditivo (Neto, 1996). Neste sentido, Becoña e Martín (2004) procuram agregar as diversas abordagens teóricas em três categorias (conforme tabela n.º1), as quais focam diferentes explicações para o fenómeno em referência.

<b>Modelos</b>
Teorias Parcelares e Baseadas em Poucos Componentes
Teorias de Estádios e Evolutivas
Teorias Integrativas e Compreensivas

**Tabela n.º 1** – Modelo Explicativo do Consumo de Drogas de Becoña e Martín (2004)

A primeira categoria do modelo em referência (teorias parcelares e baseadas em poucos componentes) agrega um conjunto de teorias que procuram explicar a conduta aditiva tendo por base poucos elementos. Por outro lado, a segunda categoria (teorias de estágios e evolutivas) procura explicar a dependência de drogas segundo um conjunto de estádios evolutivos. A última categoria (teorias integrativas e compreensivas) procura explicar a toxicodependência sobre uma perspectiva integrativa e compreensiva, procurando articular diferentes pressupostos teóricos com o intuito de adquirir uma visão mais completa sobre a problemática em referência (Becoña & Martín, 2004).

Tendo em consideração o foco da presente investigação apenas iremos debruçar-nos em algumas teorias que integram as categorias constituídas pelos autores supracitados. Neste sentido iremos refletir criticamente acerca das seguintes teorias/modelos: o Modelo de Competência de Albee (1982) e o Modelo de Desenvolvimento Social de Catalano e Hawkins (1996).

Desde meados dos anos setenta que o modelo de competência tem sido defendido como uma alternativa ao modelo existente até então, o modelo de défice. As bases teóricas deste novo modelo podem ser encontradas em Albee (1982), através do modelo teórico de prevenção que propôs para explicar o risco de apresentação de problemas de conduta. Na altura do seu surgimento este modelo apresentava diversas vantagens relativamente ao anterior, nomeadamente: (1) pelo constructo de competência se encontrar firmemente estabelecido na teoria do desenvolvimento ontogenético e filogenético do ser humano; 2) pela

consideração de que o que mais prediz a existência de psicopatologia a longo prazo é a ausência de competências adaptativas gerais e não a presença de grupos de sintomas por si mesmo; 3) pelo maior ênfase em sistemas relevantes do ponto de vista terapêutico e menor enfoque em relação aos contextos patológicos; 4) pelo ênfase no delineamento de intervenções preventivas que promovam o desenvolvimento cognitivo, as habilidades comportamentais e sócio emocionais e que promovem a aquisição de resultados adaptativos e a aquisição de um maior sentido pessoal de controle; e 5) pela possibilidade do paradigma da competência poder surgir como unificador das várias forças existentes especialmente na psicologia comunitária e preventiva. Deste modo o modelo de competência tem como trunfo a intervenção, de forma a antecipar os problemas para que possa evitá-los. Esta forma de intervenção é mais relevante, neste modelo, do que ajudar os sujeitos a superar os problemas. Assim, surgem dois objetivos fundamentais, o primeiro de promover a competência individual e o segundo de desenvolver as comunidades e as organizações competentes, pois a díade saúde-doença e a promoção da saúde dependem da melhoria do contexto envolvente ao indivíduo como também do relatório deste (Iglesias, 2002; Becoña & Martín, 2004).

De forma a adequar este modelo à problemática da toxicodependência, Rhodes e Jason (1988) utilizaram-no mais tarde para explicar o risco de iniciar o consumo de substâncias. Para isto propuseram que o risco de iniciar o consumo de substâncias podia ser demonstrado através de uma fração, na qual o *stress* é o numerador e os denominadores são: os vínculos afetivos, as aptidões de confronto e os recursos disponíveis.

$$\text{Risco de consumo de substâncias} = \frac{\text{Stress}}{\text{Vínculo afetivo} + \text{Aptidões de confronto} + \text{Recursos disponíveis}}$$

Assim quanto maior for o peso do numerador e/ou menor o dos denominadores, maior será o risco de início de consumo. Segundo esta perspectiva, o risco aumenta quando o indivíduo se encontra exposto a níveis elevados de *stress*, contudo este diminui em função de um maior qualidade dos vínculos afetivos, das habilidades de confronto e outros recursos. O estabelecimento de uma relação próxima com os prestadores de cuidados é o primeiro aspeto para

contrariar o peso do *stress*, sendo que o segundo seria dotar o indivíduo de aptidões necessárias para, com êxito, enfrentar as dificuldades a que se encontra exposto. No âmbito destas aptidões surgem essencialmente as capacidades de resolução de problemas, habilidades sociais, estratégias para lidar com o *stress* e a capacidade de autocontrolo. O terceiro aspeto para contrariar o denominador é a presença de recursos adequados na comunidade, ou seja, a existência de outros fatores alternativos ao consumo de drogas, como escolas equipadas adequadamente, serviços sociais, oportunidades de lazer e emprego, entre outras (Iglesias, 2002; Iglesias, 2003).

Segundo esta perspetiva sobre o consumo de drogas, o modelo de competência centra-se em dois tipos de indivíduos, aqueles que não experimentaram qualquer tipo de substância psicotrópica, e aqueles que se apresentam vulneráveis e que manifestam já os primeiros sintomas. Se este modelo se centra nos primeiros para que não cheguem a iniciar o consumo, nos segundos centra-se para levar a cabo estratégias de prevenção que possam ser as mais adequadas às necessidades dos indivíduos. Desta forma o modelo de competências tem dois elementos basilares, os indivíduos, e as comunidades competentes. A grande dificuldade encontrada neste modelo prende-se com a definição das características do indivíduo e de comunidade competente, pois várias são as definições destes conceitos e das suas características. Apesar desta dificuldade, o modelo de competências comporta a grande vantagem de poder aplicar-se tanto a prevenções primárias como secundárias, pois as diretivas do modelo permitem delinear programas de prevenção e de intervenção seja para o desenvolvimento do sujeito ou da comunidade, como também de ambos (Iglesias, 2003).

De forma a explicar os comportamentos antissociais, Catalano e Hawkins (1996) formularam o modelo de desenvolvimento social. Este modelo pretende integrar vários pontos de vista de outras teorias de forma a explicar os comportamentos antissociais, nos quais se inclui o consumo de substâncias psicotrópicas. Na perspetiva de Catalano e Hawkins (1996) é possível explicar o comportamento aditivo através de uma leitura interpretativa que integra e especifica, fatores preditores e de risco para o comportamento, prevendo assim o início, a escalada e a manutenção, o decréscimo e também o abandono de

determinados comportamentos considerados alarmantes (Catalano & Hawkins, 1996; Nunes, 2010).

Uma vez que este modelo integra pontos de vista de outras teorias, a sua estrutura assenta na premissa de que o comportamento tanto pró-social como antissocial depende de alguns aspetos presentes nos indivíduos significativos para o sujeito. Assim, o tipo de condutas, de normas e valores predominantes nos outros significativos para o sujeito influenciam o comportamento do mesmo, tornando-o pró-social ou antissocial. Neste sentido, se o sujeito provém de uma família onde existem substâncias isso poderá conduzir à adoção de comportamentos aditivos por parte do sujeito (Nunes, 2011). Podemos assim verificar que os autores consideram as atividades e interações nas quais o sujeito se encontra envolvido, considerando que o indivíduo envolve-se nestas atividades e interações em função da satisfação que espera obter (Catalano & Hawkins, 1996; Nunes & Jóluskin, 2007).

O modelo do desenvolvimento social focou-se inicialmente no processo de socialização dos indivíduos, onde a família, o grupo de pares e a escola desempenhavam um papel central pela sua influência, direta ou indireta sobre o comportamento do sujeito. Nesta linha de pensamento, a conduta antissocial resultaria da união de fatores de origem diversa, como por exemplo, fatores biológicos, psicológicos e sociais, com os seus respetivos domínios (intrapessoal, social, familiar, escolar, comunitário e o grupo de pares). Numa abordagem mais recente os autores contemplaram a etapa desenvolvimental do sujeito, como sendo um aspeto importante para o desenvolvimento de condutas antissociais ou pró-sociais, a par dos contextos envolventes ao indivíduo já anteriormente contemplados. Nesta linha de pensamento é possível fazer a previsão do desenvolvimento dos comportamentos pró-sociais ou antissociais *“através da especificação de processos de desenvolvimento comportamental na infância e na adolescência”* (Nunes, 2010, p.76). Assim sendo os processos de desenvolvimento comportamental contemplam três variáveis: 1) posição na estrutura social, 2) fatores individuais, constitucionais ou psicológicos, e 3) constrangimentos externos. A primeira variável, a posição na estrutura social, é definida por elementos como o estatuto socioeconómico, raça, género ou idade do

sujeito. Esta variável tem ainda influência indireta sobre a variável dos constrangimentos externos e também sobre a percepção de oportunidades pró-sociais ou antissociais. Em relação à segunda variável, os fatores individuais, constitucionais ou psicológicos, estes são mediados por aspetos como, os reforços pró ou antissociais, as oportunidades e as competências do indivíduo. Tal como acontecia com os aspetos contemplados na variável anterior, também a influência dos fatores individuais, constitucionais e psicológicos é indireta embora exerça influencia sobre os restantes aspetos. Por fim, relativamente aos constrangimentos externos, estes são encarados como um conjunto de reações sociais ao comportamento do sujeito. Estas reações podem ser formais ou informais, e os constrangimentos podem ser exercidos por vários mecanismos oficiais de controlo social como a polícia. Fazem parte dos constrangimentos externos também as pressões como a ridicularização, o ostracismo, a desaprovação, o banimento, bem como outras manifestações grupais informais ou da comunidade geral (Nunes, 2010).

De forma sucinta, o indivíduo pode desenvolver comportamentos através de duas vias, primeiro a via pró-social, na qual o indivíduo sofre influências pró-sociais e conseqüentemente desenvolve comportamentos pró-sociais. A segunda, a via antissocial, a qual ao contrário da primeira, havendo influências antissociais prevalentes, o indivíduo desenvolverá conseqüentemente comportamentos antissociais (Catalano & Hawkins, 1996; Nunes & Jóluskin, 2007).

### **Fatores de Risco e Proteção na Toxicodependência**

Tendo em consideração os modelos explicativos acima referenciados demonstra-se pertinente explorar a influência dos fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da conduta aditiva. Os fatores de proteção relacionam-se com variáveis que reduzem o potencial de desenvolver comportamento de consumo compulsivo de droga, enquanto os fatores de risco relacionam com variáveis que potenciam o surgimento de comportamentos desadaptativos de consumo de drogas (Khantzian, 1985). Segundo Pacheco, Jesus, Murcho, e Pacheco (2010) é possível identificar diversos fatores de proteção nas diversas dimensões do indivíduo, tais como na: dimensão individual, familiar, social, escolar e

comunitária. Este autor refere que os fatores de proteção implícitos na dimensão pessoal se relaciona com os costumes, normas e valores sociais, com o *locus* de controlo interno, a autoaceitação, com as habilidades sociais assertivas de confronto (conforme classificação proposta por Del Prette & Del Prette, 2001 cit. in Bolsini-Silva, 2005), o “*quociente de inteligência (...), as expectativas de futuro*” (Pacheco et al., 2010, p. 35). Em relação aos fatores de proteção implícitos na dimensão familiar, estes relacionam-se com a qualidade dos vínculos afetivos, com a estabilidade emocional, com o estabelecimento de regras claras, com a pertença de um núcleo familiar coeso e estruturado. Em relação à dimensão social, estes relacionam-se com a presença de suporte social, a participação em “*atividades grupais positivas*”, grupo de pares com comportamentos pró-sociais e reduzido ou inexistente consumo de substâncias psicoativas (Pacheco et al., 2010, p. 35). Em relação à dimensão escolar, estes relacionam-se com a qualidade dos vínculos afetivos estabelecidos com profissionais escolares, com o estabelecimento de regras claras e com o nível e qualidade das transações comunicacionais efetuadas entre a escola e os pais. Em relação à dimensão comunitária, estas referem-se à qualidade dos vínculos afetivos estabelecidos com a comunidade e a qualidade do suporte social obtido por esta (Pacheco et al., 2010). A *Fundación de Ayuda contra la Drogadicción* (FAD, 2002) compilou um conjunto de fatores de risco, os quais passamos a descrever:

- Função e significado atribuído aos consumos e ao contexto associado;
- Iniciação precoce de consumos de substâncias psicoativas;
- Condição fisiológica;
- Dificuldades em tolerar a frustração;
- “*Baixa autoestima*”;
- Rejeição das normas sociais;
- Défice ao nível das habilidades sociais assertivas de confronto (conforme classificação proposta por Del Prette & Del Prette, 2001 cit. in Bolsini-Silva, 2005);



- Dificuldades ao nível da tomada de decisão;
- Elevada procura por aprovação e valorização pessoal;
- Contexto familiar desestruturado com predominância de situações de ruptura ou perda de figuras significativas relacionadas com o núcleo familiar;
- Práticas educativas e parentais de risco;
- Baixo “*clima afetivo*”;
- Atitudes e comportamentos antissociais;
- Pouca integração no contexto escolar;

(cit. in Pacheco et al., 2010, p. 35)

## **CAPÍTULO II – O DESENVOLVIMENTO DOS VÍNCULOS AFETIVOS E AS SUAS IMPLICAÇÕES AO NÍVEL DA PSICOPATOLOGIA**

### **Vinculação**

#### **Origens da Teoria da Vinculação**

O interesse de John Bowlby pelos vínculos afetivos estabelecidos entre a mãe e o filho surgiu logo após a sua formação na Universidade de Cambridge, enquanto trabalhava numa instituição para jovens com comportamentos desadaptativos. As observações realizadas por Bowlby permitiram-no verificar a presença de uma associação entre a manifestação de comportamentos desviantes e a presença de histórias de disrupção nos relacionamentos maternos. A presença desta associação levou-o a concluir que a disrupção nos relacionamentos mãe-criança é precursora do desenvolvimento de psicopatologia, sendo esta relação fundamental para o desenvolvimento futuro, bem como imediato da criança (Cassidy, 2008).

Na década de 50 as relações afetivas mãe-criança eram explicadas maioritariamente por abordagens com um racional teórico assente na psicanálise e aprendizagem social. Estas abordagens explicavam o relacionamento estabelecido entre a mãe-criança como resultado da progressiva associação entre o comportamento de alimentação e o prazer obtido pela sua saciação. As observações de Bowlby e Robertson (1952) vêm contrariar os pressupostos amplamente utilizados na época, defendendo que em situações de separação, as crianças experienciam sofrimento, mesmo quando alimentadas e cuidadas por outros (cit. in Cassidy, 2008). Esta contradição em relação aos pressupostos utilizados na altura e a sua insatisfação e dificuldade em encontrar uma explicação à luz da psicanálise, leva Bowlby a procurar as bases para a sua teoria em outros contributos teóricos. O referido autor procurou explorar a natureza dos relacionamentos afetivos através da análise de estudos provindos da etologia animal (Ferros, 2011; Soares, 2007). Em relação aos contributos teóricos da etologia animal podemos referir autores como Lorenz (1935) e Harlow (1959) que verificaram que nos animais ocorre a formação de um vínculo afetivo com os

progenitores mesmo na ausência de prestação de cuidados alimentares, os quais em situações de ameaça percebida eram procurados com objetivo de obter conforto (cit. in Cassidy, 2008). Através da análise destes contributos teóricos, Bowlby concluiu que o desenvolvimento da relação afetiva entre a mãe e a criança ultrapassa a prestação de cuidados físicos e alimentares, sendo perceptível a presença de outros aspetos relacionais, tais como: o conforto e a continuidade na prestação de cuidados (Soares, 1996 cit. in Ferros, 2011). É a partir destas conclusões que Bowlby refuta os pressupostos teóricos de que os laços afetivos seriam o resultado de um processo de aprendizagem social considerando, ao invés, que estes resultariam de uma predisposição biológica para manter proximidade, a qual teria surgido através de um processo de seleção natural. O autor explica que esta função biológica terá surgido através de um processo de seleção natural que decorreu durante a evolução do ser humano, dado que a proximidade com a progenitora aumentaria a probabilidade de sobrevivência da criança, pela possibilidade de obter proteção em momentos de ameaça (Ainsworth & Bell, 1970; Cassidy, 2008).

As primeiras obras publicadas por Bowlby no que concerne à formulação de hipóteses sobre o estabelecimento de laços afetivos data o ano de 1958, com o seu primeiro contributo teórico, intitulado de “*The Nature of the Child’s Tie to His Mother*” (Bretherton, 1992, p. 768). Esta obra explica que os comportamentos vincutivos (sucção, apego, seguir, sorrir e chorar) presentes nos primeiros 12 meses de vida, advêm de uma componente biológica instintiva responsável pela formação do laço afetivo entre a mãe e a criança. Estes comportamentos desenvolvem-se de forma independente durante o primeiro ano de vida, os quais são integrados e orientados para a figura materna a partir dos seis meses (Ainsworth & Bell, 1970). No ano de 1959, Bowlby publica a sua segunda obra intitulada de “*Separation Anxiety*”, na qual explica que as crianças experienciam ansiedade de separação quando estão na presença de uma situação ativadora de comportamentos de vinculação e a figura de prestação de cuidados não está disponível. Nesta obra Bowlby refere que a presença de uma elevada ansiedade de separação poderá relacionar-se com experiências familiares adversas, tais como: situações repetidas de abandono ou rejeição pelos pais; doença dos pais ou irmãos

ou mesma a morte dos progenitores. Também referencia que em alguns casos, esta ansiedade de separação pode ser menos predominante ou mesmo ausente, sendo explicada pelo autor como um mecanismo defensivo. No ano de 1960 é publicada a terceira obra de Bowlby, intitulada de “*Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood*”. Esta publicação procura refutar a noção proposta por Anna Freud, de que nas crianças não ocorrem processos de luto e dor devido ao fato de o ego não estar suficientemente desenvolvido. Bowlby defende que os processos de luto e dor surgem sempre que os comportamentos de vinculação são ativados e a figura de vinculação permanece ausente (Bretherton, 1992, p. 771).

Mary Ainsworth vem contribuir significativamente para a teoria da vinculação, permitindo-a avançar para o plano metodológico (Soares, 2007). A referida autora conduziu dois estudos pioneiros, assentes nos princípios etológicos da teoria da vinculação (Cassidy, 2008), onde observou em contexto natural e de forma longitudinal, as diferenças individuais na qualidade da interação mãe-bebé (Bretherton, 1992; Soares, 2007). O primeiro estudo realizado por Ainsworth decorreu no Uganda, no ano de 1953. Este estudo contemplou a análise de 28 bebés desmamados, durante um período de 9 meses, onde procurou analisar o comportamento do bebé, observar a prestação de cuidados maternos e a interação mãe-filho (Bretherton, 1992). A informação recolhida no Uganda permitiu verificar que os bebés utilizavam a figura de vinculação (mãe) como base segura, o que os permitia ter comportamentos exploratórios assentes na confiança; reações emocionais à separação, mesmo quando estas eram breves; e a manifestação de comportamentos de vinculação face a estranhos (Soares, 2007). O segundo estudo realizado por Ainsworth data o ano de 1963 e decorreu em Baltimore. Este estudo contemplou a análise de 26 famílias com bebés recém-nascidos acompanhados até às 54 semanas de idade (Bretherton, 1992). As observações de Ainsworth foram realizadas em contexto naturalista e posteriormente em laboratório, tendo desenvolvido e utilizado o procedimento designado Situação Estranha (Soares, 2007). As observações em contexto naturalista privilegiaram o registo de narrativas, onde Ainsworth procurou avaliar as diferenças individuais na organização dos comportamentos de vinculação, através da análise da resposta da mãe às necessidades do filho, no que concerne à sua sensibilidade e prontidão. Os

resultados obtidos demonstraram uma correlação positiva entre a sensibilidade materna e a qualidade da interação mãe-filho (Bretherton, 1992). A opção da autora pela observação do comportamento do bebê em contexto laboratorial através do procedimento Situação Estranha deveu-se às poucas evidências encontradas no estudo de Baltimore no que concerne à função de base segura, ansiedade de separação e comportamento de vinculação face a estranhos (Soares, 2007). Este procedimento designado de Situação Estranha permite observar de que forma o comportamento exploratório pode ser afetado pela presença da mãe, a sua ausência ou outras condições presentes (Ainsworth & Bell, 1970). A utilização do procedimento laboratorial, Situação Estranha, por Ainsworth e Bell (1970) contemplou a análise de 56 sujeitos, os quais foram divididos em dois grupos experimentais, um constituído por 23 sujeitos com 51 semanas de vida e outro constituído por 33 sujeitos com 49 semanas de vida. Neste estudo, Ainsworth procurou observar de que forma o bebê utiliza a sua mãe como base segura, a partir da qual pode explorar o meio envolvente e de que forma responde em função da presença de um estranho. Para isto, foram constituídos uma sequência de oito episódios similares aos que podem encontrar com regularidade no quotidiano (Ainsworth & Bell, 1970). Neste procedimento, o comportamento vinculação do bebê foi avaliado através da análise da:

*a) frequência de comportamentos específicos (...); b) comportamento do bebê com a figura de vinculação através de quatro escalas de comportamento interativo: procura de contato e estabelecimento de proximidade; manutenção do contato; resistência; evitamento; c) classificação dos bebês de acordo com padrões de comportamento (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall cit. in Soares, 2007, p. 55).*

Ainsworth verificou que a presença da figura de vinculação promove no bebê comportamentos de aproximação e exploração do meio envolvente, desempenhando a função de base segura. Por outro lado, a ausência da figura de

vinculação desencadeia o surgimento de comportamentos de vinculação (choro e procura), com conseqüente diminuição dos comportamentos exploratórios, mesmo após a reunião (Ainsworth & Bell, 1970). Os estudos efetuados por Ainsworth no Uganda e Baltimore permitiram verificar a existência três tipos de organização comportamental da vinculação: seguro, inseguro-ambivalente, inseguro-evitante. O tipo seguro caracteriza-se pela manifestação de comportamentos de vinculação face à separação com a figura de vinculação, contudo este retoma os comportamentos exploratórios do meio envolvente passado algum tempo. Durante os períodos de reunião com a figura de vinculação demonstra comportamentos de proximidade, interagindo com prazer pelo seu retorno. O tipo inseguro-evitante caracteriza-se pela manifestação de comportamentos de evitamento face à separação com a figura de vinculação ou aos períodos de reunião, demonstrando uma relativa indiferença em relação à sua presença. As crianças com um padrão de vinculação inseguro-evitante tendem a reagir de forma similar no contato com estranhos, contudo demonstram menos comportamentos de evitamento na presença destes. O tipo inseguro-ambivalente ou resistente caracteriza-se pela coocorrência de resistência em relação ao contato físico e procura por proximidade e “*contato com a figura de vinculação*”, demonstrando elevados níveis de ansiedade de separação. As crianças com um padrão de vinculação inseguro-ambivalente ou resistente exibem poucos comportamentos exploratórios em prol da procura pela figura de vinculação, demonstrando comportamentos contraditórios em situações de reunião com a mesma (“*choro, desejo de proximidade/ revolta, afastamento*”) (Feros, 2011, p. 41; Soares, 2007, p. 56). Bell e Ainsworth (1972) concluíram que uma atitude responsiva da mãe em relação às necessidades do filho, promove o desenvolvimento de um sentimento de autoconfiança em relação às próprias capacidades (cit. in Bretherton, 1992). A recolha de dados da Situação Estranha no que concerne às diferenças individuais na organização comportamental da vinculação, contemplou a categorização de um grupo indiferenciado, no qual ocorreu a manifestação de comportamentos “*bizarros e perturbados*” (Soares, 2007, p. 58). Main e Solomon (1986) verificaram que este grupo não apresenta estratégias coerentes para lidar com situações de separação ou de reunião com a figura de vinculação, passando a

denomina-lo de padrão de vinculação desorganizado (cit. in Goldberg, 1993). Este padrão de vinculação é caracterizado pela: exibição de comportamentos contraditórios, desorientados, confusos, estereotipados e medo face à figura parental (Cassidy, 2008).

A partir da década de 70 e 80 ocorreu um crescimento do nível de investigações sobre a vinculação, situação potenciada pelos estudos de Mary Ainsworth e pelo desenvolvimento do procedimento de recolha de dados, Situação Estranha, que permitiram validar muitas das inferências teóricas da época (Soares, 2007).

### **Modelos Internos Dinâmicos**

O conceito de modelos internos dinâmicos (*internal working models*) foi criado pelo psicólogo e filósofo britânico, Kenneth Craik, e publicado no ano de 1943 na sua única obra completa intitulada de “*The Nature of Explanation*”. Nesta obra o autor procura constituir uma teoria da mente, explicando que o processo do raciocínio envolve um conjunto de etapas. Para o autor, o raciocínio enquanto processo tripartido é responsável pela tradução de acontecimentos externos em palavras, números ou outros símbolos, os quais seriam interpretados à luz de outros já integrados, permitindo ao sujeito criar inferências ou deduções e a retradução destes símbolos em processos externos (por exemplo, ações). Em suma, Craik (1943) procurou explicar que estes modelos representacionais do meio permitem ao indivíduo simular cursos de ação alternativos antes de os pôr em prática (Bretherton, 1990; Zangwill, 1980), aumentando as suas chances de sobrevivência (Bretherton & Munholland, 2008). John Bowlby utilizou o termo de Kenneth Craik, modelos internos dinâmicos, mostrando-se interessado na noção de estruturas representacionais dinâmicas, a partir das quais o indivíduo pode criar previsões e transpô-las para situações hipotéticas (Bretherton, 1990). Partindo destes pressupostos, Bowlby afirma que as crianças constroem modelos internos que as auxiliam na compreensão e na interpretação dos comportamentos das figuras significativas, bem como lhes permitem antecipar possíveis reações destas. Segundo o autor, a criança cria modelos internos em relação aos outros e em relação ao *self*, os quais são de natureza relacional e complementar,

influenciando-se entre si (Bretherton, 1990; Guedeney & Guedeney, 2004). O modelo interno do *self* representa a imagem que a criança tem de si própria enquanto merecedora ou não de amor por parte das figuras significativas. Por outro lado, os modelos internos em relação aos outros significativos relacionam-se com a sua percepção no que diz respeito à responsividade e sensibilidade destes para com as suas necessidades (Guedeney & Guedeney, 2004). Exemplificando, num indivíduo em que tenha ocorrido rejeição por parte da figura primária, o modelo interno de rejeição é provavelmente complementado com um modelo de si próprio como não merecedor de amor. Se um indivíduo tiver experienciado um relacionamento baseado no suporte, o modelo interno dos pais enquanto figuras acessíveis e responsivas é provavelmente complementado com um modelo de si próprio como merecedor de suporte e amor (Bretherton, 1990; Bretherton & Munholland, 2008).

Baseando-se na noção de permanência de objeto de Piaget (1954), Bowlby afirma que as transações interpessoais são traduzidas em modelos operantes internos (MOI) a partir dos 9 meses de idade, fenómeno coincidente com a aquisição da capacidade de perceber um objeto como permanente mesmo quando está “*desaparecido*” (cit. in Bretherton, 1990). Bowlby utiliza também a noção de acomodação e assimilação para explicar o desenvolvimento dos modelos operantes internos. Segundo o autor os modelos operantes internos são constituídos inicialmente a partir das experiências relacionais vividas, onde novas experiências vão sendo assimiladas e integradas (Guedeney & Guedeney, 2004). Estas novas experiências são interpretadas à luz dos modelos internos constituídos pelo indivíduo (Guedeney & Guedeney, 2004), permitindo atualizar estes modelos à medida que a criança se desenvolve (Bretherton & Munholland, 2008). Segundo Bowlby (1969/1982) apesar da necessidade de atualizar os modelos operantes internos em relação em meio, estes permanecem relativamente estáveis. Em relacionamentos seguros os processos responsáveis pela estabilidade dos modelos operantes internos permitem ao indivíduo atualizá-los, adequando-os ao novo contexto relacional (cit. in Bretherton & Munholland, 2008). Contudo, quando a figura de vinculação não se demonstra disponível nem responsiva para com as necessidades da criança ocorre uma organização defensiva que dificulta a



integração de novas experiências relacionais nos modelos operantes internos da criança, mesmo que estas experiências sejam positivas (Bowlby, 1973, 1980, 1988 cit. in Bretherton & Munholland, 2008; Guedeney & Guedeney, 2004). Este fenómeno foi designado por Bowlby (1980) como exclusão defensiva, sistema responsável pela exclusão de informação que provoca desconforto no indivíduo (cit. in Bretherton & Munholland, 2008) ou que origina na figura de vinculação reações semelhantes (por exemplo, a manifestação de hostilidade por parte da mãe para com o comportamento de birra da criança). Esta exclusão não é expressa ao nível dos modelos operantes internos da criança, perspetivando a manutenção da relação com a figura significativa ou como forma de evitar a manifestação de “*sentimentos de tristeza e angústia*” em detrimento de um acontecimento doloroso (por exemplo, situação de abandono). A ausência de integração da informação nos modelos internos já existentes leva-os a ficar impermeáveis a experiências que contrariem as representações formadas, resistindo à mudança (Guedeney & Guedeney, 2004, p. 48).

Da mesma forma que Bowlby (1980) verificou a presença de processos de exclusão defensiva também verificou a presença de um outro processo, ao qual designou de segregação de sistemas (*segregation of systems*). Este fenómeno refere-se à presença de múltiplos *selves* dissociados e com acesso a diferentes organizações representacionais (modelos operantes internos), na qual um é dominante em relação aos demais. Os restantes estão num estado de parcial ou total de desativação. Bowlby (1980) referindo-se a ambos os processos, propôs que os modelos operantes internos que se contradizem derivam de diferentes fontes. Deste modo, explicou que a representação do que os outros (ex. pais) erradamente dizem à criança pode ser armazenado como preposições na memória semântica enquanto que as memórias de experiências traumáticas podem ser analogicamente armazenadas na memória episódica. Este fenómeno explica a ocorrência de situações em que os pacientes descrevem positivamente as figuras de prestações de cuidados, contudo quando é solicitado um episódio concreto, estes descrevem experiências negativas contraditórias com o anteriormente referido (cit. in Bretherton & Munholland, 2008).

## Vinculação no Adulto

Apesar da vasta exploração da vinculação no adulto ser algo recente, John Bowlby já fazia inúmeras referências á “*vinculação como um fenómeno inerente ao ciclo vital*”, diferenciando-a da vinculação na infância, dado que a vinculação na idade adulta resulta de representações internas de carácter dinâmico que advêm das experiências precoces com as figuras de vinculação (Bowlby, 1980 cit. in Ferros, 2011, p. 41; Bowlby, 1969, 1973, 1980 cit. in Soares, 2007, p. 123).

Devido a um conjunto de acontecimentos específicos e às tarefas desenvolvimentais características da entrada na vida adulta, podemos considerar que a “*autonomia e a intimidade*” assumem uma elevada relevância, traduzindo-se como acontecimentos prioritários desta fase desenvolvimental. A autonomia assume-se pela consolidação da identidade e diferenciação do *self* em relação aos outros significativos (normalmente, os pais). Em paralelo com esta tarefa desenvolvimental surge a procura por intimidade, quer seja ao nível do estabelecimento de relacionamentos com o grupo de pares ou de relacionamentos amorosos (Soares, 2007). O grupo de pares constitui uma figura de vinculação secundária à figura de vinculação primária, a qual é constituída através dos relacionamentos amorosos que o indivíduo estabelece. Segundo Hazan (1990) a procura de proximidade com o grupo de pares permite a obtenção de conforto. Contudo, apenas a figura de vinculação primária pode vir a desempenhar o papel de base segura (cit. in Guedeney & Guedeney, 2004, p. 185). Estes relacionamentos afetivos, ao contrário do que acontecia na infância, caracterizam-se pela simetria e reciprocidade entre a prestação de cuidados, e o fornecimento de base de segurança para exploração. Enquanto que a vinculação na infância representa uma relação assimétrica, em que a figura de vinculação presta cuidados e serve de base segura para a exploração do meio, na idade adulta “*as relações de vinculação são diádicas*”, ou seja, o individuo tanto procura como mantém proximidade com outro significativo de forma a garantir ou “*alcançar a segurança*” (West & Sheldon-Keller, 1994 cit. in Ferros, 2011, p. 42). Apesar das relações de vinculação na idade adulta diferirem da infância, a perceção de segurança é igualmente influenciada pela “*acessibilidade e responsividade*” de outros significativos (Collins, 1996 cit. in Ferros, 2011, p. 42). Segundo vários

autores, Cassidy (2011) e Crowell e Treboux (2011), a experiencição de base segura e responsividade por parte de outros significativos permite a perceção de “*segurança, pertença e partilha*” que permite ao indivíduo a exploração da própria relação, bem como permite a consolidação de outras (Cassidy, 2011; Crowell & Treboux, 2011 cit. in Soares, 2007, p. 141). Soares (2007) vem, de harmonia com o exposto, afirmar que a perceção do outro como responsivo e disponível na satisfação das necessidades específicas do próprio indivíduo, permite o estabelecimento de sentimentos de segurança necessários para exploração autónoma de outros domínios relacionais. Da mesma forma que sucede na infância, na presença de agentes stressores o indivíduo adulto procura o estabelecimento de proximidade com outros significativos, objetivando a manutenção da “*segurança*” e do “*conforto*” (Ainsworth, 1991 cit. in Ferros, 2011, p. 42). Podemos então considerar que os relacionamentos com o grupo de pares e relacionamentos amorosos são relacionamentos de vinculação (Ferros, 2011).

A consolidação de relacionamentos afetivos (de amizade/amorosos) na idade adulta resulta do “*repertório desenvolvimental*” do indivíduo e dos seus modelos internos de vinculação. Estes modelos internos são dinâmicos, sofrendo alterações ao longo do tempo. Estes influenciam a consolidação dos relacionamentos afetivos, orientando o indivíduo no estabelecimento e manutenção de novos relacionamentos (Bowlby, 1969/1982 cit. in Soares, 2007, p. 124). Segundo Soares (2007) a investigação tem relacionado positivamente a qualidade das representações internas da vinculação com o “*funcionamento interpessoal*”, tendo revelado que no domínio social indivíduos com um estilo de vinculação seguro apresentam uma maior competência social, são mais resilientes, sendo percecionados pelos outros como menos “*ansiosos e hostis*”. Também refere que indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-desligado são percecionados pelos outros como mais “*hostis e ansiosos*”, sendo os indivíduos inseguros-preocupados os que foram mais percecionados como “*ansiosos*” (p. 142). Segundo Crowell et al. (2002) e Roisman et al. (2001) a qualidade dos relacionamentos amorosos é influenciada pela competência social de seus intervenientes (especificamente a capacidade de resolver conflitos e a

assertividade), como também pela capacidade de desempenhar o papel de base segura e de prestar cuidados (cit. in Soares, 2007). No que concerne à prestação de cuidados e desempenho de base segura, indivíduos seguros percebem com maior facilidade os “*sinais e manifestações de perturbação do outro*”, adequando a sua resposta às necessidades específicas deste. Esta sensibilidade para perceber e adequar a resposta às necessidades do outro, proporciona uma maior qualidade dos cuidados prestados, evitando recorrer a “*intrusão, distanciamento ou frieza*” como pode ser observável em indivíduos com um estilo de vinculação inseguro (Soares, 2007, p. 149). Como anteriormente referido, no domínio social os indivíduos com um estilo de vinculação seguro apresentam uma maior competência social refletindo-se na expressão clara dos “*seus sentimentos e pensamentos*”, permitindo assim uma partilha satisfatória de perspetivas (Soares, 2007, p. 149).

### **Vinculação e Psicopatologia no Adulto**

Nos três volumes (*Attachment; Separation: Anxiety and Anger; Loss: Sadness and Depression*) da sua obra intitulada de *Attachment and Loss*, Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) articulou um modelo desenvolvimental com claras implicações psicopatológicas (cit. in Dozier, Stovall-McClough, & Albus, 2008). A teoria da vinculação além de fazer referência ao desenvolvimento normativo, também integrou nos seus pressupostos teóricos referências ao desenvolvimento psicopatológico (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999). Em 1988, o referido autor realizou uma analogia entre o sistema de vinculação e o sistema imunológico, considerando que ambos desempenham um papel fundamental na “*integridade e (...) segurança do indivíduo*” (cit. in Guedeney & Guedeney, 2004, p. 157). Bowlby (1973) constitui a psicopatologia sob uma perspetiva relacional e desenvolvimental considerando que esta pode surgir em qualquer fase do desenvolvimento em consequência da interação entre o organismo e o meio em que este se insere (cit. in Sroufe et al., 1999). O autor atribui importância à continuidade das experiências desenvolvimentais, sem menosprezar a influência das experiências precoces com as figuras de vinculação (Soares, 2007). Este considera que a psicopatologia é um produto das experiências precoces e do

contínuo apoio, bem como dos desafios desenvolvimentais que vão sendo colocados perante o indivíduo. Considera ainda que o acumular de respostas mal adaptativas seria menos facilitador na promoção de mudança do que um estilo de vinculação ansioso na infância. Apesar desta acrescida dificuldade considera que não é impossível provocar mudanças em fases desenvolvimentais como a adolescência ou a adultez (Sroufe et al., 1999), sendo esta mudança promovida pela criação de oportunidades de reflexão, avaliação e integração das experiências passadas (Main, Kaplan & Cassidy, 1985 cit. in Sroufe et al., 1999). Apesar da psicopatologia surgir de um contínuo de experiências desenvolvimentais promovidas pela interação entre o organismo e o meio, é fundamental considerar a importância das experiências precoces na construção de representações que moldam a forma como o indivíduo interpreta a realidade. Estas representações internas são importantes na medida em que predispõem as transações que o indivíduo estabelece com o meio (Sroufe et al., 1999), onde este se apresenta com um conjunto de preconceitos, tendências comportamentais e interpretativas.

Em concordância com o modelo desenvolvimental constituído na sua trilogia, a formação do vínculo afetivo entre a criança e o prestador de cuidados é uma tarefa desenvolvimental fundamental que influencia as representações internas que a criança forma em relação ao *self* e em relação aos outros, bem como também influencia as estratégias responsáveis pelo processamento de sentimentos e pensamentos relacionados com as experiências precoces. Segundo Bowlby (1973,1980) os indivíduos tornam-se mais vulneráveis ao surgimento de psicopatologia quando desenvolvem representações internas negativas em relação ao *self* e aos outros ou quando adotam estratégias de processamento que comprometem uma avaliação realista dos relacionamentos vinculares (cit. in Dozier et al., 2008; Mikulincer & Shaver, 2012). Anderson e Perris (2002) verificaram que a presença de experiências precoces negativas com as figuras de vinculação promove o desenvolvimento de representações cognitivas que se traduzem em respostas mal adaptativas. Também verificaram que as experiências precoces com os progenitores influenciam os relacionamentos que o indivíduo estabelece enquanto adulto, podendo mesmo afetar a sua competência relacional. De acordo com o anteriormente explicitado, Allen e Hauser (1996) e Troisi e

Argenio (2004), vêm em harmonia demonstrar que a presença de padrões de vinculação inseguros influencia o surgimento e o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas. Amini et al. (1996) e Goldberg (2003) também consideraram este fenómeno, tendo verificado uma maior presença de perturbações de ansiedade e de humor em indivíduos inseguros. Em suma, a análise de investigações permitiu verificar a presença de padrões de vinculação inseguros (ansioso e evitante) na população com perturbação mental, na qual foi possível verificar a presença de perturbações depressivas, de ansiedade, obsessivo-compulsivas, de stress pós traumático, perturbações alimentares e tendências suicidas (Mikulincer & Shaver, 2007 cit. in Mikulincer & Shaver, 2012).

## **CAPÍTULO III – A RELAÇÃO ENTRE A CONDUTA ADITIVA E OS VÍNCULOS AFETIVOS**

A revisão da literatura demonstrou que é frequente indivíduos com historial de consumos apresentarem contextos familiares prévios disfuncionais, marcados pela ocorrência de situações de separação (morte, divórcio, encarcerados) ou abandono, falta de suporte emocional e a presença de perturbação mental nos progenitores (Anderson & Henry, 1994; Kumpfer, 1998). Andersson e Eisemann (2003) vêm em harmonia com o anteriormente exposto considerar que indivíduos toxicodependentes apresentam uma maior prevalência de historial de disfunção familiar do que a restante população.

Moen e Ohlund (2003) vêm solidificar as informações postuladas por Anderson e Henry (1994) e Kumpfer (1998), ao verificarem que metade dos indivíduos em tratamento de substituição (metadona), numa amostra Sueca, provinham de contextos familiares desestruturados devido à ocorrência de separação, enquanto que a restante população (não consumidora de substância) apresentava uma incidência de 20% a 25%. A elevada prevalência de situações de separação na população toxicodependente é explicada por Prata (2000) como um acontecimento propulsor do consumo de substâncias psicoativas.

A literatura também vem demonstrar uma prevalência elevada de histórias de rejeição parental em indivíduos com consumos abusivos de drogas (Brody & Forehand, 1993), sendo esta fortemente preditora do desenvolvimento de comportamentos desviantes como o consumo de substâncias psicotrópicas ou a delinquência (Rohner & Britner, 2002). De acordo com Wahler (1997), a tendência do filho para aprovar ou desaprovar as regras impostas pelos pais é um importante fator de ajustamento psicológico, o qual na presença de inconsistências (regras) pode promover o desenvolvimento de comportamentos antissociais. Em linha com o anteriormente exposto, Myers, Stewart & Brown (1998), vem demonstrar que a presença de comportamentos antissociais é um preditor do posterior abuso de substâncias psicotrópicas. Deste modo podemos considerar que relacionamentos parentais caracterizados por um baixo clima afetivo, baixo

suporte emocional, elevada rejeição ou sobreproteção conduzem ao desenvolvimento de respostas mal adaptativas como o consumo abusivo e compulsivo de drogas (Andersson & Eisemann, 2003).

Flores (2004) conceptualiza a adição como uma perturbação do sistema vincutivo, considerando que estes indivíduos apresentam dificuldades ao nível da regulação emocional. Esta visão é partilhada por outros teóricos (Torres, 2008; Torres, Chagas & Ribeiro, 2008), os quais consideram que a toxicomania deriva de um défice ao nível da regulação emocional. Para Flores (2004) a presença de défice ao nível da regulação emocional predispõem o indivíduo ao consumo de drogas, o qual procura frequentemente substituir o prazer obtido pelo estabelecimento de intimidade. Neste sentido, considera que as disfunções ao nível do sistema de vinculação interferem com a capacidade de obter satisfação pelo estabelecimento de relacionamentos interpessoais e contribuem para o reforço dos modelos operantes internos que perpetuam esta dificuldade. Em conformidade com o anteriormente referido, Torres e Ribeiro (2001), vêm considerar que o consumo de drogas serve o propósito de substituição dos benefícios obtidos normalmente através do estabelecimento de relacionamentos interpessoais.

Segundo Panksepp (2005), o consumo de drogas ativa zonas cerebrais responsáveis pelo processamento de emoções, as quais também são responsáveis por manifestações neuroquímicas que se traduzem em satisfação na presença ou estabelecimento de ligações sociais afetivas. Segundo o autor anteriormente citado, o consumo de substâncias psicoativas permite ao indivíduo a experienciação de sentimentos positivos similares aos obtidos através do estabelecimento de relacionamentos afetivos, como também permite a redução do mal-estar emocional e das inseguranças decorrentes das dificuldades relacionais.

Tendo em consideração toda a informação que a literatura tem fornecido ao nível da relação entre a toxicodependência e a vinculação torna-se pertinente analisar as investigações que procuram relacionar estas duas variáveis de importante destaque para a presente investigação. Neste sentido, podemos verificar que a revisão de investigações que procuram correlacionar estas duas



variáveis tem demonstrado a presença de uma relação significativa entre a qualidade da vinculação e a toxicodependência (Schindler et al., 2005).

Mickelson, Kessler, e Shaver (1997), verificaram uma maior prevalência do estilo de vinculação evitante em indivíduos com comportamento aditivo, em contraste com indivíduos com perturbação mental (perturbações depressivas, de ansiedade, obsessivo-compulsivas) que apresentaram uma maior prevalência do estilo de vinculação ansioso (Mickelson et al., 1997; Schindler et al., 2005). Também numa investigação realizada por Cooper, Shaver e Collins (1998), verificou-se uma correlação significativa entre estilo de vinculação (insegura, evitante e ansiosa) e o abuso de substâncias psicoativas entre adolescentes (cit. in Schindler et al., 2005).

Os investigadores, Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir e Weizman (2003), procuraram analisar a relação entre a vinculação e a dependência e/ou abuso de drogas por parte de indivíduos casados de nacionalidade Israelita, tendo verificado que 61% dos indivíduos apresentavam um estilo de vinculação evitante.

Segundo Canavarro (1997) indivíduos com um estilo de vinculação insegura apresentam uma maior probabilidade de percecionar agentes stressores como atos de rejeição ou como evidência da sua inadequação comportamental, promovendo um baixo autoconceito e um sentimento de *“ineficácia pessoal”*. Assim, segundo Canavarro (1997), esta perceção pode conduzir à *“vulnerabilidade cognitiva”*, podendo ocorrer *“manifestações psicopatológicas específicas”* (cit. in Ferros, 2011, pp. 48-49).

Apesar dos resultados apresentados demonstrarem relações significativas entre a dependência química e os estilos de vinculação evitante e/ou ansioso, devemos considerar estes resultados sobre um ponto de vista crítico. Segundo Schindler et al. (2005) as perturbações pelo uso de substâncias têm um forte impacto sobre a qualidade das relações interpessoais, podendo conduzir ou mesmo reforçar padrões de vinculação inseguros.

## CAPÍTULO IV – OS CONTRIBUTOS DA TEORIA DA VINCULAÇÃO NO PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO

De acordo com a visão de Bowlby (1977) o processo terapêutico desencadeia "a ativação do sistema vinculativo" do indivíduo, dado que este procura auxílio junto de um técnico considerado pelo próprio como uma figura sábia e "forte" (cit. in Guedeney & Guedeney, 2004, p. 177).

Refletindo sobre a evolução teórica das aplicações psicoterapêuticas da teoria da vinculação é importante referir as preposições propostas por Bowlby (1977) no seu artigo denominado de *The making and breaking of affectional bonds: Some principles of psychotherapy*. Segundo Bowlby (1977) a intervenção psicoterapêutica à luz da teoria da vinculação deve procurar: (1) o estabelecimento e a promoção de uma base segura; (2) a promoção do comportamento exploratório e da capacidade para refletir sobre acontecimentos dolorosos; (3) a promoção da reflexão sobre o processo transferencial e a (4) exploração das experiências precoces (cit. in Guedeney & Guedeney, 2004).

Tendo por base a teoria de vinculação, o psicoterapeuta deve ser capaz de providenciar as condições necessários para o paciente explorar as experiências vinculativas precoces e presentes, bem como promover a reflexão a cerca dos processos transferenciais que surgem em decurso do processo terapêutico (Sable, 1992).

Em 1991, Mary Main desenvolveu a noção de capacidade metacognitiva considerando-a como fundamental para a compreensão representacional dos próprios pensamentos, bem como dos outros (cit. in Fonagy, 1999). Inspirados pela noção de metacognição, a equipa de investigadores liderados por Fonagy procurou estender e operacionalizar esta noção, atribuindo-lhe a designação de *mentalization* ou *reflective functioning* (Fonagy et al., 1995). Esta refere-se a capacidade do indivíduo para perceber o estado mental, o comportamento e as intenções manifestadas pelo próprio e por outros. Fonagy (2006) considera que os estados mentais referem-se aos desejos, necessidades, sentimentos, pensamentos, crenças, razões, entre outros. O desenvolvimento desta capacidade permite ao

indivíduo autorregular-se, sendo capaz de perceber estados mentais negativos e disruptivos, bem como identificar fatores intra e interpessoais, causais e dinâmicos destes estados. Segundo Fonagy, Gergely, Jurist & Target (2002) esta capacidade permite a regulação emocional do indivíduo, pela compreensão que o comportamento do próprio e dos outros relaciona-se de forma significativa e preditiva, que por vezes estes não são observáveis e que os sentimentos e intenções são dinâmicos, estando em constante mudança. Quanto maior for a capacidade do indivíduo para perceber o estado mental do próprio e dos outros mais provável será a sua participação em relacionamentos sociais produtivos, íntimos e sustentáveis.

Fonagy et al. (1995) procuraram investigar a relação entre uma elevada capacidade de reflexão dos estados mentais (*reflective functioning*) e a presença de uma organização vinculativa segura. Esta investigação foi realizada com recurso ao *Adult Attachment Scale* (AAI) e com uma amostra de indivíduos com filhos, tendo permitido demonstrar que a presença de uma elevada capacidade de reflexão em relação ao estado mental do próprio e dos pais está associado com uma organização vinculativa segura, bem como promove o desenvolvimento de um padrão de vinculação seguro nos seus filhos. Os mesmos autores explicam que a presença de experiências vinculativas seguras promove o estabelecimento de um contexto favorável para a aquisição desta capacidade sociocognitiva, desempenhando uma função protetora no que concerne ao desenvolvimento de perturbações de personalidade.

Segundo Fonagy e Bateman (2010), a psicoterapia baseada nestes pressupostos (*Mentalization Based Treatment*, MBT) procura o estabelecimento de um relacionamento vinculativo baseado na promoção do entendimento e da reflexão em relação aos estados mentais do próprio e dos outros, bem como procura promover a aquisição de representações coerentes dos pensamentos e sentimentos dos outros, de forma a promover a capacidade do paciente de identificar os próprios sentimentos e pensamentos em relação os vínculos afetivos que estabelece. Este processo terapêutico permite ao indivíduo regular os próprio sentimento e pensamentos, fenómeno que promove a regulação emocional e relacional.

Segundo Slade (2008) as implicações psicoterapêuticas propiciadas pela teoria da vinculação são de natureza informativa, ou seja, permitem ao psicoterapeuta a compreensão da natureza e dinâmica do sistema de vinculação e a sua organização no indivíduo, contudo não impõem uma forma particular de tratamento.

## **CAPÍTULO V – A APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO, DOS RESULTADOS E SUA DISCUSSÃO**

Após o enquadramento teórico dos conceitos inerentes à investigação e fundamentação da sua pertinência e relevância, passamos para a descrição da componente prática do referido projeto de investigação.

O estudo realizado insere-se num projeto de investigação mais amplo denominado de *Attached and Free From Addiction* (AFFA), o qual contempla duas investigações realizadas com a mesma amostra:

1. Vinculação e a conduta aditiva: narrativas de utentes toxicodependentes (*Attachment and addiction problems: personal narratives of addicted patients*);
2. Intervenção psicossocial em indivíduos toxicodependentes, tendo por base a importância da vinculação e suporte social (*Psychosocial intervention program with addicted patients: the importance of attachment and social support*).

A investigação presentemente descrita foca-se, precisamente no desenvolvimento e implementação de uma intervenção psicossocial em indivíduos toxicodependentes, bem como na análise da sua eficácia, refletindo criticamente sobre importância da vinculação e suporte social.

### **Objetivos da Investigação**

O presente projeto de investigação procurou: (1) o desenvolvimento e a implementação de um programa de intervenção psicossocial em indivíduos toxicodependentes, tendo por base os constructos teóricos da vinculação, bem como procurou (2) avaliar quantitativamente e qualitativamente a eficácia do referido programa de intervenção.

De forma particular, em termos quantitativos procurou verificar-se:

- Há diferenças estatisticamente significativas entre o pré e pós-teste ao nível da ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros na sequência da intervenção;
- Há diferenças estatisticamente significativas entre o pré e pós-teste no nível de satisfação com o suporte social na sequência da intervenção;
- Há diferenças estatisticamente significativas entre o pré e pós-teste, após a intervenção, ao nível da gravidade de dependência de drogas e álcool;
- Há diferenças estatisticamente significativas entre o pré e pós-teste, após a intervenção, ao nível das habilidades sociais de conversação e desenvoltura social e autoafirmação na expressão de afeto positivo.

Em relação ao domínio qualitativo, este projeto de investigação procurou analisar:

- Qual a perceção dos participantes sobre as mudanças ocorridas em relação à confiança, aproximação, pedido de ajuda e capacidade de perceber sentimentos e pensamentos na sequência da intervenção?
- Em que medida a intervenção promoveu a satisfação com o suporte social?
- Qual a satisfação dos pacientes com o programa de intervenção realizado?

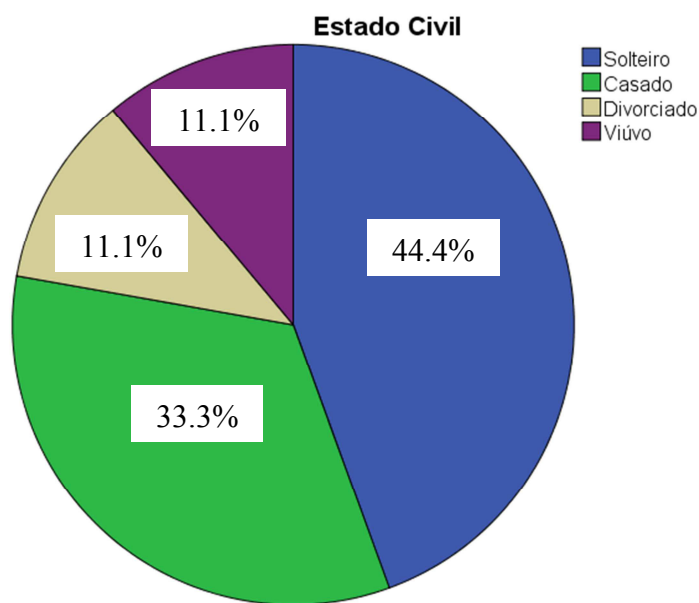
## **Método**

### **Amostra**

A amostra é constituída por 7 indivíduos do sexo masculino (77.8%) e 2 do sexo feminino (22.2%), num total de 9 sujeitos. Esta amostra comporta sujeitos em regime de internamento na comunidade terapêutica da Clínica do Outeiro para o tratamento de um quadro clínico de dependência de substâncias psicoativas.

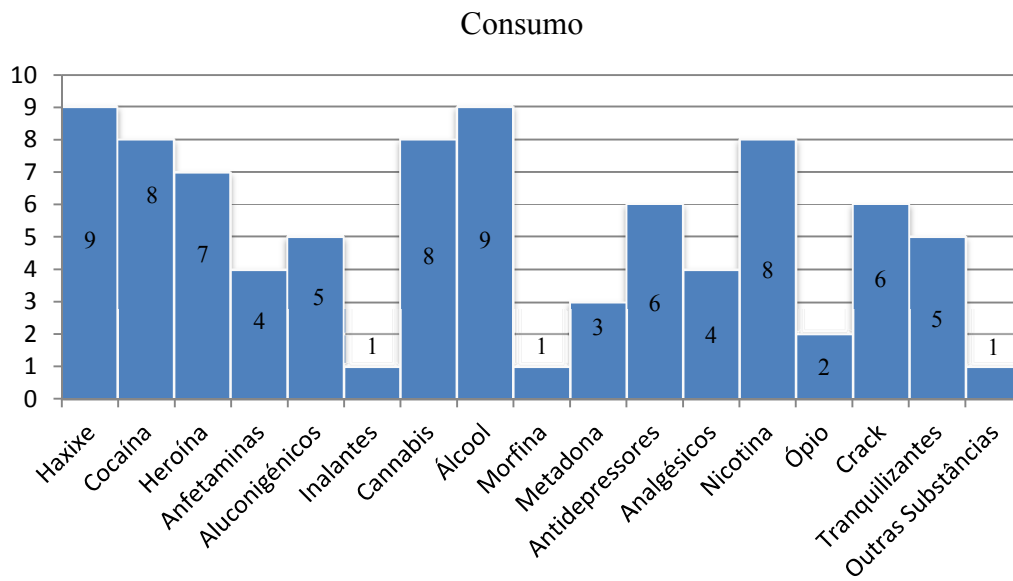
Os indivíduos que compõem amostra apresentam idades compreendidas entre os 28 e os 51 anos e apresentam uma idade média aproximada de 39 anos (M=39.1; DP=9.2).

No que diz respeito ao estado civil é possível verificar uma maior percentagem de indivíduos solteiros (gráfico n.º 1).



**Gráfico n.º 1** – Distribuição da amostra pelo estado civil

No que diz respeito ao consumo de substâncias psicoativas pelos indivíduos que constituem a amostra, todos os sujeitos referem ter consumido álcool e haxixe; 88.9% nicotina, cocaína e cannabis; 77.8% heroína; 55.6% tranquilizantes e alucinogénicos; 66.7% antidepressores e crack; 44.4% analgésicos e anfetaminas; 33.3% metadona; 11.1% inalantes, morfina e outras substâncias e 22.2% Ópio (gráfico n.º 2).



**Gráfico n.º 2 – Substâncias consumidas**

As sessões de intervenção apresentaram uma adesão grupal total de 62.3% (conforme anexo n.º V).

### **Procedimentos Metodológicos**

O presente projeto contou com a colaboração da Clínica do Outeiro, uma instituição privada para o tratamento da toxicod dependência e comorbilidades psiquiátricas associadas, a qual autorizou a referida investigação (ver anexo I) e proporcionou a constituição da amostra do estudo. Aos inquiridos foi solicitado verbalmente o consentimento informado, sendo explicada a finalidade da aplicação do questionário e garantida a confidencialidade ao longo de todo o processo.

Com o intuito de caracterizar a amostra do estudo foi aplicado um questionário sociodemográfico (ver anexo II) de carácter voluntário e sob a forma de entrevista aos participantes que cumpriam os critérios de inclusão e exclusão (conforme tabela n.º 2).



Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Em regime de internamento na comunidade terapêutica da clínica do Outeiro, por um período mínimo 6 meses a partir da data de aplicação questionário sociodemográfico;	Com alta prevista ou trémito do programa terapêutico nos próximos 5 meses a partir da aplicação do questionário sociodemográfico;
Presença de um quadro clínico de abuso e/ou dependência de substâncias psicotrópicas;	Presença de perturbações psicóticas;

**Tabela n.º 2** – Critérios de Inclusão e Exclusão da amostra

A amostra foi constituída por 5 indivíduos com um quadro clínico de dependência e/ou abuso de substâncias psicoativas, com um maior grau de funcionalidade quando equiparado com os restantes grupos de sujeitos. Os restantes 4 participantes eram pertencentes ao grupo D, sendo este constituído por indivíduos com um quadro clínico de dependência e/ou abuso de substâncias psicoativas e com a presença comorbilidade psiquiátrica associada.

Os 9 sujeitos foram seguidamente objeto de uma intervenção de natureza psicossocial, realizada em grupo, a qual foi precedida de modo a possibilitar a avaliação da eficácia da mesma. Previamente às sessões de intervenção foram aplicados os seguintes instrumento de recolha de informação: Escala de vinculação no adulto (EVA), *Drug Abuse Screening Test (DAST)*, *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, Inventário de Habilidade Sociais (IHS) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).

Aos indivíduos excluídos pelo incumprimento dos critérios de inclusão foi dada a possibilidade de participarem no programa de intervenção após o término do projeto de investigação em referência.

A intervenção decorreu numa sala destinada às terapias de grupo da Clínica do Outeiro, a qual propiciou um contexto adequado (calmo, limpo, luminoso, sem objetos distratores, sem ruído, etc.) para o desenvolvimento do processo. As

sessões de intervenção ocorreram de forma regular ao Sábado, tendo uma duração média de 1 hora e meia. Estas sessões ainda contemplaram o questionamento dos intervenientes em relação à sua perceção sobre as mudanças ocorridas entre sessões e sobre o processo no seu todo. O conteúdo das sessões foi gravado em formato áudio e vídeo, sendo posteriormente transcrito (ver anexo IV). Em termos de conteúdo, o programa de intervenção contemplou os seguintes focos: promoção da aliança terapêutica, desenvolvimento de confiança, promoção da proximidade e pedido de ajuda, desenvolvimento da capacidade de perceber sentimentos e pensamentos no próprio e nos outros e a última sessão destinada à análise da perceção dos utentes em relação ao processo de mudança.

#### 1º, 2º e 3º Sessão – Promoção da Aliança Terapêutica

As sessões de promoção da aliança terapêutica decorreram nos dias 20, 27 de Abril e 4 de Maio, pelas 11h00. Estas sessões tiveram uma duração total de 1 hora e meia e decorreram numa das salas da comunidade terapêutica da Clínica do Outeiro, destinada às atividades terapêuticas dos utentes. A referida sala permitiu o estabelecimento de um *setting* terapêutico adequado, sendo este caracterizado por ser calmo, limpo, luminoso, sem objetos distratores e sem ruído (Michael, 1999).

As sessões de intervenção não exigiram a utilização de nenhum material para além das cadeiras disponibilizadas pela instituição. Em relação aos objetivos terapêuticos podemos destacar a promoção da aliança terapêutica e o estabelecimento de uma base de segurança. Estas sessões introdutórias de promoção da aliança terapêutica demonstraram-se fundamentais para o estabelecimento de uma base segura, “*autêntica*” e “*sincera*”, impermeável a distorções ou à manifestação dos conflitos internos do indivíduo, permitindo assim, a exploração dos conteúdos psicológicos que causam sofrimento ao utente (Guedeney & Guedeney, 2004, p. 178).

As referidas sessões serão analisadas em maior detalhe no âmbito do projeto global (AFFA), destinado nomeadamente a explorar as narrativas dos

participantes no que diz respeito aos vínculos afetivos e à sua relação com a conduta aditiva. A exploração das narrativas foi realizada através da colocação de perguntas com foco:

- ✓ Na qualidade das experiências precoces com as figuras de vinculação;
- ✓ Na qualidade dos relacionamentos que estabelecem na atualidade com indivíduos significativos;
- ✓ Na percepção individual e grupal da influência dos outros significativos no processo de recaída e reabilitação.

#### 4º Sessão – Desenvolvimento de Confiança

Esta sessão intitulada de “*Desenvolvimento de Confiança*” decorreu no dia 11 de Maio, pelas 11h00. Teve uma duração total de 1 hora e meia e decorreu na sala utilizada nas sessões anteriores. Esta sessão de intervenção foi delineada tendo por base o pressuposto de que os indivíduos toxicodependentes demonstram uma menor confiança nos relacionamentos que estabelecem com os outros, receando recorrer a estes em situações de necessidade (Batista, 2010). Em conformidade Geada (1990) vem demonstrar que indivíduos toxicodependentes tendem para estilos de vinculação caracterizados por falta de confiança interpessoal.

A sessão de intervenção não exigiu a utilização de nenhum material para além das cadeiras disponibilizadas pela instituição. Em relação aos objetivos terapêuticos podemos assinalar:

- ✓ A promoção do conhecimento mútuo sobre as características de cada participante, perspetivando o desenvolvimento de intimidade e confiança entre os elementos do grupo;
- ✓ A exploração de cognições relacionadas com a confiança e a constituição de uma dinâmica relacional que permita a sua discussão grupal;
- ✓ A promoção de suporte social;
- ✓ O desenvolvimento de habilidades sociais, tais como: de comunicação, de civismo, assertivas de confronto, empáticas e de expressão de sentimentos

positivos (conforme taxonomia apresentada por Del Prette & Del Prette, 2001 cit. in Bolsoni-Silva, 2002);

- ✓ Promoção da autoconsciência e desenvolvimento da capacidade autorreflexiva dos participantes, perspetivando o reconhecimento dos próprios sentimentos e das suas emoções. A autoconsciência representa a capacidade cognitiva de autorreflexão em relação aos “*próprios sentimentos*” e comportamentos, o que permite o seu planeamento, reflexão e compreensão (Hobson, Chidambi, Lee & Meyer, 2006 cit. in Fiore-Correia, Lampreia, & Sollero-de-Campos, 2010, p. 101). Em suma, o desenvolvimento desta capacidade permite aos indivíduos uma melhor compreensão sobre o seu próprio funcionamento psicológico.

Em seguida são descritos, de forma detalhada, os procedimentos utilizados na sessão em referência:

1. Solicita-se ao grupo que se disponha sentado em forma de círculo no centro da sala;
2. Solicita-se que cada participante dê ênfase a informações relativas a si que gostaria que os outros soubessem. As informações pessoais poderão ser características pessoais (traços de personalidade), formas de pensar (cognições), sentimentos (emoções) e formas de agir (comportamentos);
3. Solicita-se que cada participante termine a seguinte afirmação: “*Eu levo a mal que ...*” e “*Eu aprecio que ...*”;
4. É solicitado que cada participante partilhe um acontecimento passado significativo para si e que descreva como se sentiu, o que pensou no momento e como se sente relativamente a esse acontecimento no momento atual. O grupo deverá refletir e comentar o acontecimento expresso pelos participantes, expressando o que pensa e sente;
5. É solicitado aos participantes que respondam às seguintes questões relativas à confiança. Deverá ser incentivada a partilha de opiniões e a sua discussão pelo grupo. O terapeuta deverá ser flexível na colocação das questões adequando-as às respostas dos participantes.

- a. Qual a importância de confiarmos nos outros?
- b. O que de pior poderá acontecer se confiarmos nos outros? E de melhor?
- c. Têm dificuldades em confiar? Se sim, atribuem essa dificuldade a quê? Como se sentem em relação a essa dificuldade? O que pensam que poderia mudar se ultrapassassem essa dificuldade?
- d. Quando não confiam em alguém como se comportam?
- e. Quando alguém vos trai a confiança como reagem?
- f. Quais as características que possuem as pessoas em quem confiam?
- g. Quais as vantagens de confiarmos nos outros?
- h. Como detetam a confiança nas pessoas?
- i. Como demonstram confiança nos outros? Como é que os outros se comportam quando demonstram confiança?

#### 5º Sessão – Promoção da Proximidade e do Pedido de Ajuda

Esta sessão intitulada de “*Promoção da Proximidade e do Pedido de Ajuda*” decorreu no dia 18 de Maio, pelas 11h00. Teve uma duração total de 1 hora e meia e decorreu numa das salas da comunidade terapêutica da Clínica do Outeiro destinada às atividades terapêuticas dos utentes. Esta sessão foi delineada tendo por base o pressuposto que indivíduos toxicodependentes apresentam maiores índices de receio de intimidade nas relações que estabelecem com os familiares e com o grupo de pares. A presença destes indicadores poderá comprometer o bem-estar psicológico, sendo fundamental intervir sobre este domínio (Muchata, 2011; Hazan & Shaver, 1987), procurando dotar os indivíduos de estratégias cognitivas e comportamentais que facilitem o processo de proximidade interpessoal e a aquisição de suporte emocional.

A sessão de intervenção não exigiu a utilização de nenhum material para além das cadeiras disponibilizadas pela instituição. Em relação aos objetivos terapêuticos podemos assinalar:

- ✓ A exploração da percepção dos participantes em relação às mudanças ocorridas em consequência do processo terapêutico implementado;
- ✓ A promoção da aproximação aos outros significativos;
- ✓ A promoção do suporte social e da coesão grupal;
- ✓ O desenvolvimento da capacidade de requerer ajuda por parte de outros significativos;
- ✓ O desenvolvimento de habilidades sociais, tais como: de comunicação, de civismo, assertivas de confronto, empáticas, de trabalho e de expressão de sentimentos positivos (conforme taxonomia apresentada por Del Prette & Del Prette, 2001 cit. in Bolsoni-Silva, 2002).

Em seguida são descritos de forma detalhada os procedimentos utilizados na sessão em referência:

1. Solicita-se ao grupo que se disponha sentado em forma de círculo no centro da sala;
2. Solicita-se aos participantes que respondam em grupo às seguintes questões:
  - a. O que acharam da última sessão?
  - b. Como se sentiram durante a semana que passou e depois da sessão?
  - c. Pensaram na sessão durante a semana que passou? Se sim, pensaram o quê?
  - d. Durante a semana que passou houve alguma alteração na forma como se relacionam com os outros?
  - e. Durante esta semana como descrevem os relacionamentos que estabeleceram com os outros?
3. Solicita-se a participação de dois elementos do grupo para realizar um ensaio comportamental semiestruturado. Estes dois participantes devem colocar-se frente-a-frente, enquanto que os restantes elementos devem posicionar-se em forma de plateia. De seguida é apresentado o seguinte contexto relacional:
  - a. O participante **A** é amigo de infância do participante **B**. Contudo, estes já não mantêm contato há alguns anos por iniciativa de **B**, o qual foi trabalhar para o estrangeiro à cerca de 5 anos, tendo voltado recentemente. A vida do participante **A** alterou-se radicalmente nos últimos quatro anos, nos quais

faleceu a sua mãe e entrou no mundo das drogas. **A** sente-se revoltado consigo próprio e com a vida por não ter tido oportunidade de despir-se de sua mãe, uma vez que estava mais ocupado em atividade ilegais para conseguir comprar Heroína e consumi-la. Atualmente **A** encontra-se abstinente da Heroína, tendo terminado recentemente o seu programa. Após alguns esforços conseguiu encontrar trabalho num café junto ao seu bairro, sentindo-se bastante realizado. Todos os anos **A** reage mal ao aniversário do falecimento de sua mãe, situação que lhe provoca uma elevada necessidade de consumir heroína. No segundo aniversário do falecimento de sua Mãe, **A** encontrava-se a trabalhar, esforçando-se intensamente para afastar os seus pensamentos acerca do consumo. Apesar do seu esforço sentia-se demasiadamente fragilizado, lembrando-se incessantemente de sua mãe e os seus repetidos avisos e conselhos para deixar de consumir. Durante o horário de expediente de **A**, **B** entrou no café com o intuito de reencontrar velhas amigadas. **A** ao ver **B** sentiu uma mistura de sentimentos, dos quais a mágoa, a revolta e a saudade eram os mais predominantes.

4. É solicitado aos participantes (**A** e **B**) que simulem um diálogo de acordo com o contexto relacional fornecido. Estes devem encenar o reencontro, reagindo da mesma forma que reagiram numa situação semelhante;
5. Observa-se a forma como os intervenientes se comportam na encenação comportamental em relação à tolerância à aproximação e ao pedido de ajuda;
6. Após a encenação:
  - a. O terapeuta deve assumir o papel do participante **A** na parte da encenação que corresponde à tolerância à aproximação, procurando demonstrar qual o comportamento adequado naquele contexto interpessoal. O participante **B** deve reproduzir o comportamento previamente manifestado;
  - b. O terapeuta deve assumir o papel do participante **B** na parte da encenação que corresponde à responsividade e desempenho de base segura ao participante **A**. O participante **A** deve reproduzir o comportamento previamente manifestado;

7. Exploração com o grupo de como se sentiram e o que pensaram nas diversas encenações comportamentais (**A-B**, **Terapeuta-B**, **A-Terapeuta**), através das seguintes questões:
- a. O que pensaram do diálogo entre **A e B**, **Terapeuta e B** e **A e o Terapeuta**?
  - b. O que vos fez sentir este diálogo?

#### 6º Sessão – Desenvolvimento da Capacidade de Percecionar Sentimentos e Pensamentos no Próprio e nos Outros

Esta sessão decorreu no dia 25 de Maio, pelas 11h00. Teve uma duração total de 1 hora e meia e decorreu numa das salas da comunidade terapêutica da Clínica do Outeiro destinada às atividades terapêuticas dos utentes. Esta sessão foi delineada com base no pressuposto de que os indivíduos toxicodependentes provindos de contexto familiares disfuncionais apresentam um maior défice ao nível das capacidades relacionadas com a prestação de cuidados (Kunce & Shaver, 1994 cit. in Torres & Oliveira, 2010), fenómeno que poderá justificar-se pela afetação no desenvolvimento de empatia (David, 2010 cit. in Torres & Oliveira, 2010). Neste sentido procurou-se dotar os indivíduos de uma maior sensibilidade para percecionar os estados mentais (sentimentos e pensamentos) do próprio e dos outros.

A sessão de intervenção exigiu a utilização de um conjunto de papéis com sentimentos e uma caixa de cartão, a qual possibilitou a seleção aleatória de sentimentos. Em relação aos objetivos terapêuticos podemos assinalar:

- ✓ A exploração da perceção dos participantes em relação às mudanças ocorridas em consequência do processo terapêutico implementado;
- ✓ O desenvolvimento da capacidade de percecionar adequadamente os sentimentos e os pensamentos do próprio e dos outros;
- ✓ Promoção da autoconsciência e desenvolvimento da capacidade autorreflexiva dos participantes, perspetivando o reconhecimento dos próprios sentimentos e das suas emoções;



- ✓ A promoção do suporte social e coesão grupal pela partilha de sentimentos e pensamentos;
- ✓ O desenvolvimento de habilidades sociais, tais como: de comunicação, assertivas de confronto, empáticas e de expressão de sentimentos positivos (conforme taxonomia apresentada por Del Prette & Del Prette, 2001 cit. in Bolsoni-Silva, 2002).

Em seguida são descritos de forma detalhada os procedimentos utilizados na sessão em referência:

1. Solicita-se ao grupo que se disponha sentado em forma de círculo no centro da sala;
2. Solicita-se aos participantes que respondam em grupo às seguintes questões:
  - a. Durante a semana pediram ajuda a alguém?
  - b. Alguém vos pediu ajuda?
  - c. Durante a semana pensaram na sessão? Se sim, pensaram o quê e em que situação?
  - d. A sessão da semana passada ajudou-vos a comportarem-se de forma diferente do que o habitual? Se sim, quais as mudanças que conseguem perceber em vocês?
3. Explicar aos participantes que a sessão consiste na seleção aleatória de um conjunto papéis com sentimentos descritos e a partilha de informações em decurso de pedidos realizados pelo terapeuta, os quais são realizados de forma aleatória pelos participantes. Os referidos pedidos são os seguintes:
  - a. Recorde e partilhe um episódio em que tenha sentido o sentimento retirado da caixa de cartão durante a época dos consumos;
  - b. Recorde e partilhe um episódio que demonstre a manifestação do sentimento retirado da caixa de cartão, por parte dos outros durante a época dos consumos da vossa parte;
  - c. Recorde e partilhe um episódio em que tenha sentido o sentimento retirado da caixa de cartão durante as recaídas;

- d. Recorde e partilhe um episódio que demonstre a manifestação do sentimento retirado da caixa de cartão por parte dos outros durante as vossas recaídas;
  - e. Recorde e partilhe um episódio da vida atual em que tenha sentido o sentimento retirado da caixa de cartão;
  - f. Recorde e partilhe um episódio da vida atual que demonstre a manifestação do sentimento retirado da caixa de cartão por parte dos outros.
4. No final da sessão deverão ser colocadas um conjunto de questões de avaliação da satisfação individual e grupal da sessão em referência:
- a. Como sentiram neste jogo?
  - b. O que acharam do jogo?
  - c. O que têm a dizer sobre o jogo?

#### 7º Sessão – Perceção sobre o Processo de Mudança

Esta sessão decorreu no dia 1 de Junho, pelas 11h00. Teve uma duração total de 1 hora e meia e decorreu numa das salas da comunidade terapêutica da Clínica do Outeiro destinada às atividades terapêuticas dos utentes.

A sessão de intervenção exigiu a utilização de um pano. Em relação aos objetivos terapêuticos podemos assinalar:

- ✓ A exploração da perceção individual e grupal em relação às mudanças ocorridas em consequência do processo terapêutico levado a cabo;
- ✓ A avaliação da satisfação individual e grupal em relação as sessões de intervenção;

Em seguida são descritos de forma detalhada os procedimentos utilizados na sessão em referência:

1. Solicitar aos indivíduos que reflitam sobre as sessões, ou seja, que realizem uma retrospectiva do processo. Deverá ser promovida a recordação das sessões através de um conjunto de questões, tais como:

- a. Como foi a 1ª sessão? A 2ª sessão? ...
  - b. Quem esteve presente nas sessões e a quais foram?
  - c. O que foi feito ao longo do processo?
  - d. O que foi trabalhado nas diversas sessões?
2. Após a promoção da recordação das sessões deverão ser colocadas as seguintes questões:
- a. Quais foram as vantagens destas sessões para vocês?
  - b. As sessões vos ajudaram em quê?
  - c. Como se sentem em relação às sessões?
  - d. O que acham que ganharam com as sessões?
  - e. O que acham que irão perder com o término das sessões?
  - f. O que acham que vão ganhar com o término das sessões?
  - g. Se pudessem continuar com as sessões o que gostariam de fazer?
  - h. O que mudariam na estrutura e conteúdo das sessões?
3. Explica-se aos participantes que a atividade que irá ser realizada consiste na manipulação dos elementos do grupo, como se estivessem a moldar barro. Estes participantes deverão manipular cada elemento do grupo de forma a representar:
- a. Como se veem (a si próprios) no início, a meio e no final das sessões;
  - b. Como veem os seus relacionamentos no início, a meio e no final das sessões.
4. Após moldarem os elementos do grupo em estátuas, os participantes deverão procurar explicar o significado atribuído a cada representação (estátua). Após o grupo comentar o seu significado, o participante que moldou as estátuas deverá explicar o significado de cada representação.

Após o término das sessões de intervenção foram aplicados novamente os instrumentos de recolha de dados (EVA, DAST, AUDIT, IHS, ESSS), possibilitando o estudo da eficácia da intervenção através da análise da significância estatística das mudanças observadas entre o pré e o pós-teste.

## **Instrumentos de Recolha de Informação**

### Questionário Sociodemográfico

Como anteriormente foi referido, o questionário sociodemográfico foi aplicado sobre a forma de entrevista pelos investigadores. O questionário é composto por um total de 26 questões subdividas em quatro secções, sendo estas: dados pessoais, agregado familiar, perturbações físicas e psicológicas e historial de consumos. Na secção dos dados pessoais foram analisados aspetos relacionados com a identificação do sujeito, idade, sexo, estado civil, localidade, distrito de residência e nacionalidade. Na secção do agregado familiar foram analisados aspetos relacionados com a presença ou ausência de suporte sociofamiliar. Na secção das perturbações físicas e mentais foi explorada a presença ou ausência de perturbações do próprio, bem como do agregado familiar de pertença. Na última secção foram analisados aspetos relativos à idade de início dos consumos, o motivo dos consumos, o historial de consumos, o período de abstinência, recaídas e seus motivos. Devido às próprias características do questionário, a informação recolhida pode estar sujeita a distorções relacionadas com a desejabilidade social, a negação de consumos e lapsos de memória. Neste sentido, foram apurados e confirmadas as informações fornecidas com recurso aos processos terapêuticos destes indivíduos, efetuados no contexto clínico da Clínica do Outeiro.

### EVA – Escala de Vinculação do Adulto

*Adult Attachment Scale* (ASS-R) da autoria de Collins e Read (1990) foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Canavarro (1999), passando a designar-se de Escala de Vinculação do Adulto - EVA (Canavarro, Dias, & Lima, 2006, p. 170). O referido instrumento procura avaliar “*as diferenças individuais na representação da vinculação*” (Soares, 2007, p. 126). É um instrumento de autorrelato, constituído por 18 itens que se agrupam em 3 dimensões, sendo estas: (1) conforto com a proximidade, (2) segurança/confiança nos outros e (3) ansiedade. É uma escala de cinco pontos, tipo Likert, em que as respostas podem variar de “*Nada característico de mim*” a “*Extremamente característico de*

*mim*". O referido instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, com um alfa de *Cronbach* entre .69 e .75 .

#### DAST – *Drug Abuse Screening Test*

O referido instrumento é uma escala constituída por 20 itens de resposta dicotómica. O *Drug Abuse Screening Test* (Dast) é de aplicação rápida, frequentemente aplicado em 5 minutos, e procura analisar o “*nível de gravidade dos consumos*”. Esta escala foi adaptada para a população portuguesa por Machado e Klein (2002) (cit. in Machado, Klein, & Farate, 2005).

#### AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

O referido instrumento foi desenvolvido por Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente e Grant (1993), tendo sido viabilizado pela Organização Mundial de Saúde. Este foi constituído como um método simples para identificar o consumo excessivo, permitindo a implementação de estratégias interventivas breves, com foco nos resultados obtidos. Este instrumento foi construído para profissionais de saúde. Contudo, pode ser aplicado pelo próprio ou por um profissional de outra área. É constituído por dez questões de resposta rápida acerca do recente consumo de álcool, sintomas de dependência alcoólica e problemas relacionados com este, podendo ser aplicado através de entrevista ou questionário. O referido instrumento de recolha de informação foi desenvolvido e avaliado durante um período temporal de duas décadas, demonstrando resultados precisos e consistentes independentemente da idade, sexo ou contexto cultural (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Roque da Cunha (2002).

#### IHS – Inventário de Habilidades Sociais

O referido instrumento foi desenvolvido por Del Prette e Del Prette (2000) e procura avaliar o repertório interpessoal dos indivíduos. Este instrumento é uma escala de autorrelato de cinco pontos de tipo Likert, em que as respostas podem variar de “*Nunca ou raramente*” a “*Sempre ou quase sempre*”. Esta escala é constituída por 38 itens que se agrupam em 5 dimensões, sendo estas: (1)

enfrentamento com risco, (2) autoafirmação na expressão de afeto positivo, (3) conversação e desenvoltura social, (4) autoexposição a desconhecidos ou a situações novas e (5) autocontrole da agressividade em situações aversivas. O referido instrumento apresenta boas propriedades psicométricas para a população brasileira, com um alfa de *Cronbach* de .75 (Bandeira, Costa, Prette, Prette, & Gerck-Carneiro, 2000; Prette, Prette, & Barreto, 1998). Esta escala foi adaptada e validada para a população portuguesa por Santana, Negreiros e Faria (2011), contudo ainda não existem dados relativos à sua validade para a população em referência.

#### ESSS – Escala de Satisfação e Suporte Social

O referido instrumento foi desenvolvido por Pais-Ribeiro (1999) e procura analisar o grau de satisfação com o suporte social. Este instrumento é uma escala de autorrelato de cinco pontos do tipo Likert, em que as respostas variam de “*Concordo totalmente*” a “*Discordo totalmente*”. Esta escala é constituída por 15 itens que se agrupam em quatro dimensões: (1) satisfação com amigos, (2) intimidade, (3) satisfação com a família e (4) atividades sociais. O referido instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, com um alfa de *Cronbach* de .83 (Pais-Ribeiro, 2011).

#### **Procedimentos de Análise de Dados**

A análise dos dados quantitativos obtidos foi realizado através do programa SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, versão 19. Na caracterização da amostra foram utilizados procedimentos estatísticos descritivos (análise de frequências, médias e desvios-padrão). Para avaliar a eficácia do programa de intervenção breve de natureza psicossocial utilizou-se o teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostra emparelhadas (pré e pós-teste). Foi selecionado este teste não paramétrico devido ao reduzido tamanho amostral (n=9) (Maroco, 2007).

Para a avaliação qualitativa da eficácia do programa de intervenção recorreu-se à metodologia *Template Analysis*, a qual procura, através da utilização de códigos previamente atribuídos (a *template*) analisar a informação qualitativa recolhida. Esta metodologia é caracterizada por um elevado grau de flexibilidade, permitindo

a “*adaptação do template ao longo da análise de dados*” (King 1998 cit. in Veloso, 2007). O *template* desenvolvido sumariza os temas identificados pelo investigador como importantes, organizando-os segundo o seu significado e de uma forma prática (King, 2012b). Esta metodologia assenta num conjunto de procedimentos, tais como: (1) a definição de temas iniciais, os quais podem ser modificados ou mesmo dispensados caso se demonstrem inapropriados ao conteúdo dos dados analisados; (2) a transcrição das entrevistas e a sua leitura; (3) início da codificação inicial, onde o investigador identifica as partes da transcrição relevantes às questões de investigação; (4) constituição do *template* inicial; (5) maturação do *template* a partir de toda a informação recolhida, sendo que este processo permite a constituição de novos temas sempre que os dados examinados assim o permitam; (5) constituição do *template* final; (6) utilização do *template* final para interpretar e redação dos resultados (King, 2012a).

## **Resultados**

### **Resultados Quantitativos**

A análise quantitativa dos dados recolhidos foi realizada com recurso ao teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostra emparelhadas (pré e pós-teste). Segundo Maroco (2007) este teste pode ser utilizado quando a “*distribuição normal da variável nas duas medições não se verifica e/ou não é possível (caso de amostra pequenas)*” (p. 306). Deste modo, e dado que o reduzido tamanho da amostra (n=9) optou-se por recorrer ao referido teste.

Nos resultados obtidos (tabela n.º 3) verifica-se:

1. Redução significativa no nível de dependência de drogas do momento antes da intervenção para o momento depois da intervenção ( $S_+=2.50$ ;  $S_-= 4.25$ ;  $Z=-1.961$ ;  $P_{ue}= 0.031$ ;  $N=9$ );
2. Redução significativa no nível de ansiedade percebida pelo indivíduo (em relação a “*questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser bem querido*”) do momento antes da intervenção para o momento depois da intervenção ( $S_+=3.25$ ;  $S_-= 5.50$ ;  $Z=-1.906$ ;  $P_{ue}= 0.035$ ;  $N=9$ );

3. Redução significativa do nível global de satisfação com o suporte social do momento antes da intervenção para o momento depois da intervenção ( $S_+=5.29$ ;  $S_-=4$ ;  $Z=-1.724$ ;  $P_{ue}=0.047$ ;  $N=9$ );
4. Redução significativa de habilidades sociais relacionadas com a autoafirmação e expressão de afeto positivo do momento antes da intervenção para o momento depois da intervenção ( $S_+=2$ ;  $S_-=5,33$ ;  $Z=-1.973$ ;  $P_{ue}=0.031$ ;  $N=9$ );
5. Redução significativa de habilidades sociais relacionadas com a conversação e desenvoltura social do momento antes da intervenção para o momento depois da intervenção ( $S_+=5.57$ ;  $S_-=3$ ;  $Z=-1.990$ ;  $P_{ue}=0.033$ ;  $N=9$ ).

Tabela 3. Resultados do Wilcoxon non parametric test

		<i>Wilcoxon Non Parametric Test (N=9)</i>			
		Z	$P_{ue}$	M (Ranks)	
DAST	Pré-Teste	-1.961	.031	S <sub>-</sub>	4.25
	Pós-Teste			S <sub>+</sub>	2.50
EVA (Ansiedade*)	Pré-Teste	-1.906	.035	S <sub>-</sub>	5.50
	Pós-Teste			S <sub>+</sub>	3.25
ESSS	Pré-Teste	-1.724	.047	S <sub>-</sub>	4
	Pós-Teste			S <sub>+</sub>	5.29
IHS (Autoafirmação de afeto positivo*)	Pré-Teste	-1.973	.031	S <sub>-</sub>	5.33
	Pós-Teste			S <sub>+</sub>	2
IHS (Conversação e Desenvoltura Social*)	Pré-Teste	-1.990	.033	S <sub>-</sub>	3
	Pós-Teste			S <sub>+</sub>	5.57

\* Dimensão do instrumento psicométrico.



## Resultados Qualitativos

A análise dos dados recolhidos foi realizada com recurso à metodologia *Template Analysis*. Na seguinte tabela é apresentado o *template* inicial e final, prosseguindo-se para a descrição detalhada dos resultados obtidos.

<i>Template Inicial</i>	<i>Template Final</i>
<p>Satisfação com processo terapêutico;</p> <p>Satisfação com o suporte social;</p> <p>Autoperceção das mudanças ocorridas:</p> <p>→<i>Confiança</i>;</p> <p>→<i>Aproximação</i>;</p> <p>→<i>Pedido de Ajuda</i>;</p> <p>→<i>Capacidade de perceber sentimentos e pensamentos no próprio e nos outros.</i></p>	<p>Satisfação com processo terapêutico:</p> <p>→<i>Sessões de desenvolvimento da confiança</i>;</p> <p>→<i>Sessões de promoção da aproximação e pedido de Ajuda</i>;</p> <p>→<i>Sessões de desenvolvimento da capacidade de perceber sentimentos e pensamentos no próprio e nos outros</i>;</p> <p>→<i>Programa de Intervenção psicossocial implementado</i>;</p> <p>→<i>Satisfação com o processo de mudança.</i></p> <p>Suporte Social:</p> <p>→<i>Grau de Satisfação</i>;</p> <p>→<i>Coesão Grupal.</i></p> <p>Autoperceção das mudanças ocorridas:</p> <p>→<i>Autoconceito</i>;</p> <p>→<i>Conflitos Interpessoais</i>;</p> <p>→<i>Confiança</i>;</p> <p>→<i>Aproximação</i>:</p> <p>    →<i>Aproximação e Intimidade.</i></p> <p>→<i>Pedido de Ajuda</i>;</p> <p>→<i>Capacidade de perceber sentimentos e pensamentos no próprio e nos outros</i>:</p> <p>    →<i>Compreensão e tolerância em relação aos outros.</i></p>

**Tabela n.º 4** – *Template* Inicial e Final

De seguida passamos para a descrição detalhada dos resultados obtidos através da análise de conteúdo segundo a metodologia referenciada.

1. Satisfação com o processo terapêutico:

a. Sessão para o desenvolvimento da confiança:

Os participantes apresentaram-se satisfeitos com o conteúdo da sessão de desenvolvimento de confiança (*“Eu gostei [...] achei que foi uma boa sessão. Se tivermos confiança um nos outros e isso [...] acho que é necessário, muito bom [...] se tivermos confiança e isso”* M.N.), considerando que a partilha permitiu aumentar a intimidade (*“Acho que o de bom da sessão da semana passada foi que assim conhecemos os problemas um dos outros também”* F.) e a confiança (*“Dá-nos mais confiança uns nos outros, sabermos um bocadinho mais de cada pessoa”* M.N.) entre os elementos do grupo. Os participantes consideraram que na sequência da sessão de desenvolvimento de confiança sentiram-se mais *“aliviados”* (*“Depois da sessão fiquei mais aliviado... ficamos sempre mais aliviados de dialogar com várias pessoas”* M.N.).

b. Sessão para a promoção da proximidade e pedido de ajuda:

Os participantes consideraram que a sessão destinada à promoção de proximidade e pedido de ajuda foi gratificante (*“Foi muito bom”* Grupo), permitindo promover uma maior aproximação, intimidade e confiança entre os elementos do grupo (*“Acho que melhorou a forma de dar as outras pessoas [...] eu depois destes grupos tenho me vindo aproximar e agora até brinco com eles [...] por isso, já se reflete uma maior confiança [...] eu antes entrava mais ríspido com eles, e agora já não. Já se nota uma diferença!”* F.). Consideraram, ainda, que o conteúdo da sessão permitiu observar a manifestação de comportamentos responsivos para com as necessidades emocionais do outro, bem como o desempenho de base segura (*“Foi um diálogo mais demonstrativo [...] mais trabalhado, com outras palavras [...] mais explícito. Queria frisar uma coisa excelente da parte do F. [...] o convite para ir passar uns meses ao Brasil e ao mesmo tempo arranjar trabalho [...] e até ofereceu para arranjar trabalho. Eu*

*gostei da maneira como o F. tentou ou quis ajudar [...] transmitiu-lhe confiança”* I. e M.N.). Segundo os participantes a sessão em questão permitiu também desenvolver formas de reaproximação a outros significativos (“*Foi muito bom, me fez ver os pontos que não tinha esquecido mas deixado lá. Ainda não fiz, ainda não mantive contato com os outros amigos que eu deixei de lado e as pessoas mais próximas. Agora preciso de um tempo mais para mim mas assim que puder vou retomar o contato com essas pessoas!*” F.).

c. Sessão para o desenvolvimento da capacidade de perceber sentimentos e pensamentos no próprio e nos outros

Os participantes consideraram que o conteúdo da sessão destinada ao desenvolvimento da capacidade de perceber sentimentos e pensamentos no próprio e nos outros foi gratificante (“*Eu senti-me bem, gostei do jogo [...] foi divertido [...] engraçado [...] produtivo*” I. e A.), tendo promovido um autoconceito adequado à realidade atual dos utentes (“*Acho que o mais importante é que nos faz lembrar as pessoas que éramos antes e a pessoa que somos hoje em dia, isso é muito bom para nós, gratificante*” F.).

d. Satisfação com a estrutura e conteúdo do programa de intervenção

Os intervenientes consideraram-se satisfeitos com a estrutura do programa terapêutico, considerando as sessões positivamente diferentes daquelas que conhecem (“*é um grupo diferente daqueles que estamos habituados, aqui temos outra. Aqui fazemos terapia mas de forma diferente, é construtiva e é positivo*” M.)

e. Satisfação com o processo de mudança

Os participantes consideraram que a intervenção foi “*produtiva*” e uma “*mais-valia*” para o seu processo de reabilitação, permitindo que se tornem mais resilientes (“*Eu acho que para mim foi uma mais-valia, todo o género destes grupos tornam-nos [...] sei lá mais fortes. Foi muito produtivo, todos nós que viemos para o grupo*” M.N. e F.). Consideraram, ainda, que as sessões de intervenção possibilitaram o relaxamento e promoveram uma maior predisposição

para partilhar (*“Ao longo das etapas dos grupos sentimo-nos mais relaxados, mais acomodados connosco, mais abertos”* F.), sentindo-se satisfeitos com o programa de intervenção psicossocial implementado (*“Satisfação e descontração. À vontade”* M.N.).

## 2. Satisfação com o Suporte Social

### a. Grau de satisfação

Alguns participantes apresentaram-se pouco satisfeitos em relação ao grupo de pares fora da comunidade terapêutica, considerando que os seus relacionamentos sociais se degradaram devido ao consumo de droga (*“Não tenho ninguém, foi-se tudo... de momento não tenho”* A.). Apesar do referido, os participantes consideraram que procuram desenvolver esforços comportamentais para *“reconquistar”* estes relacionamentos (*“E aqueles que eram verdadeiros amigos e que eu os perdi, estou a fazer para reconquistá-los novamente”* F.). Em relação com o anteriormente referido, um dos participantes do grupo de intervenção apresentou-se satisfeito com o grupo de pares fora da comunidade terapêutica, considerando que se sente *“seguro”* (*“Eu tenho dois amigos que têm a liberdade de chegar aqui, vêm me buscar [...] um/dois dias [...] não há problema nenhum. Eles ajudam e cuidam de mim e não deixam me ir consumir. Ao mesmo tempo que são amigos carinhosos, olham por mim também [...] são amigos mesmo [...] verdadeiros amigos. Sinto-me seguro”* M.N.).

Apesar do anteriormente referido os participantes apresentaram-se satisfeitos com os relacionamentos que estabelecem com os restantes utentes, sendo estes baseados na prestação de cuidados e na confiança (*“Dou-me bem [...] sinto o apoio deles, sinto a amizade deles, confiança”* Grupo). Estes ainda consideraram-se satisfeitos com o suporte social promovido pelas sessões de intervenção, considerando estes relacionamentos sociais baseados na educação, respeito, responsividade e disponibilidade na prestação de cuidados (*“tenho mais sorte com os outros grupos [referência a indivíduos dos restantes grupos de tratamento da instituição] que não me faltam ao respeito, são educados, são meus amigos, apoiam-me, tenho mais apoio deles [...] tem mostrado ser meus amigos”* A.).

#### b. Coesão grupal

Os participantes do grupo de intervenção apresentaram uma maior coesão grupal, marcada por uma maior aproximação, capacidade de perceber pensamentos e sentimentos nos outros, intimidade e confiança (*“Acho que melhorou a forma de dar as outras pessoas [...] eu estou a lidar melhor com as pessoas, já vejo outras pessoas com outros olhos [...] eu depois destes grupos tenho me vindo aproximar e agora até brinco com eles [...] por isso, já se reflete uma maior confiança [...] eu antes entrava mais ríspido com eles, e agora já não. Já se nota uma diferença! Depois de estar aqui com eles, já lhes guardava a mesa porque sabia que tinha que aturar aqueles quatro”* F e M.N.).

Os participantes do grupo de intervenção perceberam uma maior coesão grupal, pautada por uma maior comunicação, união e intimidade, sentindo gratificados (*“É porque também somos de grupos diferente [...] estamos unidos, temos mais comunicação [...] começamo-nos a conhecer melhor a eles e eles a nós [...] acho que é bom”* A.).

### 3. Autoperceção das mudanças ocorridas

#### a. Autoconceito

Os participantes consideram que as sessões de intervenção permitiram, pela promoção de recordações, adequar melhor a imagem de si próprio à realidade atual (*“Faz lembrar o que nós eramos e o que nós estamos a ser e o que nós ainda podíamos vir a ser”* M.).

#### b. Conflitos interpessoais

Os participantes do grupo de intervenção consideram-se mais aptos a lidar com situações de conflito, fenómeno que reconhecem que foi promovido pelas sessões de grupo e pelas terapias da comunidade terapêutica da Clínica do Outeiro (*“Já estávamos mais preparados para isso [lidar com conflitos interpessoais] também derivado do grupos que a gente tem [...] ajuda-nos, dá-nos mais força”* J.)

### c. Confiança

Os pacientes perceberam diferenças ao nível da confiança, considerando que a sua confiança nos elementos do grupo de intervenção aumentou na sequência das sessões, sentindo-se gratificados (*“na primeira vez [...] irritava-me um bocado e eu depois destes grupos tenho me vindo aproximar e agora até brinco com eles [...] por isso, já se reflete uma maior confiança [...] e eu antes entrava mais ríspido com eles, e agora já não. Já se nota uma diferença!”* M.N.). Com a evolução das sessões de intervenção perceberam um aumento considerável da confiança nos elementos do grupo (*“A conhecermo-nos mais uns aos outros, ter confiança nos outros e sermos mais amigos [...] Já temos mais confiança uns com os outros, mais segurança”* A. e M.N.), considerando-os como responsivos e disponíveis para com as suas necessidades (*“eu sei que não me posso isolar e sei que posso contar sempre com outras pessoas”* F.). Consideram, de igual forma, que as sessões permitiram aumentar a confiança no próprio (*“Para mim foi muito produtivo, me deu mais confiança em mim mesmo”* F.), bem como a perceção de segurança (*“ganhamos mais segurança”* A.).

Os participantes consideraram que a intervenção sobre a confiança foi um dos pontos fortes das sessões implementadas (*“Um dos fatores mais importante que este grupo nos deu”* M.N.).

### d. Proximidade

Os participantes perceberam uma maior proximidade entre os elementos do grupo de intervenção (*“Eu gostava de dizer uma coisa em relação a este grupo, vocês são espetaculares, têm feitos espetaculares, mas os outros que estão aqui são testemunha que eu na primeira vez [...] irritava-me um bocado e eu depois destes grupos tenho me vindo aproximar e agora até brinco com eles”* M.N.). Atribuíram essa aproximação às sessões de intervenção, considerando que as mesmas permitiram um melhor conhecimento mútuo (*“A conhecermo-nos mais uns aos outros, ter confiança nos outros e sermos mais amigos [...] com estes grupos houve outra aproximação”* A. e M.N.). Os participantes reconheceram que antes da intervenção procuravam frequentemente isolar-se, situação que modificou-se no decurso das sessões de intervenção, considerando atualmente que

procuram estar acompanhados de outros considerados significativos (*“Antigamente qualquer coisa que eu ficava empurrado ao invés de conversar com outras pessoas [...] eu ficava mais afastado, preferia ficar só para não ficar chateado, nem falar alguma coisa para chatear ninguém, mas hoje em dia vejo que isso é bem pior [...] eu sei que não me posso isolar e sei que posso contar sempre com outras pessoas [...] e isso é uma das melhores coisas que eu tenho aprendido neste grupo”* F.).

i. Intimidade

Os intervenientes consideraram que em consequência da intervenção implementada ocorreu uma maior aproximação e aumento da intimidade entre os elementos do grupo de intervenção (*“Acho que melhorou a forma de dar às outras pessoas [...] acho que tem dias em que estamos chateados connosco próprios e com o mundo [...] e estão dispostos a conversar e a ouvir, a brincar”; aprende-se a conhecer melhor as pessoas [...] a conhecer intimamente mais um pouco”* F. e M.).

e. Pedido de ajuda

Os participantes consideraram que em consequência da aproximação e do desenvolvimento de intimidade entre os elementos do grupo, o pedido de ajuda é atualmente realizado com uma maior facilidade (*“Eu por exemplo era capaz de chegar ao pé do F. [...] só ter um problemzinho qualquer e pedir-lhe uma opinião ou isso, mas agora sinto-me à vontade para chegar ao pé dele e - olha passa-se isto e aquilo - [...] ou ao F.D.”* M.N.).

f. Capacidade de perceber sentimentos e pensamentos no próprio e nos outros

i. Compreensão e tolerância em relação aos outros

Os participantes consideraram que as sessões de intervenção permitiram uma melhor compreensão do comportamento manifestado pelos outros, promovendo uma melhor forma de lidar com estes (*“Mas no meu caso eu estou a lidar melhor com as pessoas, já vejo outras pessoas com outros olhos [...] e outras pessoas que*

*tinham problemas mas eu não enxergava tanto os problemas delas, enxergava mais como se fossem defeitos” F.). Os participantes ainda consideraram que as sessões de intervenção permitiram perceber adequadamente os pensamentos dos elementos do grupo, situação promovida pela partilha de informação (“Ajuda a perceber a maneira de pensar, por exemplo, daquele colega em que antes era só - bom dia ou boa tarde. Assim uma pessoa conhecendo-a e falando com ele” M.N.).*

## **Discussão de Resultados**

Dentro do contexto das toxicodependências é frequente o surgimento de histórias desenvolvimentais caracterizadas por experiências vinculativas disfuncionais (Andersson & Eisemann, 2003). A revisão da literatura permitiu verificar que os relacionamentos vinculativos precoces são um importante fator preditivo do consumo posterior (Rohner & Britner, 2002), bem como demonstrou uma elevada prevalência de estilos de vinculação inseguros na população toxicodependente (Finzi-Dottan et al., 2003). Deste modo, torna-se notória a relação entre a vinculação e a toxicodependência.

Segundo Caspers, Yucuis, Troutman e Spinks (2006) é fundamental ter em consideração os precedentes vinculativos do indivíduo toxicodependente, devendo-se intervir neste domínio conjuntamente com o tratamento da dependência de drogas, procurando maximizar os possíveis sucessos terapêuticos. Nesta linha teórica foi desenvolvido um programa de intervenção focado num conjunto de fatores relacionais, fundamentais para os relacionamentos afetivos que estes indivíduos estabelecem, sendo estes, a confiança, a proximidade e pedido de ajuda e a capacidade de perceber sentimentos e pensamentos (estados mentais) do próprio e dos outros. O foco das sessões de intervenção obedeceu a um conjunto de informações recolhidas a partir da revisão da literatura que demonstram que indivíduos toxicodependentes apresentam índices altos de receio de intimidade e ansiedade relacionada com a proximidade interpessoal (Torres, Sanches & Neto, 2004), os quais poderão potenciar o posterior surgimento de problemas emocionais. A revisão da literatura também permitiu



verificar a presença de índices reduzidos de confiança (nos outros) na população toxicod dependente, o que por sua vez, dificulta o comportamento de proximidade relacional e a aquisição de suporte emocional (Geadá, 1990). Tendo em consideração os contributos da teoria da vinculação para o processo psicoterapêutico demonstrou-se fundamental intervir sobre a capacidade de perceber adequadamente os estados emocionais do próprio, bem como dos indivíduos significativos que o rodeiam (Fonagy et al., 1995, 2002).

A análise estatística dos resultados obtidos no pré e pós-teste permitiu verificar uma redução significativa dos níveis de ansiedade relativa ao receio de abandono; do nível de dependência de drogas; da satisfação com o suporte social e das habilidades sociais relacionadas com a conversação e desenvoltura social, e a autoafirmação na expressão de afeto positivo.

Neste sentido, o programa de intervenção psicossocial proposto mostra-se eficaz ao nível da redução dos níveis de ansiedade relacionados com questões interpessoais (receio de abandono ou de não ser desejado). Apesar de se verificar uma redução da ansiedade, as restantes dimensões da escala de vinculação no adulto (*conforto com a proximidade* e *confiança dos outros*) não apresentam relevância estatística. A dimensão do *conforto com a proximidade* relaciona-se com o nível de conforto experienciado pelo sujeito no que concerne à *proximidade e intimidade*. A dimensão da *confiança nos outros* relaciona-se com o nível de confiança e com a perceção no que concerne à disponibilidade dos outros. A análise do conteúdo permitiu verificar que os participantes percebem uma maior aproximação, confiança e intimidade em relação aos elementos do grupo, caracterizando-os como disponíveis e responsivos para com as suas necessidades, considerando ainda que estas mudanças surgem em consequência das sessões de intervenção implementadas (estabelecimento de uma base de segura). Segundo Mikulincer e Shaver (2012), e de acordo com a teoria de vinculação o estabelecimento de relacionamentos com figuras fornecedoras de suporte e disponíveis permite ao indivíduo a experiência de segurança, de emoções positivas (satisfação, amor, alívio, entre outras), bem como promove a aquisição de recursos psicológicos que permite ao indivíduo lidar com problemas e adversidades. A análise detalhada dos resultados quantitativos obtidos nestas

dimensões no momento pré e pós intervenção permitiu verificar que os resultados obtidos na dimensão *conforto com a proximidade* apresentam-se dentro dos valores normativos e mantêm-se estáveis entre o pré e pós-teste, enquanto que na dimensão, *confiança nos outros*, apresentam um ligeiro acréscimo após a implementação do programa de intervenção, embora se mantenham abaixo dos valores normativos anteriormente descrito. O resultado poderá ser explicado pela crença de que “*na droga não se pode confiar em ninguém*”, constantemente reforçada pelos participantes. A análise do discurso dos sujeitos permitiu verificar que os participantes não confiam totalmente nos outros (“*Confiar totalmente, não confio*”; É fácil para vocês confiarem nos outros? “*Não*”), sentindo-se receosos em dar demasiada confiança (“*Sim. Podem nos trair [...] se confiarmos demais*”), de forma especial em relação aos “*amigos da droga*”. Como afirmou Schindler et al. (2005), a conduta aditiva afeta a qualidade dos relacionamentos interpessoais que o indivíduo estabelece, podendo conduzir ou reforçar padrões de vinculação inseguros. Soares (2006) também refere que indivíduos com experiências adversas e com estilos de vinculação inseguros têm uma maior probabilidade de assimilar representações do self e dos outros como “*imprevisíveis, marcadas pela desconfiança, pela desvalorização ou pela ambivalência*” (p. 196). Deste modo, a dificuldade sentida pelos participantes em confiar nos outros poderá ser consequência da prolongada influência da conduta aditiva na qualidade dos relacionamentos interpessoais estabelecidos, bem como das experiências adversas, sendo necessário estender as sessões do programa de intervenção de forma a intervir com maior enfoque neste domínio. Tendo em consideração os valores médios estabelecidos por Canavarro et al. (2006) para cada dimensão, na adaptação e validação do EVA para a população portuguesa os participantes da amostra tendem para um estilo de vinculação evitante, fenómeno sustentado pela revisão literária que apresenta uma correlação positiva entre o estilo de vinculação evitante e a adição (Finzi-Dottan et al., 2003; Mickelson et al., 1997).

A extensão da intervenção a um maior número de sessões poderia ainda clarificar os resultados quantitativos e qualitativos obtidos na dimensão da confiança nos outros, permitindo verificar se o aumento percebido pelos participantes no que se refere à confiança, aproximação e intimidade se estenderia aos elementos exteriores ao grupo de intervenção.

Verifica-se, de igual forma, uma redução significativa da satisfação com o suporte social em consequência da intervenção. Por outro lado, segundo o discurso dos participantes estes, consideram-se satisfeitos com o suporte social promovido pelas sessões de intervenção, apresentando uma maior coesão grupal marcada por uma maior comunicação, união e intimidade. Este resultado poderá ser explicado pela situação de regime de internamento em que os participantes se encontram, a qual condiciona o acesso ao exterior da comunidade terapêutica como também limita as atividades sociais em que os indivíduos participam, podendo esta situação, conduzir ao afastamento do grupo de pares exterior à comunidade terapêutica, e conseqüentemente, reduzir a sua satisfação com o suporte social (*“aqui estamos habituados a terapia, terapia”*).

Em relação à severidade da dependência de drogas foi possível verificar uma redução significativa na sequência da intervenção. Analisando detalhadamente os resultados obtidos, podemos verificar que a gravidade da dependência reduziu de um nível considerado substancial (valor entre 11-15) para um nível intermédio (valor entre 6-10) (Skinner, 2008). Em relação à dependência alcoólica os resultados obtidos não apresentaram relevância estatística, contudo apesar da ausência de significância, podemos verificar que os níveis de dependência sofreram uma redução do pré para o pós-teste, demonstrando um consumo de álcool ligeiro com necessidade de intervenção ao nível da psicoeducação (Babor et al., 2001).

Em relação às habilidades sociais verificamos uma redução significativa ao nível das dimensões: autoafirmação e expressão de afeto positivo e conversação e desenvoltura social. A dimensão, autoafirmação e expressão de afeto positivo, refere-se às *“demandas interpessoais de expressão de afeto positivo e de afirmação da autoestima”* (Prette et al., 1998, p. 224). A dimensão, conversação e desenvoltura social refere-se a *“situações sociais neutras de aproximação com*

*risco mínimo de reação indesejável, demandando, principalmente traquejo social na conversação*”(Prette et al., 1998, p. 224). Apesar dos resultados obtidos na análise quantitativa, a análise do conteúdo permitiu verificar que os participantes percecionam uma maior facilidade para identificar pensamentos e sentimentos dos outros (“Ajuda a perceber a maneira de pensar, por exemplo, daquele colega em que antes era só bom dia ou boa tarde”), como também se percecionam mais hábeis para compreender o comportamento manifestado e lidar mais eficazmente com os outros (“estou a lidar melhor com as pessoas, já vejo outras pessoas com outros olhos”). Seria importante realizar um *follow-up* dos resultados, permitindo esclarecer os resultados obtidos no inventário de habilidade sociais de Del Prette e Del Prette (2000).

De forma geral, os participantes consideram-se globalmente satisfeitos com o processo interventivo levado a cabo. Contudo, não podemos descurar o fato das sessões de intervenção implementadas representarem uma novidade face ao tratamento em que participavam. Também é importante considerar que os resultados obtidos poderão ser fruto da intervenção da Clínica do Outeiro sobre a conduta aditiva dos seus utentes combinada com o programa de intervenção psicossocial. Em contraponto, a análise de conteúdo permitiu verificar que os participantes percecionam mudanças positivas ao nível da confiança, aproximação e pedido de ajuda, bem como também ao nível da compreensão e da tolerância face aos outros, atribuindo-as às sessões de intervenção realizadas.

Sob um ponto de vista crítico, seria pertinente estender o número de sessões de intervenção perspetivando o desenvolvimento e a solidificação dos domínios interventivos. Algumas das diferenças encontradas entre os dados quantitativos e qualitativos podem ser explicados por fenómenos de desejabilidade social, sendo pertinente realizar um *follow-up*, com o intuito de clarificar estes resultados.

## CONCLUSÃO

A implementação de um programa de intervenção psicossocial numa amostra de indivíduos toxicod dependentes demonstrou resultados interessantes do ponto de vista interventivo. O estudo de eficácia do referido programa permitiu verificar que este permite a redução dos níveis de ansiedade relacionada com questões interpessoais (Canavarro, Dias, & Lima, 2006), bem como permite a redução da gravidade da dependência química, embora a este nível possa estar também a interferir com o programa terapêutico da Clínica do Outeiro, ao qual os sujeitos já estão sujeitos. Neste sentido, sugere-se a replicação dos resultados com um grupo de controlo, constituído por participantes que não foram sujeitos ao programa de intervenção proposto.

No decurso do processo interventivo os participantes perceberam uma maior proximidade relacional com os elementos do grupo, bem como consideraram que as sessões propostas ajudaram a promover uma maior confiança e intimidade entre os elementos do grupo. Apesar de perceberem mudanças ao nível da proximidade e confiança, os resultados quantitativos não demonstram significância estatística, sendo contudo necessário constatar que a dimensão conforto com a proximidade apresenta resultados normativos que se mantêm, enquanto que a dimensão confiança nos outros apresenta um ligeiro aumento, embora abaixo da norma (Canavarro et al., 2006). Os resultados obtidos na dimensão confiança nos outros podem ser explicados pelas consequências dos consumos nos relacionamentos interpessoais que indivíduo estabelece (Schindler et al., 2005). Também consideraram que os relacionamentos afetivos estabelecidos em decurso das sessões se caracterizam pela disponibilidade e responsividade na satisfação das necessidades emocionais, percepção que permitiu experienciarem sentimentos de segurança necessários à aquisição de recursos para melhor lidarem com os problemas e as adversidades com que se vão deparando (Mikulincer & Shaver, 2012).

A exploração da satisfação grupal com o suporte social permitiu verificar que os participantes se consideram satisfeitos, apresentando uma maior coesão grupal no término do programa. Apesar de se considerarem satisfeitos com o suporte

social promovido, os dados quantitativos diferem dos discursos apresentados pelos participantes, demonstrando uma diminuição significativa da sua satisfação, o que pode ser explicado pela situação de regime de internamento em que os participantes se encontram atualmente, o qual limita o seu acesso ao exterior e a possíveis situações de risco de recaída.

No término do programa terapêutico os participantes consideraram-se globalmente satisfeitos, caracterizando o processo como produtivo para o seu processo de reabilitação.

A presente investigação permite adquirir uma visão psicoterapêutica distinta do que habitualmente é realizado ao nível da intervenção em domínios como a vinculação e a toxicodependência. Com esta investigação procura-se sensibilizar a comunidade científica para análise e a consideração de aspetos relacionados com a organização do sistema de vinculação de indivíduos toxicodependentes, a qual não deverá ser negligenciada pelo foco exclusivo no tratamento da dependência, sob o risco de minimizar os possíveis sucessos terapêuticos (Caspers et al., 2006). Apesar da relevância do presente estudo é preciso ter consideração a necessidade de alargar a intervenção a um maior número de indivíduos, bem como realizar um *follow-up* aos participantes do programa de intervenção. Futuramente, também será relevante estender as sessões de intervenção, procurando intervir com maior enfoque nos domínios propostos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M., & Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 41(1), 49-67.
- Albee, G. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 32, 150-161.
- Allen, J. & Hauser, S. (1996). Autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of young adults' states of mind regarding attachment. *Development and Psychopathology*, 8(4), 793-809.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, T & Schiff, E. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions towards psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59(2), 213-239.
- Anderson, A. & Henry, C. (1994). Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use. *Adolescence*, 29(114), 405-420.
- Andersson, P. & Perris, C. (2000). Experiences of parental rearing and patterns of attachment in adulthood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 279-288.
- Andersson, P. & Eisemann, M. (2003). Parental rearing and individual vulnerability to drug addiction: A controlled study in a Swedish sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 147-156.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care* (2 ed.). Geneva: World Health Organization.
- Bandeira, M., Costa, M., Prette, Del, Prette, Del, & Gerk-Carneiro, E. (2000). Qualidade psicométricas do Inventário de Habilidade Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 401-419.

- Becoña, E. & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Batista, N. (2010). Padrões relacionais "tóxico-dependentes" (Dissertação de Mestrado, não publicada). Lisboa: Faculdade de Psicologia. Retirado de: Repositório da Universidade de Lisboa ([http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2496/1/ulfp035805\\_tm.PDF](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2496/1/ulfp035805_tm.PDF))
- Bolsoni-Silva, A. (2005). Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6(2), 233-242.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 237-252. doi: 10.1002/1097-0355(199023)11:3<237::AID-IMHJ2280110306>3.0.CO;2-X
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28(5), 759-755. doi: 10.1037/0012-1649.28.5.759
- Bretherton, I., & Munholland, K. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationship. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Critical Applications* (pp. 102-127). New York: Guilford Press
- Brody, G. & Forehand, R. (1993). Prospective association among family, family processes and adolescents alcohol and drug usage. *Behavior Therapy and Research*, 31, 587-593.
- Canavarro, M., 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.
- Cardoso, C. (2001). Droga: um problema de saúde pública. *Saúde Mental*, 3(4), 9-17.
- Carranza, D., & Pedrão, L. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 836-844. doi: 10.1590/S0104-11692005000700011



- Caspers, K., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1 (1), 32.
- Cassidy, J. (2008). The nature of the child's tie. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-29). New York: Guilford Press.
- Catalano, R. & Hawkins, J. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. In J. Hawkins (Ed.). *Delinquency and Crime: current theories* (pp. 149-197). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cunha, J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação do consumo excessivo de álcool*. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K., & Albus, K. (2008). Attachment and Psychopathology in Adulthood. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 718-744). New York: Guilford Press.
- Escohotado, A. (2004). *Historia general de las drogas* (6º ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Fernandes, L. (1990). *Os pós modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas: estudo teórico-metodológico e pesquisa de terreno*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto. Retirado de: repositório aberto da Universidade do Porto (<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15119/2/57122.pdf>)
- Ferros, L. . (2011). *Toxicodependência: Afectos e Psicopatologia* (Legis Ed.). Porto: Livpsic - Edições de Psicologia.
- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion, and adaptability. *Substance use & misuse*, 38(2), 271-292.
- Fiore-Correia, O., Lampreia, C., & Sollero-de-Campos, F. (2010). As falhas na emergência da autoconsciência na criança autista. *Psicologia Clínica*, 22(1).

- Flores, F. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. United States of America: Rowman & Littlefield Publishers.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Fonagy, P. (1999). Attachment, the development of the self, and its pathology in personality disorders *Treatment of personality disorders* (pp. 53-68): Springer.
- Fonagy, P. Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. (2006). The mentalization - focused approach to social development. In J. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 53-100). Chichester, Uk: Wiley.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15.
- Fonte, C. (2006). Comportamentos aditivos, conceito de droga, classificações de droga e tipos de consumo. *Revista da Faculdade de Ciências e da Saúde do Porto*, 3, 104 -112.
- Fonte, C. (2007). O consumo de drogas e os comportamentos aditivos: alguns modelos teórico-explicativos. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 238-250.
- Fraley, R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151.
- Garcia-Mijares, M., & Silva, M. (2006). Dependência de Drogas. *Psicologia USP*, 17(4), 213-240. doi: 10.1590/S0103-65642006000400012
- 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.

- George, F. (2012). Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo do álcool no adulto *Norma da Direção Geral da Saúde*. Lisboa: Direção da Saúde.
- Goldberg, S. (1993). Recent developments in attachment theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(6), 393-400.
- Goldberg, D. (2003). Vulnerability, destabilization and restitution in anxious depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(418), 81-82.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hazan & Shaver (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Iglesias, E. (2003). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- Khantzian, E. (1985). The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
- King, N. (2012a). The Technique. *Template Analysis*. Retirado em 14-08-2013
- King, N. (2012b). What is Template Analysis? *Template Analysis*. Retirado de: [http://hhs.hud.ac.uk/w2/research/template\\_analysis/whatis.htm](http://hhs.hud.ac.uk/w2/research/template_analysis/whatis.htm)
- Kumpfer, K. (1998). Selective Prevention interventions: The strengthening families program. In Ashery, R., Robertson, E. & Kumpfer, K. (Eds.), *Drug abuse prevention throug family interventions* (pp. 160-207). Rockville: National Institute on Drug Abuse (NIDA)
- Laranjeira, R., Oliveira, R., Nobre, M., & Bernardo, W. (2003). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnósticos e tratamento* (pp. 120). São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo/Associação Médica Brasileira.
- Machado, P., Klein, J., & Farate, C. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 19-29.

- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (M. Robalo Ed. 3º ed.). Lisboa: Sílabo.
- Martins, E., & Corrêa, A. (2004). Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(esp), 398-405. doi: 10.1590/S0104-11692004000700015
- Michael, H. (1999). Psicoterapia Breve de Orientação Dinâmica. In S. Bloch (Ed.), *Uma Introdução às Psicoterapias*. Lisboa: Climepsi.
- Mickelson, K., Kessler, R. , & Shaver, P. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology; Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092. doi: 10.1037/0022-3514.73.5.1092
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Moen, C. & Ohlund, L. (2003). Negative memories of childhood and current drug abuse use. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 303-308.
- Muchata, T. (2011). Representação da vinculação e problemas de internalização e externalização em crianças de idade escolar em contexto de toxicodpendência parental (Tese de doutoramento não publicada). Braga: Universidade do Minho. Retirado de: Repositório – Repositório institucional da Universidade do Minho (<http://hdl.handle.net/1822/19751>)
- Myers, M., Stewart, B., Brown, S. (1998). Progress from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescents substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 155, 479-485.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroíno dependentes – características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária Editora.
- Nóbrega, M., Simich, L., Strike, C., Brands, B., Giesbrecht, N., & Khenti, A. (2012). Policonsumo simultâneo de drogas entre estudantes de graduação da área de ciências da saúde de uma universidade: implicações de gênero, sociais e legais, Santo André-Brasil. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21, 25-33. doi: 10.1590/S0104-07072012000500003
- Nunes, L. (2010). *Análise biográfica do estilo de vinculação e da personalidade em indivíduos com história de abuso de substâncias e condutas delinquentes*

- (Tese de doutoramento não publicada). Retirado de: Repositório institucional da Universidade Fernando Pessoa (<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1522/1/teseLauraNunes.pdf>)
- Nunes, L., & Jólluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adicção: um manual para estudantes e profissionais de saúde* (1º ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, OEDT. (2011). Relatório anual 2011: a evolução do fenómeno da droga na União Europeia. Portugal.
- Organização Mundial de Saúde, OMS. (2006). Psychoactive substances Retrieved 11-06-2013, from [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/psychoactive\\_substances/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/index.html)
- Pacheco, J., Jesus, S., Murcho, N., & Pacheco, A. (2010). *Factores de risco e de protecção das toxicodependências em crianças e jovens adolescentes: contributos para a sua compreensão* Vol. 17. *Mudanças-Psicologia da Saúde* (pp. 33-38).
- Pais-Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social* (1º ed.). Lisboa: Placebo.
- 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.
- Prata, I. (2000). Intervenções psicológicas nas toxicodependências: Algumas questões. *Revista Toxicodependências*, 6(2), 45-47.
- Pratta, E., & Santos, M. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 203-211. doi: 10.1590/S0102-37722009000200008
- Prette, Z., Prette, A., & Barreto, M. (1998). Análise de um Inventário de Habilidades Sociais (IHS) em uma Amostra de Universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14(4), 219-228.

- Rhodes, J. & Jason, L. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. New York: Pergamon
- Rohner, R. & Britner, P. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research*, 36(1), 16-47.
- Sable, P. (1992). Attachment theory: Applications to clinical practice with adults. *Clinical Social Work Journal*, 20(3), 271-283.
- Schindler, D., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., KÜstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & human development*, 7(3), 207-228. doi: 10.1080/14616730500173918
- Schuckit, A. (1998). *Abuso de álcool e drogas* (3rd ed.). Lisboa: Climepsi.
- Skinner, H. (2008). Guide for using the drug abuse screening test (DAST). Retirado de: [https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Ffatta-chements.cfm%2Fatt\\_61480\\_EN\\_DAST%25202008.pdf&ei=mVUSUraaCNSEhQfd44GIDA&usg=AFQjCNFFcKYckfZgcVfYMK402sW2GbJ85A&sig2=iirRG0d\\_0alH3HwU0\\_IMOg](https://www.google.com/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Ffatta-chements.cfm%2Fatt_61480_EN_DAST%25202008.pdf&ei=mVUSUraaCNSEhQfd44GIDA&usg=AFQjCNFFcKYckfZgcVfYMK402sW2GbJ85A&sig2=iirRG0d_0alH3HwU0_IMOg)
- Slade, A. (2008). The Implications of Attachment Theory and Research for adult Psychotherapy: Research and Clinical Perspectives. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 762-782). New York: Guilford Press.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psicoequilíbrios.
- Sroufe, L., Carlson, E., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of Attachment Theory for Development Psychopathology. *Developmental and Psychopathology*, 1(13).
- Torres, N. & Ribeiro, J. (2001). *A pedra e o charco. Sobre o conhecimento e a intervenção nas drogas*. Lisboa: Íman.

- Torres, Sanches & Neto (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes e estudantes. *Toxicodependências*, 10 (3), 57-70.
- Torres, N. (2008). *Disorders of emotional containment and their somatic correlates: The protomental nature of addictions, self-harm and non-communicable diseases* (Tese de Doutorado não publicada). Centre for Psychoanalytic Studies, University of Essex. Retirado de: repositório do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (<http://hdl.handle.net/10400.12/1678>)
- Torres, N., Chagas, T. & Ribeiro, J. (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoativas: Um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressupostos básicos de W. R. Bion. *Toxicodependências*, 14(3), 35-48.
- Torres, N. & Oliveira, D. (2010). Vinculação e Sistema de Prestação de cuidados em dependentes de substâncias em tratamento. Adaptação Portuguesa do Questionário de Prestação de Cuidados. *Revista Toxicodependências*, 16(2), 3-14.
- Troisi, A. & Argenio, A. (2004). The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: The role of insecure attachment. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 269-272.
- Veloso, A. (2007). *O Impacto da Gestão de Recursos Humanos na Performance Organizacional*. (Tese de Doutorado), Universidade do Minho, Braga.
- Wahler, R. (1997). On the origins of children's compliance and opposition: Family context, reinforcement and rules. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2), 191-208.
- World Health Report, WHO. (1970). Expert committee on drug dependence *Technical Report Series*. Geneva.
- Zangwill, O. (1980). Kenneth Craik: The man and his work. *British Journal of Psychology*, 71(1), 1-16. doi: 10.1111/j.2044-8295.1980.tb02723.x
- Zimmerman, D. (2004). *Manual de técnica psicanalítica: uma revisão*. Porto Alegre: Artmed.

# ANEXOS

## Anexo I – Autorização da Investigação



### Autorização Estudo

Eu, Sofia Sant' Anna Gandra, Orientadora de Estágio de Carlos Gonçalo Sarmento Morim e Nuno Gago, e enquanto representante da Clínica do Outeiro na orientação de estágios, autorizo a realização do estudo solicitado pelos alunos supracitados, para realização da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

Tendo este estudo por base a Vinculação na Toxicodependência, e a nível de metodologia serão usados os seguintes instrumentos: questionário sócio-demográfico, BSI, EVA, e a Escala de Dependência, bem como serão realizadas 8 sessões de Focus Grupos, sendo estas sessões gravadas com autorização antecipada dos utentes, sendo que deve ser explicado a cada um em que consiste o estudo e a gravação, bem como a confidencialidade dos dados.

Bagunte, 11 de Janeiro de 2013

**CLÍNICA DO OUTEIRO, S.A.**

Contribuinte n.º 502645776

*Sofia Sant' Anna Gandra*  
Sofia Sant' Anna Gandra

(Sofia Sant' Anna Gandra)

Telef. 252652395/6 - Fax. 252651264

Serviços Administrativos  
Comunidades Terapêuticas  
-Adolescentes  
-Adultos  
-Duplo Diagnóstico

R. das Escolas 925, Lugar de Vilar - Bagunte  
4480 213 Vila do Conde  
Tel. 252 650 000 - 252 652 395/6  
Fax. 252 651 264 - 252 650 009  
www.clinicaoouteiro.pt  
e-mail: geral@clinicaoouteiro.pt

Unidade de Desabitação  
Centro de Reinserção Social

Estada Exterior da Circunvalação 12150  
4460 282 Senhora da Hora - Matosinhos  
Tel. 229 544 953  
Fax. 229 544 954  
www.clinicaoouteiro.pt  
e-mail: geral@clinicaoouteiro.pt



## Anexo II – Questionário Sociodemográfico

### Questionário Sociodemográfico

Nome: \_\_\_\_\_

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

Sexo: M  F

Localidade: \_\_\_\_\_ Distrito:

\_\_\_\_\_

Estado Civil: Solteiro  Casado  Divorciado  Viúvo  Recasado

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Preenche os seguintes quadros com a informação correspondente:

Composição do Agregado Familiar:

Parentesco	Idade	Género (M/F)	Profissão	Escolaridade

Outras pessoas que vivem com o agregado familiar:

Quem	Idade	Estado Civil	Profissão	Motivo*

\* Motivo da permanência.

Doença física ou psicológica do próprio? Sim  Não

(Se respondes-te sim, assinala a opção correspondente)

Qual? Dependência Química  Psicoses  Depressão  Outro

Alguém na família sofre de alguma doença física ou psicológica? Sim  Não

*(Se respondes-te sim, preenche o seguinte quadro)*

<b>Elemento Agregado Familiar</b>	<b>Doença Física</b>	<b>Doença Psicológica</b>

**Assinala com uma cruz a opção correspondente.**

Regime de internamento na comunidade terapêutica? Sim  Não

*(Se respondes-te sim prossegue com o questionário preenchendo os espaços em branco)*

Qual a comunidade terapêutica que frequentas?

\_\_\_\_\_

Motivo? Consumo de Drogas  Álcool  Ambos  Outro

Qual?

\_\_\_\_\_

Data de Internamento? \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data Prevista de Alta? \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Preenche a informação solicitada**

Qual a idade de início do consumo? \_\_\_\_\_

Na 1º vez consumis-te acompanhado? Sim  Não

*(Se respondes-te sim, assinala a opção correspondente)*

Amigos  Conhecidos

Colegas (Escola, Trabalho)  Familiares

Porque motivo consumiste?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Assinala com uma cruz a opção correspondente. (relativo a todo o período de consumo)**

<b>Substâncias Consumidas</b>						
Consumo	Haxixe	Cocaína	Heroína	Anfetaminas	Alucinógenos*	Inalantes**
Experimentei*						
Raramente						
Algumas Vezes						
Regularmente						
Sempre						
<b>Substâncias Consumidas</b>						
Consumo	Cannabis	Álcool	Morfina	Metadona	Antidepressores	Analgésicos
Experimentei*						
Raramente						
Algumas Vezes						
Regularmente						
Sempre						
<b>Substâncias Consumidas</b>						
Consumo	Nicotina	Ópio	Crack	Codeína	Tranquilizantes	Outro ****
Experimentei*						
Raramente						
Algumas Vezes						
Regularmente						

Sempre						
--------	--	--	--	--	--	--

*\*Apenas 1 ou 2 consumos da substância.*

*\*\* Cogumelos Mágicos, LSD, Mescalina.*

*\*\*\* Cola, Solventes.*

*\*\*\*\* Especificar por escrito na opção pretendida.*

Há quantos anos consumes? \_\_\_\_\_

Estás abstinente há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Recaídas? Sim  Não

*(Se respondes-te sim prossegue com o questionário preenchendo os espaços em branco)*

Motivo da Recaída:

---

---

## **Anexo III – Consentimento Informado**

**Universidade Portucalense**

**Dissertação de Mestrado em Psicologia – Especialização em Psicologia**

**Clínica e da Saúde**

**Projeto de Investigação**

### ***Programa de Intervenção Psicossocial em Indivíduos Toxicodependentes***

**Objetivo Geral:** *O presente projeto de investigação tem como objetivo, implementar e avaliar (quantitativamente e qualitativamente) a eficácia de um programa de intervenção psicossocial, refletindo sobre a importância da vinculação e suporte social.*

#### **Papel dos Participantes:**

1. Resposta ao Questionário Sociodemográfico;
2. Resposta ao Audit – *Alcohol Use Disorders Identification Test* de Saunders et al. (1993), validado e adaptado para a população portuguesa por Roque da Cunha (2002);
3. Resposta ao Inventário de Habilidade Sociais de Del Prette e Del Prette (2000), validado e adaptado para a população portuguesa por Santana et al. (2011);
4. Resposta à Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais-Ribeiro (1999)
5. Resposta ao EVA – Escala de Vinculação do Adulto de Collins e Read (1990), validado e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1997);
6. Resposta ao Drug use Questionnaire (DAST-20), validado e adaptado para a população portuguesa por Machado e Klein (2002);
7. Participação em 7 sessões de intervenção em grupo.

**Papel do Investigadores:**

1. Os investigadores deste projeto de investigação comprometem-se a:
  - a) Garantir a confidencialidade de todas as informações recolhidas no âmbito da investigação;
  - b) Utilizar os dados recolhidos apenas para fins de investigação

**Consentimento Informado:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro ter tido conhecimento dos objetivos e procedimentos do projeto de investigação supracitado, intitulado de *Programa de Intervenção Psicossocial em Indivíduos Toxicodependentes*, bem como do papel que desempenho nesse âmbito, enquanto participante. Tenho conhecimento que posso desistir da participação neste projeto de investigação a qualquer momento.

Assinatura:

---

**Data:**   /   /

**Investigadores:**

Nuno Gago

Gonçalo Sarmiento

## Anexo IV – Transcrições

### 1º Sessão de Intervenção:

**Investigador:** As perguntas que irei colocar deverão ser respondidas em grupo. Procurem discutir entre vocês as opiniões manifestadas.

**Investigador:** Para vocês qual a importância da confiança?

**A.:** É muito importante que confiem em mim! Se desconfiarem de mim, eu própria me sinto mal com isso! Eu faço com que as pessoas confiem em mim.

**M.N.:** Eu igualmente, por exemplo, se o **F.D.** confia em mim dá-me estabilidade a mim próprio ao mesmo tempo também que tenho estabilidade da parte dele, dou-me bem com ele! E portanto isso é bom para ambos. Ou o **F.**, ou um membro qualquer que esteja aqui. Acho que é favorável seja para a pessoa que for.

**N.:** Tenho duas pessoas aqui dentro que têm fé que eu consigo recuperar, o **R.** Quero fazer o programa e não os quero desiludir (*não se percebe algumas palavras ou mesmo frases*).

**Investigador:** Consideram que a confiança é fundamental?

**M.N.:** Para o bem-estar!

**Investigador:** Tanto para os vossos relacionamentos dentro da comunidade como "lá fora"?

**P.:** Exato

**Investigador:** Toda a gente concorda com o que foi dito até agora?

**Grupo:** Concordo

**Investigador:** Os que não falaram o que têm a dizer sobre a confiança? Qual a importância que atribuem à confiança?

**F.:** Para mim a confiança é o princípio de qualquer e toda a amizade, seja ela amorosa, afetiva no caso ou simplesmente amizade pela aquela pessoa. Temos o mínimo de confiança seja para conosco ou com ela. Acho que sabemos em quem podemos contar, confiar certas coisas e outras não. Isso faz no sentir bem, sabemos que temos medos e confiamos, sabemos que aquelas pessoas vão guardar e dar fruto da nossa confiança depositada naquelas pessoas, isso é muito bom para

nós! E quando sabemos que podemos confiar em outras pessoas para qualquer coisa importante e aquelas pessoas depositam a confiança delas em nós também é muito bom, sabemos disso! Que temos as pessoas a contar connosco para falar desse tipo de exploração, que não hora que mais ninguém veio, acabam por decidir confiar na gente, isso é muito positivo. Quando cheguei aqui a Portugal tinha um relacionamento de há uns anos atrás e pronto, quebrei a confiança e foi... se não temos confiança mais vale acabarmos e pronto acabou! E depois voltamos de novo mas já não foi a mesma coisa e não deu muito certo. Hoje em dia acredito que eu não consegui enxergar, só enxergava como se eu tivesse errado. Essa pessoa também nunca mais depositou confiança em mim e poder-me-ia ajudar naqueles momentos em que eu precisava e de certa forma confiar em mim, acho que foi uma situação... foi a falta de confiança em mim e de outras pessoas em mim ... pessoas em que eu confiava mas que não confiavam em mim. Acho que se ninguém confia em nós é quase como se fossemos um cão de rua.

**Investigador:** É importante depositarem confiança?

**N.:** Sim senhora!

**Investigador:** O que de pior poderá acontecer se confiarem nos outros?

**N.:** Desiludir.

**F.:** O que de pior pode acontecer?

**Investigador:** Sim! Se confiarem nos outros.

**P.:** Se uma pessoa confiar nos outros é a mesma coisa que corre tudo bem.

**Investigador:** E o que achas que pior pode acontecer se confiarem nos outros?

**A.:** Podem nos trair! Se confiarmos demais (**P.** reforça "*se confiarmos demais*") e depois arrepender-se disso.

**Investigador:** Concordam que sentem receio de confiar demais nos outros e podem arrepender-se?

**A.:** Sim.

**N.:** Sim.

**P.:** Sim.

**Investigador:** Todos concordam?

**Grupo:** Sim



**F.:** Eu acho que confio demais nas pessoas! Já não dou tanta confiança, é diferente! Não quero que as pessoas confiem muito em mim, prefiro confiar mais nas pessoas.

**M.N.:** Eu acho que a confiança em demasia é prejudicial, na minha maneira de ver. Há certos e determinados assuntos em que a gente pode confiar ou que deve confiar a um amigo ou isso, mas há outras situações onde é demasiado perigosos e cria instabilidade em nós próprios, na pessoas em si. Acho que deve haver uma distância!

**Investigador:** F. disseste que tendes a confiar em demasia nos outros. Quando confias nos outros o que é que acontece?

**F.:** Basicamente é mais gratificante para mim, mas eu sei que posso contar aquela pessoa e que posso confiar naquela pessoa basicamente.

**Investigador:** Concordas que ao confiarmos nos outros estes têm maior facilidade em confiar em nós?

**F.:** Sim

**Investigador:** Então é importante confiarmos nos outros?

**F.:** Sim

**Investigador:** O que de melhor poderá acontecer se confiarem nos outros?

**A.:** Pode acontecer que quando acabarem (*não se percebe a palavra*) contarem tudo.

**Investigador:** Não! O de melhor?

**N.:** Sentir-me bem por desabafar.

**P.:** Sim, desabafar.

**A.:** Saber que tenho uma amiga ou amigo com quem posso contar.

**M.:** Saber viver com melhor estabilidade, com os colegas. No âmbito global com uma maior estabilidade, mais tranquilidade e isso. Dá-nos mais prazer e alegria, estarmos uns com os outros.

**Investigador:** Então confiarmos nos outros ... (*interrompido por M.*)

**M.N.:** Mais à vontade!

**N.:** Houve muitas situações foleiras lá fora e já não consigo confiar da mesma forma. Estava em casa de uma rapariga com quem consumia e pensava que podia

confiar nela e no final deu-me uma facada nas costas, sem mais nem menos, passou-se, estava de costas e deu-me uma facada nas costas.

**Investigador:** Têm dificuldades em confiar nos outros?

**P.:** Eu tenho

**A.:** Confiar totalmente, não confio!

**M.N.:** Eu tenho reservas. Eu acho que para ter confiança numa pessoa primeiro faço uma análise perante mim próprio sobre a pessoa, como se diz “à psicólogo”. Eu tiro uma análise de comportamento como ela é, como não é, se entra dentro dos meus contextos ou se não entra, vejo a maneira de atuar do dia-a-dia, como é ou não é, se faz isto a A ou a B. Tiro uma análise e vejo se é confiável. Se uma pessoa para mim não é confiável, não me dá aceitação para a minha maneira de ser então a essa pessoa, sim senhora “*bom dia*”, “*tudo bem?*”, uma brincadeira, um risinho e isso, mas coisas que eu veja que são assim mais restritas, não, nada de confiar. Já não me abro e já não dou certas oportunidades como posso dar a outras pessoas que eu vejo que elas estão noutra patamar.

**N.:** Há primeira vez, consigo tirar a fotografia e ver se dá para confiar ou não. Já a primeira vista tiro mais ou menos como é e como não é essa pessoa. Consigo ver bem quem é falso e quem não é.

**F.:** Eu quando olho um pessoa não penso tanto na confiança, penso mais na amizade, se as pessoas olham para mim como amigo ou como não amigo. As pessoas em quem eu posso confiar para depois aumentar essa confiança são as pessoas que tem as mesmas atitudes ou melhores atitudes que eu, puder ajudar o próximo, aquelas pessoas que se preocupam com o nosso bem-estar, se a gente está bem ou não está bem. E depois começamos a confiar nelas e na gente também.

**Investigador:** N. já teve alguma situação em que a primeira impressão era errada?

**N.:** Já tive e mudou.

**Investigador:** Em que medida achas que as tua primeiras impressões poderão influenciar futuros relacionamentos?

**N.:** Só dou um bocado de confiança e depois vejo.

**Investigador:** Então dás oportunidades de as pessoas demonstrarem motivos?

**N.:** Sim

**Investigador:** Já tiveste uma situação em que dando a oportunidade a tua opinião tenha mudado?

**N.:** Sim

**Investigador:** Então entendes a importância de darmos oportunidade às pessoas?

**N.:** Percebo mas consigo logo ver.

**A.:** À primeira vista consegue-se conhecer um bocado a pessoa, mas não consegue conhece-la muito porque há pessoas que nos enganam bem. Parecem uma coisa e com o tempo vão-se tornando noutra que a gente não contava que fossem assim.

**Investigador:** Só para mal ou também pode acontecer o oposto?

**A.:** A gente nota logo no início.

**N.:** Por exemplo, o P.V., há muita gente aqui dentro que não gosta dele porque ele agrediu os pais, é violento mas passei-o a conhecer e tenho confiança nele. O P.V. é boa pessoa!

**Investigador:** Todos concordam que as primeiras impressões nem sempre correspondem à verdade?

**Grupo** concordou

**M.N.:** Não isso não é num dia, nem dois, nem três, nem quatro. Há pessoas que eu estou aqui há um ano e ainda não as conheço verdadeiramente se são aquilo que eu penso mesmo delas. Ainda hoje não sei se serão aquilo que eu penso.

**Investigador:** Quando é que acha que isso vai acontecer?

**N.:** Não sei Setor, se calhar nunca me vão dar a entender para eu perceber.

**Investigador:** E qual acha que é a razão?

**M.N.:** Sei lá, talvez até seja eu que não esteja correto e que não idealize bem a pessoa, não saiba compreender da melhor maneira isso, mas tenho uma certa confiança com elas e uma certa vontade e isso mas não é total. Ainda não me deram as todas as garantias que eu penso de dentro de mim.

**Investigador:** Quando desconfiam como se comportam?

**A.:** Não dou confiança, nem quero amizades nenhuma.

**N.:** Eu dou desprezo.

**M.N.:** Eu afasto-me, dou pouca confiança, minimamente palavras. Desprezo total também não, o ser humano nunca deve ser desprezado.

**Investigador:** Quando alguém vos trai a confiança como é que vocês reagem?

**N.:** Fico revoltado.

**M.N.:** Eu não gosto, fico revoltado, não me sinto bem não é?! Essa pessoa perde todo o valor para mim e será uma pessoa que a partir daquele momento será nula.

(**A.** sai para ir de *Request*)

**N.:** Eu lido com revolta e agressividade.

**Investigador:** Quais as vantagens de confiarmos nos outros?

**M.N.:** Sei lá Setor! As vantagens é uma pessoa sentir-se satisfeita com essa pessoa, ter momentos agradáveis, saber que tem ali um amigo ou amiga.

**P.:** Pode contar com ele.

**M.N.:** Pode contar com ele para algumas situações que necessite e desabafar.

**N.:** Motivação, ânimo e força, sentir-me bem.

**F.:** Quando uma pessoa me trai a confiança fico triste com aquela pessoa, se for um amigo meu e naquele momento fico irritado, isso é normal. E passa um tempo e aquela pessoa ainda vai continuar a ser meu amigo ou minha amiga, mas antes de cortar passo um tempo analisá-la para saber se é meu amigo de novo, se posso confiar.

**Investigador:** Então quando perdes a confiança em alguém dás a oportunidade deste mostrarem-se merecedores desta antes de cortares definitivamente?

**F.:** Sim. Já tive pessoas que traíram a minha confiança, que no momento fiquei muito irritado, mas depois fiquei muito feliz que valeu apenas traírem a confiança por que eu ia fazer algo de mau.

**Investigador:** Quais são as características possuem as pessoas em que confiam?

**P.:** Boa pessoa.

**Investigador:** O que é uma boa pessoa?

**P.:** Uma pessoa humilde.

**N.:** Generosa

**Investigador:** Em termos materiais ou afetivos?

**N.:** Afetivos, materiais também se precisar de alguma coisa.

**P.:** Mimo.

**F.:** Tem de ser uma pessoa verdadeira, um amigo.

**Investigador:** O que é um amigo?

**M.N.:** Uma pessoa sente, pelo menos eu sinto! Posso estar a dialogar com certa pessoa, no meu íntimo eu sinto algo que acho aquela pessoa me transmite amizade, algo positivo.

**P.:** Confiança.

**M.N.:** Confiança, lá está! Poderei estar errado, mas acho que há um contato.

**F.:** Para mim uma pessoa amiga é aquela pessoa que está sempre presente, saber que posso contar com ele, gosta da gente de graça, sem interesse (*referência aos amigos da droga*).

**Investigador:** Como demonstram confiança aos outros e como é que os outros se comportam?

**N.:** Sendo amigo.

**F.:** Estando sempre ali presente. Dizer que estou ali, oferecer amizade.

**N.:** Oferecer ajuda.

**F.:** Quando eu vejo que as pessoas falam para mim e reconhecem que estou ali para ajudá-las, que podem confiar em mim e começam a partilhar, é muito gratificante para mim. Saber que aquelas pessoas também gostam de estar comigo, gostam de partilhar seus problemas e ouvir minha opinião, saber que posso ajudar. É muito bom!

**M.N.:** Eu acho é que também o apoio moral que dou em situações que noto está em baixo, dar-lhe apoio moral, fazê-lo ver. É sempre bom ajudar o outro a refletir. Acho que o diálogo é bom, partilhar os problemas, estar ao lado, conversar, não estar distante.

**N.:** Quando vejo alguém mal pergunto o que se passa, se quer partilhar.

**Investigador:** Como é que os outros reagem quando depositamos confiança?

**P.:** Eu acho que eles devem ficar contentes.

**M.N.:** Qualquer pessoa que esteja num momento em baixo, não reage mal, nem reage com agressividade, nem isso, porque estão num momento que não têm capacidades para isso. A reação acho que é incógnita, não se sabe.

**Investigador:** Todos concordam?

**P.:** Eu concordo.

## **2º Sessão de Intervenção:**

**Investigador:** O que acharam da última sessão?

**A.:** Eu na semana passada parece que não tive (confusão).

**I.:** Eu estive...

**M.N.:** Eu gostei, achei que foi uma boa sessão. Se tivermos confiança um nos outros e isso, acho que é necessário, muito bom, se tivermos confiança e isso.

**Investigador:** Todos concordam?

**I.:** Sim, sim!

**F.:** Acho que o de bom da sessão da semana passada foi que assim conhecemos os problemas um dos outros também, conhecemos aquelas pessoas mas não sabemos os tipos de problemas que elas têm. E com os grupos que têm acontecido cada um tem partilhado um pouco mais da sua história, isto é bom!

**Investigador:** Porquê que é bom a partilha neste grupo?

**M.N.:** Dá-nos mais confiança uns nos outros, sabermos um bocadinho mais de cada pessoa. Algum de nós, por exemplo, podia ter uma ideia sobre o **F.** diferente, sobre o **F.**, situações como estas podem servir algo que a gente não saiba, portanto leva-nos a pensar de qualquer maneira, de forma mais positiva e isso é sempre uma mais valia, é sempre bom!

**Investigador:** Todos concordam?

O grupo concorda.

**Investigador:** Como se sentiram durante a semana que passou?

**F.:** Depois da sessão senti-me melhor, mas esta semana estava sentindo muito irritado e muito chateado não sabia porque era, não conseguia identificar.

**Investigador:** E os restantes?

**M.N.:** Depois da sessão fiquei mais aliviado, ficamos sempre mais aliviados de dialogar com várias pessoas. Mas durante esta semana tive de ir ao hospital e foi para sofrer.

**Investigador:** Todos se sentiram aliviados depois da sessão?

**F.D.:** Senti igual.

**Investigador:** Durante a semana que passou, como descreves os relacionamentos com os outros?

**M.N.:** Eu normais, continuo a dizer bom dia qual ele chega (brincadeira com o grupo).

**Investigador:** Na semana que passou ocorreu alguma alteração na forma como te relacionas com os outros?

**A.:** Eu não, foi tudo normal.

**F.:** Acho que melhorou a forma de dar às outras pessoas. Acho que tem dias em que estamos chateados connosco próprios e com o mundo, e estão dispostos a conversar e a ouvir, a brincar. Mas no meu caso eu estou a lidar melhor com as pessoas, já vejo outras pessoas com outros olhos, e outras pessoas que tinham problemas mas eu não enxergava tanto os problemas delas, enxergava mais como se fossem defeitos.

**Investigador:** Todos concordam com o que o **F.** disse?

O grupo concorda.

**M.N.:** Eu gostava de dizer uma coisa em relação a este grupo, vocês são espetaculares (referência alguns elementos do team A), têm um feitio espetaculares, mas os outros que estão aqui são testemunha que eu na primeira vez, irritava-me um bocado e eu depois destes grupos tenho-me vindo aproximar e agora até brinco com eles. Por isso, já se reflete uma maior confiança. E eu antes entrava mais ríspido com eles, e agora já não. Já se nota uma diferença!

**Investigador:** A sessão das perguntas terminou, se alguém quiser partilhar alguma coisa sinta-se à vontade para o fazer. Vamos dar início à atividade. Esta atividade consiste na seleção de duas pessoas e na encenação de um contexto relacional fornecido e depois deverão reagir da mesma forma que reagiriam numa situação semelhante.

**Investigador:** Todos entenderam a atividade?

**I.:** Eu percebi, vamos é la ver se...

**Investigador:** Será a **A.**, e quem quer participar mais?

**F.:** Posso ser eu.

**Investigador:** Muito bem! Coloquem duas cadeiras no centro da roda, frente-a-frente. Relembro que é fundamental que se comportem da mesma forma que se comportariam numa situação semelhante.

**M.N.:** Pensar que estamos na situação.

**Investigador:** Exatamente!

**M.N.:** Ser verdadeiro!

**Investigador:** Vou-vos dar o seguinte contexto relacional: A **A.** é uma amiga de infância do **F.**, contudo eles já não mantêm contato há alguns anos por iniciativa de **F.**, o qual foi trabalhar para o estrangeiro há cerca de 5 anos, tendo regressado recentemente. A vida de **A.** alterou-se radicalmente nos últimos quatro anos, nos quais faleceu a sua Mãe e entrou no mundo das drogas. **A.** sente-se revoltada consigo própria e com a vida por não ter tido oportunidade de despedir-se de sua Mãe, dado que, estava mais ocupada na prática de atividades ilegais para conseguir comprar e consumir Heroína. Atualmente a **A.** encontra-se abstinente, tendo acabado recentemente o seu programa de reabilitação. Após alguns esforços consegui encontrar trabalho num café junto ao seu bairro, sentindo-se bastante realizada. Todos os anos reage mal ao aniversário do falecimento de sua Mãe, situação que lhe provoca uma elevada ansiedade para consumir Heroína. No segundo aniversário do falecimento de sua Mãe, **A.** encontrava-se a trabalhar esforçando-se intensamente para afastar os cálculos de consumo que sentia. Apesar do seu esforço sentia-se demasiadamente fragilizada, lembrando-se incessantemente de sua Mãe e seus repetidos avisos e conselhos para que deixa-se os consumos. Durante o horário de expediente de **A.** o **F.** entra no café com o intuito de reencontrar velhas amigas. **A.** ao ver o **F.** sente uma mistura de sentimentos dos quais a mágoa, a revolta e a saudade eram os mais predominantes.

**Investigador:** Agora têm de simular o discurso que adviria dessa situação, reagindo da mesma forma que reagiriam numa situação semelhante. É importante frisar que **A.** sente-se fragilizada, com cálculos de consumo e sente-se em relação ao retorno do **F.** ...

(Interrupção da **A.**)



**Investigador:** Sentes um misto de emoções em relação ao **F.**, uma vez que o **F.** foi trabalhar para o estrangeiro à cerca de cinco anos e perdes-te o contato com ele, numa altura que foi difícil para ti. E agora quero que façam a encenação do contexto que vos dei e reajam da mesma forma que habitualmente reagem.

**Investigador:** Por exemplo, vocês até se podem levantar, imaginem que a **A.** está a trabalhar, o **F.** chega e começam a encenação.

(Dá início à encenação.)

**F.:** Então está tudo bem?

**A.:** Estou a trabalhar, larguei os consumos.

**F.:** Largas-te os consumos? O que tens feito?

**A.:** Ando a trabalhar para conseguir sobreviver. A minha mãe morreu...

**F.:** Fiquei sabendo agora da notícia... Estive um tempo fora, perdi contato com muitos amigos. Soube que trabalhavas aqui e passei aqui para saber como estavas.

**A.:** Podemos ir logo à discoteca, se quiseres!

**F.:** Então vamo-nos sentar e conversar mais um pouco.

**A.:** Então o que tens feito?

**F.:** Só trabalhar, não tenho vivido muito, tenho mais trabalhado.

**A.:** Nem consumir?

**F.:** Não, não! O que tenho consumido é só bebida, não consumo nenhum tipo de drogas.

**A.:** Também bebo uma cerveja de vez em quando.

(Interrupção)

**Investigador:** **A.** é suposto estares a esforçar-te para afastar os teus cálculos de consumo, tu não queres recorrer aos consumos. Tu queres arranjar formas de evitar os consumos. Imagina que estás numa situação semelhante e tens de reagir como habitualmente reages. É importante relembrar que sentes uma mistura de sentimentos em relação à vinda do **F.**. O **F.** não tem conhecimento do que aconteceu à **A.** nos cinco anos que passaram, nem que a Mãe morreu, nem dos consumos praticados.

**A.:** E ele não pode saber dos meus consumos?

**Investigador:** Pode, mas ele não tem conhecimento, tens de lhe contar primeiro.

(Continua a encenação)

**F.:** Então **A.** que tens feito, tens trabalhado, tens saído?

**A.:** Sim, tenho trabalhado e saído com amigos. Às vezes tenho recaídas.

**F.:** Estás com bom aspeto.

**A.:** Pois trabalho, alimento-me bem.

**F.:** E casaste nesses tempos?

**A.:** Já casei e já me divorciei, tive uma filha.

**F.:** Eu também já me casei, já me divorciei, já me casei de novo. E agora estou aqui, vim dar uma passada para ver os amigos, estou aqui para visitar outros lugares que ainda não vim e pronto.

**A.:** E vieste sozinho ou vieste com a tua mulher?

**F.:** Vim só!

**A.:** Vais voltar?

**F.:** Vou, só um mês aqui. Tive um mês de férias e vim aqui aproveitar, que já não venho cá há muito tempo.

**A.:** Também há 5 anos que já não te via, somos amigos de infância.

**F.:** Pois é! Também tenho que pedir desculpa a ti, eramos amigos e eu também fui embora, não mantive nenhum contato contigo, nem com outras pessoas. Vim ao menos aqui para saber se ainda querias falar comigo.

**A.:** Queria, sentia saudades tuas.

**F.:** É? Queria saber como andavas e fico muito feliz por te ver assim bem e quero que continues assim.

**A.:** E tu também. Queres ir à discoteca logo?

**F.:** É? Então quando saíres do trabalho combinados qualquer coisita, se não der hoje, depois marcados qualquer coisa, vens almoçar a minha casa ou eu vou almoçar a tua casa. Tá bém?

**A.:** Sim combinado.

Acaba aqui a primeira encenação. Substituição da **A.** pelo investigador.

**F.:** Olá, tudo bem?

**Investigador:** Oh! Olá, está tudo e contigo?

**F.:** Está tudo bem?

**Investigador:** O que é feito de ti, já não te via há bastante tempo, que tens feito?

**F.:** Tenho viajado bastante para fora do país, cheguei agora há pouco. Vim dar uma volta aqui, soube que estavas a trabalhar aqui.

**Investigador:** (em tom de brincadeira) Não sabias ter dito alguma coisa?

**F.:** Não tinha condições.

**Investigador:** Compreendo.

**F.:** Tenho trabalhado muito, tenho juntado dinheiro...

**Investigador:** O que interessa é que estás aqui.

**F.:** Estás com boa cara.

**Investigador:** Agora estou, mas há uns tempos atrás não estava, tive num programa...

**F.:** Que se passa contigo?

**Investigador:** Menti-me nas drogas, negligenciei a minha Mãe...

**F.:** A sério?!

**Investigador:** Ela morreu. Pronto, estou um bocado fragilizado e com vontade de consumir... Hoje é o aniversário do seu falecimento.

**F.:** Isso é complicado, complicado no modo de dizer assim, também não podes entregar a tua vida igual à tua Mãe, que morreu!

**Investigador:** Mas sinto-me bué culpado, estava eu com o caneco e ela morreu, e eu... Caguei nela!

**F.:** Eu acho que isso acontece contigo e com todas as pessoas que entram no mundo da droga, esquecem de tudo e de todos.

**Investigador:** Eu agora quero continuar com a minha vida para a frente, deixar as drogas, continuar com aquilo que eu aprendi no programa e fazer as pazes com a minha consciência.

**F.:** E na tua vida particular, tens namorada?

**Investigador:** Não, neste momento não tenho namorada, também tenho tido um bocado de precaução para não sair à noite e beber uns copos e conhecer umas garinas e depois começar a consumir outra vez. Já sabes que uma coisa leva à outra, e não quero voltar outra vez aos consumos. Só hoje é que estou assim um bocado, sabes quando é o aniversário da minha mãe eu bato muito mal, eu quase que recaio. A primeira coisa que me dá vontade é ir consumir.

**F.:** Qualquer coisa podes conversar com outra pessoa ou comigo que cheguei agora, não sei se tens contato com outras pessoas para conversar sobre este assunto.

**Investigador:** Às vezes sinto necessidade de conversar com outras pessoas, contigo tenho menos problemas em fazê-lo, és aquele gajo com quem eu cresci, aquela pessoa com quem andei a tareia, temos aquela cumplicidade.

**F.:** Sabes que comigo podes contar no que precisares, se quiseres vamos dar uma volta, a que horas tens o teu intervalo?

**Investigador:** Eu saio daqui a meia hora.

**F.:** Então eu espero-te aqui e vamos dar uma volta, vamo-nos distrair, conversar mais um bocado, passamos um tempo juntos. Se quiseres vens jantar a minha casa.

**Investigador:** Isso era porreiro, também quero saber como estás, o que te aconteceu, o que tens feito.

**F.:** Não tenho feito muito, tenho é trabalhado que nem escravo.

(risos)

**F.:** Mas está bem, quero saber como estás, se posso ajudar-te de alguma forma, vai ser muito bom para mim também. Depois quando for se quiseres ir comigo só um mês ou dois, passar umas férias ou ir trabalhar para lá, ter outra vida, outra coisa...

(Fim da encenação)

**Investigador:** O que acharam da primeira encenação? A da **A.** e do **F.**?

**I.:** Eu achei que o **F.** estava muito bem, a **A.** estava toda baralhada.

(risos)

**F.D.:** A **A.** estava mais preocupada em dizer a sua vida, do que pedir ajuda, estava sempre naquela de falar que estava sempre recaído, de alguma maneira havia de pedir ajuda.

**I.:** A **A.** nem frisou que era a data de falecimento da Mãe e só queria fumar.

**A.:** Pois mas eu quando via um amigo que já não via há muito tempo, íamos logo para os consumos.

**I.:** Pois mas neste caso o **F.** não é teu amigo de consumo, é de infância.

**M.N.:** Eu acho que a **A.** desempenhou mais ou menos mas o **F.** desempenhou bem o papel.

**Investigador:** Além da performance no desempenho dos papéis o que acharam dos comportamentos manifestados? O que acham da aproximação?

**I.:** Não sei, mas se eu não visse um colega à 5 anos, acho que reagia de outra maneira. Não ia chorar mas reagia de outra maneira... Não sei, também depende do momento. Talvez reagiria com mais emoção, com mais alegria, mostrava estar mesmo contente por ver essa pessoa, e não só "olá! Está tudo bem?".

**M.N.:** É um dia negativo para ela (**A.**), que é a morte da Mãe, vê a chegada de um amigo de infância que não vê à cinco anos, portanto também depende muito do sentimento que ela tem por ele, porque quem está em baixo é ela, não é ele! Ele já vê-la é uma felicidade, mas ele não tem conhecimento que a Mãe dela está morta e que ela andava em consumos. Por isso o sentimento dela, conta muito perante ele. Ele vai reagir de uma forma completamente diferente da dela, dado que ela está com mágoa naquele dia que é a morte da Mãe. Por isso, ela já não irá se expressar com aquela alegria.

**Investigador:** E o que acharam do pedido de ajuda da **A.** que foi maioritariamente direcionado para os consumos?

**I.:** O que ela queria era consumir.

**Investigador:** Que sentimentos provocaram em vocês o diálogo da **A.** com o **F.**?

**I.:** Alegria.

**F.:** No meu caso posso dizer, estava a conversar mas estava a sentir aquela coisa... Sabia que uma pessoa estava a tentar falar comigo e que tem problemas, estava a falar que a Mãe tinha falecido e foi como se tivesse, para mim naquele momento, tentar ajudar aquela pessoa ao máximo. Se eu souber que aquela pessoa está mal e é amigo meu, seja muito próximo ou pouco próximo, se eu sei que as pessoas têm problemas eu tento ajudar, que pensem em coisas boas.

**Investigador:** E aos restantes?

**J.:** Eu já tive uma história parecida a essa, fez-me sentir que acho que naquelas alturas a gente mesmo que queria expressar sentimentos não consegue, porque a gente sente-se inferior à pessoa por causa dos consumos. E um gajo sente-se mal porque tem aquela vontade de abraçar naquele momento, de expressar os seus

sentimentos, mas não consegue. Os consumos alteram o estado de espírito, mesmo que a gente já esteja abstinente.

**Investigador:** E se optarem por tentarem deixar de parte a vergonha e requerer ajuda a indivíduos significativos, como no caso encenado?

**M.N.:** Acho que isso é uma base positiva. A **A.** podia-se agarrar a isso, a essa base e o **F.** podia-lhe dar o apoio necessário, conversar, ir jantar fora, passar a tarde com ele. Acho que isso é uma base positiva.

**A.:** Mas os meus amigos são todos de consumo e já me aconteceu ter amigos e não os ver há anos, depois encontrava-os e íamos para as discotecas e para os consumos, íamos fazer a festa.

**Investigador:** Mas concordas com a opinião do Sr. **M.N.**?

**A.:** Concordo mas disse para reagir como habitualmente reagiria e era isso que eu fazia, ia para as discotecas consumir e passar uma noite em grande.

**Investigador:** Todos concordam com o Sr. **M.N.**?

**Grupo:** Sim

**Investigador:** O que acharam do diálogo entre mim e o **F.**?

**I. e M.N.:** Foi um diálogo mais demonstrativo.

**M.N.:** Mais trabalhado, com outras palavras, mais explícito.

**J.:** O **F.** esteve bem, você também esteve bem. Tiveram bem.

**Investigador:** E o que acharam da encenação, no que diz respeito à aproximação e pedido de ajuda?

**F.D.:** Demonstrou melhor a revolta de porquê que o **F.** não deu mais notícias, e também demonstrou mais que queria-se distrair.

**Investigador:** E apesar da revolta acham que lidei bem com a aproximação?

**Grupo:** Sim

**M.N.:** Queria frisar uma coisa excelente da parte do **F.**, o convite para ir passar uns meses ao Brasil e ao mesmo tempo arranjar trabalho.

**I.:** E até ofereceu para arranjar trabalho.

(Reforço do papel desempenhado pelo **F.** no que diz respeito à responsividade para com as necessidades do outro e desempenho de base segura. O grupo concordou com o reforço positivo.)

**I.:** Eu gostei da maneira como o **F.** tentou ou quis ajudar.

**M.N.:** Transmitiu-lhe confiança.

**F.:** Eu acho que quando temos aqueles amigos positivos vamos ter com eles naqueles maus momentos, eles vão nos indicar as coisas boas, vão querer nos afastar daquele momento. Acho que todos nós temos amigos que nos tentam ajudar e as vezes não percebemos.

**M.N.:** E passa ao lado. Eu tenho dois amigos que têm a liberdade de chegar aqui, vêm me buscar, um/dois dias, não há problema nenhum. Eles ajudam e cuidam de mim e não deixam-me ir consumir. Ao mesmo tempo que são amigos carinhosos, olham por mim também, são amigos mesmo, verdadeiros amigos.

**Investigador:** E como te sentes em relação a esses amigos?

**M.N.:** Sinto-me seguro.

### **3º Sessão de Intervenção:**

**Investigador:** Antes de começarmos a atividade queria vos fazer umas perguntas. Queria perguntar diretamente à **A.** como se sentiu na sessão da semana passada?

**A.:** Senti-me Senhor Dr., correu-me tudo bem, não tive chatices com ninguém. Correu-me tudo bem!

**Investigador:** O que disse é referente à última sessão?

**A.:** Também correu bem a sessão.

**Investigador:** Sentiste bem no final da sessão?

**A.:** Na semana passada não tive cá (confusão). Ai, tive de manhã.

**Investigador:** Recordas-te o que foi feito na sessão da semana passada?

**A.:** Tivemos a fazer aquilo no meio (referência ao centro da sala), eu e o meu marido, não foi?

**Investigador:** Sim. E como é que te sentiste no final da sessão?

**A.:** Senti-me bem, então, eu sinto-me bem no final das sessões.

**Investigador:** Durante a semana refletiste sobre a sessão?

**A.:** Não, não me lembrei mais.

**Investigador:** Durante a semana que passou surgiu algum conflito que tenhas observado ou participado?

**A.:** Que tenha observado foi entre a **E.** e a **S.** e ontem foi com a **C.** e a **S.**, os conflitos.

**Investigador:** Nesses conflitos desempenhas-te algum papel?

**A.:** Não tive nenhum papel porque eu só soube depois, já estavam outras pessoas lá a intrevir.

**Investigador:** E de que forma é que te comportaste nesse conflito que observaste?

**A.:** No da **E.** estavam aqui as Doutoradas para acalmarem a **E.**, só me apercebi de ela estar aqui aos gritos aqui em cima nem sabia o que se estava a passar. O (conflito) de ontem também percebi quando vi tudo a correr, que eu estava com o **R.N.** no tabaco. Depois já estava lá o **A.**, o **R.**, e depois eu ajudei que ela disse que tomou uns medicamentos e ela andava a cambalear e caiu. E eu achava aquilo esquisito não é? Só de ela não comer, achava esquisito, mas ela disse que tomou umas pastilhas que até as deitou pela sanita abaixo, por isso é que ela estava naquele estado. Tive a ajudá-la, dei-lhe banho e meti-a na cama.

**Investigador:** Essa é a tua forma de agir habitualmente numa situação de conflito nos outros?

**A.:** Sim ajudo a acalmar claro, deve-se fazer isso, não se vai deixar as coisas chegar a uns termos... Não é!?

**Investigador:** Gostaria que o restante grupo comentasse a sessão da semana passada.

**I.:** Eu a semana passada não estava e da outra semana já não me lembro.

**Investigador:** Neste momento é apenas referente à última sessão.

(Entrou o **M.**)

**Investigador:** Estava a perguntar ao grupo se queriam comentar o que tinha acontecido durante a sessão da última semana e o que acharam.

**Investigador:** Os que tiveram presentes, o que acharam da última sessão?

**J.:** Foi bom, mas não mudou nada em mim.

**Investigador:** E foi bom porquê?

**J.:** Foi bom porque eu senti-me bem, deu para desanuviar um bocadinho.

**Investigador:** E os restantes?

**N.:** Também. (acena para o **J.**)



**Investigador:** Concordas da opinião do J.?

N.: Sim

**Investigador:** E que achas-te mais da sessão?

N.: A sessão foi boa, mas para mim não serviu de nada.

**Investigador:** Porquê que não serviu de nada?

N.: Não tive mais conflitos durante esta semana.

**Investigador:** Então não tiveste oportunidade para reproduzir as estratégias discutidas na última sessão?

N.: Não.

**Investigador:** E no futuro poderá ser possível?

N.: Quando eu sair daqui vai ser diferente, estou a sentir muita pressão aqui dentro. (referência à comunidade terapêutica e a futura saída)

**Investigador:** A última sessão que tivemos ajudou-te?

N.: Ajudou.

**Investigador:** E os restantes?

F.: Foi muito bom, me fez ver os pontos que tinha não esquecido mas deixado lá, e seguia pensando nisto. Ainda não fiz, ainda não mantive contato com os outros amigos que eu deixei de lado e pessoas mais próximas. Agora preciso de um tempo mais para mim mas assim que puder vou retomar o contato com essas pessoas! (referência às sessões anteriores)

**Investigador:** E referente à última semana? O que achas-te?

F.: Quando vemos um conflito temos de analisar ambas as situações, também não podemos entrar no meio de uma discussão que às vezes podemos levar piores resultados, mas também não vamos deixar um e o outro se matar. Podemos sempre tentar ajudar.

**Investigador:** Que benefícios é que a última sessão traz para vocês?

F.: Eu tenho poucos conflitos com outras pessoas, tenho é conflitos comigo próprio. Sou uma pessoa muito exigente comigo mesmo, e com isso estou sempre a tentar melhorar as minhas decisões e os meus atos, mas isso tem me ajudado a evoluir. Como esse grupo e as outras terapias que tenho em grupo, e a terapia individual, tem-me ajudado bastante, tem-me feito mudar muita coisa que não sabia, que pensava que era de mim mesmo, não sabia do que era e hoje em dia já

consigo me modificar mais e trabalhar com a situação. Antigamente qualquer coisa que eu ficava "empurrado" ao invés de conversar com outras pessoas, eu ficava mais afastado, preferia ficar só para não ficar chateado, nem falar alguma coisa para chatear ninguém, mas hoje em dia vejo que isso é bem pior. Quanto mais eu falar e me distrair e tentar conversar com outras pessoas sobre aquele assunto.

**Investigador:** Nessa situação em que os outros te ajudam?

**F.:** Me ajudam porque pronto, eu sei que não me posso isolar e sei que posso contar sempre com outras pessoas, e isso é uma das melhores coisas que eu tenho aprendido no grupo (referência ao nosso grupo). Posso aqui conhecer outras pessoas com outros problemas e posso-me identificar e as pessoas podem identificar-se comigo, isso transmite benefício para mim.

**Investigador:** (Devolução ao Grupo) Todos partilham da opinião do **F.**? Em relação a este grupo que temos vindo a ter, sentem melhorias?

**A.:** É, porque também somos de grupos diferente, estamos unidos, temos mais comunicação. Começamo-nos a conhecer melhor a eles e eles a nós, acho que é bom.

**Investigador:** Sentem-se mais capazes para lidar com situações de conflito?

**A.:** Eu sinto.

**J.:** Já estávamos mais preparados para isso (influência de outras intervenções), também derivado do grupos que a gente tem.

**Investigador:** E este grupo tem vos ajudado a esse nível?

**A.:** Tem, ajuda-nos, dá-nos mais força.

**Investigador:** Vou fazer-vos mais umas perguntas e vamos passar para a atividade.

**Investigador:** O que vos levou aos consumos? Quais os motivos pelos quais consumiste pela primeira vez?

**A.:** A mim o que me levou aos consumos, foi a minha mãe que morreu quando eu tinha catorze anos e eu fiquei sozinha, já trabalhava num restaurante (empregada de mesa), numa churrasqueira Africana que ainda existe. Como a minha mãe morreu aos catorze anos, comecei a ter muita liberdade. Como comecei com muita liberdade, comecei a andar com uma amiga minha que era muito vivida, saía à

noite, ia para as discotecas e trabalhava em boates com quinze anos. E eu comecei a conhecer as discotecas, a vida da noite, e comecei a consumir! Juntei-me com pessoal que consumia e como tinha muita liberdade, não tinha quem mandasse em mim, sentia-me preparada para fazer o que eu quisesse.

**Investigador:** E o restantes?

**J.:** Curiosidade!

**N.:** Também curiosidade e queria experimentar.

**M.:** Curiosidade

**F.:** Também foi curiosidade e também havia muitos amigos meus que tinham boa aparência, fumavam erva e não havia aquele preconceito muito à vista. Todo o mundo os tratava bem e estavam sempre divertidos, não havia aquele preconceito e via que aquelas pessoas também não tinham problemas. Naquele tempo em que provei e comecei a consumir era tudo muito bom, muito lindo, foi mais a questão da curiosidade e depois pensei que também as pessoas era como se fossem fumar um cigarro.

**Investigador:** Consigo ver duas opiniões no grupo, sendo que uma é relativa à curiosidade de consumir e outra já refere a influência de outros nos consumos.

**Investigador:** Eu gostaria de perguntar ao grupo qual o papel dos outros no primeiro consumo.

**A.:** Pronto, a minha mãe nunca me deixava sair, fechava-me em casa e ia para os bares, dava muita prisão. Depois de ela morrer comecei ter a liberdade toda, fazia o que queria, entrava e saía às horas que queria. Fiquei sozinha em casa, com uma casa. E depois a primeira vez meteram um opiol dentro de uma cerveja, eles diziam para eu fumar e eu dizia que tinha medo que não queria, e então eles diziam que um dia iam me drogar e eu dizia “ - Ides ides... Vocês vão meter o charro na boca e eu vejo”. Eu não sabia que existia outras drogas... Um dia estava a beber uma cerveja na esplanada, fui à casa de banho e eles meteram um opiol dentro do copo e bebi aquilo, só me lembro de acordar ao outro dia na minha cama. Depois no outro dia eles estavam-se a rir, "- Então estás bem?" e eu “ - Não, não me sinto nada bem. Não sei o que tenho, não me sinto nada bem... Nem me lembro do que se passou ontem, nem como fui para casa.”. Depois eles disseram "- Ah nos metemos-te um opiol dentro do copo" e estavam se a rir, e

eles disseram " - Agora já podes fumar charros" e eu disse " - Pois realmente se não vou morrer de uma pastilha também não vou morrer por um fumo", e comecei a fumar charros.

**J.:** O meu não foi muito influência, foi mais convívio com miúdas, amigas e amigos, o pessoal fumava e tive curiosidade para experimentar. Comecei a fumar com elas, foi mais por causa disso. Foi propositado, eu podia dizer muito bem que não.

**N.:** Não fui influenciado, queria mesmo experimentar. (*importância dos outros no primeiro consumo*) Nenhuma, foi a primeira vez.

**M.:** Não tive nenhum, foi pura curiosidade. Pelo contrário disseram-me para não experimentar.

**F.:** No meu caso foi semelhante ao do **J.**, mais pelas amigas e os amigos, estava sempre naquela diversão e pronto fumas um charro, não tem mal nenhum. Tu fumas vais ficar bem, relaxado e estamos sempre na boa. Fui fumando, fumando quando vi já estava fumando todo o dia e foi assim que começou.

**Investigador:** Todos os presentes tiveram recaídas?

**A.:** Eu tive aos 9 meses, fumei haxixe.

**M.:** Tive a semana passada.

**J.:** Sim.

**N.:** Sim.

**I.:** Sim.

**F.:** Antes de entrar na clinica sim, depois de entrar na clinica ainda não tive.

**Investigador:** O que vos levou a recair?

**A.:** A mim foi de ver o meu primo a fumar um charro e pedi-lhe para me dar duas passas e ele deu-me metade do charro, e fumei.

**N.:** A minha última recaída foi por ser contrariado, fui fazer ao contrário para a chatear mas quem ficou prejudicado fui eu. Só fiz para chatear a Dr., não foi por saudades, nem necessidades de consumo que nem estava a pensar nisso antes que me dizer que não, ela não estava a dar-me uma coisa que eu queria, então também lhe quis chatear.

**J.:** Lá fora tive umas quatro ou cinco e o máximo que eu tive foi três anos e meio sem consumir. Chega um certo tempo em que a gente se sente bem fisicamente e

psicologicamente que a gente facilita, minimiza aquilo demais: "Eu fisicamente sinto-me bem, bem de cara e tudo". A partir do primeiro pacote aquilo é sempre a correr. Pode ser um pacote hoje e daqui a três semanas não fumamos mais nada mas aquilo desperta um bichinho dentro de nós e não se cala, está sempre ali: "vai, vai...", várias vezes, mas pronto! Mas eu nunca tive em comunidades terapêuticas, sem tratamentos ou medicamentos.

**Investigador:** O **M.** tinha referido que o motivo da recaída tinha sinto a própria vontade de o fazer, certo?

**M.:** Foi a minha vontade própria, foi espontâneo. Estava em casa, deu-me vontade e fui, não aguentei.

**F.:** Eu me identifico com o que o **J.** disse, não passei tanto tempo, no máximo passei 5 meses sem consumir e achava que estava porreiro, estava fixe e voltava. Pensava: "estou a privar-me das coisas que gosto, fumar uma vez não vai prejudicar em nada". E aquilo desperta de novo o bicho dentro de nós, dentro da gente.

**Investigador:** Consumias como forma de lidar com alguma coisa?

**F.:** Conflito, com o *stress* ou alguém me tratar mal, talvez as pessoas não me tratavam mal mas davam pouca atenção e eu precisava era de atenção, e revoltei-me com aquela pessoa, "as pessoas não gostam de mim". No meu antigamente pensava que era porque não queriam falar mais comigo, não enxergava o lado das outras pessoas e hoje em dia já consigo enxergar. Nem sempre as pessoas que estão lá fora têm menos problemas que nós, têm carro, têm casa, têm tantas coisas para pagar, têm confusão no trabalho, e quando chega uma pessoa para pedir um pouco de ajuda ou falar dos problemas aquelas pessoas às vezes não têm tempo e, eu às vezes pensava que era sempre um excluído, um rejeitado, sei lá... Achava que as pessoas achavam isso de mim e me levava a pensar que eu não era nada, que eu tava bem e ninguém me dava atenção, como se eu tivesse mal também que era a mesma coisa.

**Investigador:** Alguém partilha ou revê-se na situação do **F.**?

**I.:** Sim.

**Investigador:** Porquê?

**I.:** Porque isso já me aconteceu. Estar rodeada e sentir-me só ou então querer desabafar, pedir ajuda e não há tempo! Ou não estou para te ouvir!

**Investigador:** O que te fazia sentir?

**I.:** Ainda pior.

**Investigador:** Isso levava-te a recair?

**I.:** A recair e a fumar ainda mais.

**A.:** Eu nunca fui muito de desabafar.

**Investigador:** Qual a influência dos outros nas vossas recaídas?

**N.:** A mim foi verem-me bem e chegarem-se ao pé de mim com um pacote, apresentar os produtos.

**Investigador:** Os outros significativos de que forma influenciam as vossas recaídas?

**I.:** Eu recaí pela minha vontade própria.

**A.:** Por exemplo, o tio da minha filha é um bocado ignorante, porque ele sabe que eu faço um tratamento e ele oferece-me logo se eu pedir, dá-me logo. Por exemplo, se fosse eu já era capaz de dizer que não: "estás a fazer um tratamento", "não devias de fumar", já era capaz de dizer isso, mas ele não, ele dá logo. Também não é por mal, é por ignorância.

**F.:** Antes achava que as pessoas influenciavam a minha recaída, mas agora vejo que ninguém é culpado pelos meus atos.

**Investigador:** Pronto vamos terminar a sessão das perguntas, vamo-nos sentar todos no chão em forma de círculo.

**Investigador:** Cada um de vocês vai tirar um papel de dentro da caixa. A caixa contém papéis com sentimentos e irei realizar umas perguntas em detrimento do sentimento retirado. Caso não seja um sentimento que tenha experienciado poderão passar para o colega do lado. Demorem o tempo que necessitarem para recordar-se do episódio ou acontecimento. Tentem ser o mais realistas, ou seja, descrevendo com quem estavam, onde estavam, o que sentiram, o que pensaram, como se comportaram e como se comportaram os outros. (Um dos elementos tira o papel, **F.** retira o sentimento, culpa)

**Investigador:** Recorda e partilha um acontecimento em que tenhas sentido o sentimento de culpa durante a época dos consumos.

F.: Isto para mim até é fácil. Por exemplo quando a minha mãe está mal, sei que tenho influenciado, tenho culpa naquilo e me sinto culpado. A minha mãe tem câncer e sei que câncer todos nós nascemos com a célula e em umas pessoas desenvolve e outras não. A minha mãe é uma pessoa muito preocupada, na forma de ser dela, ela leva as coisas muito para si, para dentro dela e eu nunca fui um filho daqueles, exemplar. Já cometi muitas coisas, coisas que uma mãe não aprova, isso é certo, consumir drogas, desobediência, entrar em cursos e não concluir e andar com pessoas que ela não queria, fazer muitas coisas. Mas a principal coisa foi entrar nos consumos de drogas e estar sempre recaído, recaído não, estar sempre dentro, sempre afundado nas drogas e nunca queria ser ajudado, de certa forma achava que por mim próprio conseguia sair daquilo, que era uma pessoa forte e que parava quando conseguia. Me sinto muito culpado às vezes quando ela está muito mal e tem que ser socorrida às vezes, e sei que em grande parte daquela doença, que levou a ter aquela doença, as preocupações que ela teve na vida, comigo e com a minha outra irmã. É que a minha irmã quando estávamos, a minha irmã já teve meningite e essa doença também não é fácil, estive também à beira da morte. Eu já tive pneumonia também, já tive de ficar internado. Mas acho que devido à minha culpa, principalmente foi das drogas, deixei-a muito desiludida, muito preocupada, muito doente. Passou dias em casa com depressão, não comia, só chorava porque sabia que eu consumia, às vezes ia a casa, às vezes não ia. E hoje em dia já consigo deixá-la um pouco mais feliz porque estou aqui na clínica, estou-me a tratar. Sempre que falo com ela, quer ver a minha foto, como estou fisicamente. O que me sinto mais culpado é com a minha mãe mesmo.

**Investigador:** E um episódio específico?

F.: Foi uma vez quando cheguei em casa tinha consumido erva e sabia que tinha em casa uma quantidade (para aí cem gramas de erva), tinha cem gramas de erva escondida em casa, aparentemente escondida mas acha tudo. Eu voltei para ir buscar mais erva, quando cheguei para ir buscar, vou lá procurar no esconderijo e já não encontro, fiquei em pânico e pus-me a procurar. Quando veio a minha mãe, abre a porta do quarto e aparece assim com a droga toda na mão, "Estás a procurar isto?". Foi um episódio surreal, foi mesmo, na hora, no momento, levei um bom

sermão mas não levei em conta, mas depois quando me deitei para dormi, fiquei a pensar naquilo e passei uma semana mesmo, me sentindo muito culpado, muito infeliz por fazer aquilo.

**Investigador:** E o que pensas-te?

**F.:** Pensei sinceramente que não merecia nenhum tipo de ajuda, sinceramente se fosse por ela, merecia até a morte, por fazer aquilo. Por uma pessoa que sempre me ensinou as coisas boas, as coisas certas. Nunca fui de roubar, nem mexer nada dos outros, podia mexer no que era meu, da minha casa, da minha família mas se for a casa dos outros, podem ter ouro prata, eu saio pela porta e não pego. Sempre fui ensinado assim. E outras coisas, principalmente o consumo de drogas e outras coisas. Hoje em dia já me consigo sentir menos culpado de muitas coisas.

(**J.** retira o sentimento ciúme)

**Investigador:** Tens de recordar e partilha um episódio específico que demonstre o sentimento ciúme nos outros durante a época dos consumos.

**J.:** Ciúmes?! Da parte da minha esposa, que eu saia, não dizia o que ia fazer, mas ia consumir, e ela estava sempre com aquele ciúme: " - Que vais fazer? Estás sempre para aí!". Depois quando ela descobriu que eu andava na heroína ela continuou a sentir ciúmes. Que eu a estava trocando por uma merda daquelas.

**Investigador:** Como se comportou?

**J.:** Ninguém a podia sofrer (mesma coisa que aturá-la) quando ela se comportava com ciúmes.

**Investigador:** Não queres descrever como?

**J.:** Era chata, estava sempre chateando, pegava-me por qualquer coisa. Se eu chegasse a casa com o cabelo abatido, quando fazíamos sexo o cabelo abatia (risos do grupo) ela " - Que estives-te fazendo? Estás com o cabelo abatido.". E aquilo mexia comigo.

**Investigador:** E o que pensavas da situação?

**J.:** Epá muitas vezes ela tinha razão, mas eu nunca dava o braço a torcer.

**Investigador:** O que te faziam sentir os comportamentos dela?

**J.:** Fazia-me sentir revoltado, chateado, aborrecido, farto muitas vezes.

(**M.** tira o sentimento medo)



**Investigador:** Recorda-te e partilha um episódio em que tenhas sentido medo durante as recaídas.

**M.:** Tenho medo que o programa está acabar e eu ainda não consegui.

**Investigador:** Descreve o acontecimento que originou o sentimento medo.

**M.:** Durante o fim de semana fui a casa e bebi. Primeiro pensei, mas não pensei como devia ter pensado. Devia ter pensado mais nas consequências e não pensei tanto, mantive-me a beber. E agora tenho medo, medo que o programa está acabar e, saber as ferramentas eu sei mas ainda não as sei utilizar.

**Investigador:** E tens medo de quê?

**M.:** Tenho medo que acabando o programa saia de cá e volte para a mesma vida que andava... Eu não quero isso para mim, tenho medo.

(A. retirou o sentimento alegria)

**Investigador:** Recordar e partilhar um acontecimento recente em que tenhas sentido o sentimento alegria.

**A.:** Eu sinto-me alegre quando estou com o meu neto, dá-me uma felicidade tremenda.

**Investigador:** Descreve-me um acontecimento em que tenhas sentido alegria.

**A.:** Com o meu neto quando lhe faço cocegas e ele ri-se à gargalhada, e gosto de o ver ri-se às gargalhadas.

**Investigador:** E o que te faz sentir?

**A.:** Faz-me sentir feliz. Às vezes penso que nem merecia ter assim um neto.

**Investigador:** Porquê?

**A.:** Porque sei lá, não sei... Porque podia ser melhor. Deus até é meu amigo, não me deu um filho mas deu-me um neto e agora vou para o segundo neto, até me deu dois netos. Acho que sou muito feliz nisso.

(I. retirou o sentimento amor)

**Investigador:** Recorde e partilhe um acontecimento que demonstre o sentimento de amor nos outros durante as recaídas.

**I.s:** Nas recaídas, eu sempre tive recaídas às escondidas. Os meus filhos quando tive estas últimas recaídas eles compreenderam que a minha vida não tinha sido fácil e quem tem problemas com drogas, fica sempre aquela coisa... E eles compreenderam perfeitamente o fato de eu estar internada, já me dão muita força

e eu mudei muito. Eu ter a recaída, eles não puseram-me de parte e compreenderam, também não passou em branco.

**Investigador:** Descreve-me mais essa recaída que tiveste.

**I.:** Eu tive duas recaídas numa semana. Uma com álcool e outra com cocaína. O álcool fui ao supermercado para comprar umas coisas e trouxe uma garrafa de vinho e bebi-a toda. Para que não se apercebessem disse que estava doente e meti-me na cama, estava doente, estava doente e doía-me a cabeça. A cocaína não é a minha droga de eleição, a minha droga de eleição é a heroína, mas naquele dia estavam mesmo a vender coca e apeteceu-me dar um fumo, e eu " - Vou comprar umas bases", e como eu tinha dinheiro e estava sozinha aproveitei e comprei umas bazarocas. Quando eles chegaram, o miúdo nem se apercebeu mas ele olhou para mim (marido) e disse-me logo, "- Segunda-feira estavas bem mas hoje estás pior".

**Investigador:** O que achas das situações?

**I.:** Achei mal, achei muito mal da minha parte porque eles não merecem, nem o meu marido, nem os meus filhos, nem a minha família merecerem estas recaídas.

**Investigador:** Nessa situação de recaída onde percecionaste amor por parte dos outros?

**I.:** Senti que eles, como hei-de explicar... Incriminavam-me mas ao mesmo tempo passavam-me a mão pelo, passavam-me a mão como quem diz, " - Deixa lá para a próxima não vais voltar a recair", mas eu sentia sempre aquela frustração, olhando para eles eu sentia-me frustrada. E quando cheguei à clinica tive vergonha porque toda a gente ia saber, porque aqui nada passa em branco, toda a gente sabe. A frustração, a vergonha, mas amor acho que não o perdi.

**Investigador:** O que te faz sentir?

**I.:** Muito bem.

**Investigador:** O que é bem para ti?

**I.:** O que é bem para mim? É eles se lembrarem de mim, vir-me visitar, ir a casa e ser bem recebida. Antigamente era logo chatices, agora não perguntam, " - Mãe como estás?", " - Estás ótima, com bom aspeto!", nota-se nas pessoas quando as pessoas estão a falar verdade.

(N. retirou mal-estar)

**Investigador:** recorde e partilhe um acontecimento recente em que tenhas sentido mal-estar.

**N.:** Um consumo que tive em casa e que fui apanhado com a seringa no braço. O meu irmão entrou dentro do quarto e viu aquela situação e foi chamar a minha mãe. Esqueci-me da seringa no braço e adormeci.

**Investigador:** Porquê que te fez sentir mal-estar?

**N.:** Então o meu irmão de dez anos assistiu a uma cena dessas!

**Investigador:** E o que pensas-te naquela situação?

**N.:** Na altura tava bem, caguei para o assunto, acordei à chapada com a minha mãe, " - Seu filho da puta, o teu irmão entrou aqui e viu-te assim, já viste como é que estás?". Atualmente acho que foi um mau exemplo.

(**F.** retirou o sentimento orgulho)

**Investigador:** Recorde e partilhe um acontecimento recente em que os outros significativos tenham demonstrado o sentimento orgulho.

**F.:** Isto foi até a semana passada que eu fui ter com a minha irmã e conheci como ela se sente, já orgulhosa em me ver no estado que estou, já consegue sentir que eu sou uma pessoa melhor, uma pessoa mais verdadeira, e o que falo, faço com vontade de fazer, não era como antigamente que eu fala só mentiras e era só para enganá-la para dizer que estava bem e ela sabia que não estava bem, e aquilo fazia-lhe mal, fazia a deprimir e sabia que aquilo (droga) me ia levar à morte mais cedo. Hoje em dia que eu estou em tratamento já consegue ter orgulho, a minha mãe também e os meus familiares no Brasil também, sempre muito orgulhosos por mim. Estou com a decisão tomada, eles conseguem ver que estou a trabalhar para não ter nenhuma recaída e não levar à vida que tinha antes.

**Investigador:** O que te faz sentir o orgulho que os outros demonstram?

**F.:** Consigo ver o orgulho mas também tenho medo de perder esse, não de perder mas de fazer eles, perder o orgulho deles em mim, em relação à minha pessoa, em invés de me ver com orgulho e me abandonarem de vez no caso se eu recair. Eu tento fazer ao máximo para nunca recair. Enquanto estou aqui tento fazer o mais certo possível, perante a clínica e outros utentes aqui, para nunca desrespeitar ninguém nem quebrar nenhuma regras e não ser culpado, e depois me sentir culpado por alguma coisa que não venha correr para o meu processo. Quando sair

daqui eu já tenho a decisão tomada e sei que este é o primeiro e último tratamento que faço, com relação às drogas.

(**J.** retirou o sentimento, ansioso)

**Investigador:** Recorde e partilhe um acontecimento recente em que te tenhas sentido ansioso.

**J.:** Na altura que as minhas filhas vinham para cá, para Vila do Conde, fiquei ansioso e não estava sabendo lidar com isso. (**Investigador:** Porquê?) Porque eu não tenho paciência para esperar, estava me virando contra as pessoas, já estava sem vontade de ir aos grupos, sempre com aquilo na cabeça, "nunca mais chega o dia".

**Investigador:** Quais eram as tuas expectativas em relação a vinda das tuas filhas?

**J.:** Eram boas, bem boas, eu é que não soube lidar com a espera, que é o que está acontecendo agora outra vez.

**Investigador:** E achas que agora saberás lidar com isso ou estás a lidar de forma diferente?

**J.:** Agora está melhor.

(**M.** retirou o sentimento, respeito)

**Investigador:** Recorde e partilhe um acontecimento que demonstre o sentimento respeito nos outros durante a época dos consumos.

**M.:** Vou falar da minha irmã. A minha irmã sempre teve respeito por mim, mesmo nos consumos a minha irmã sempre teve respeito por mim. Nós somos muito apegados, e ela ficava mal por ver-me a ressacar ou drogado, ficava mal. Eu sentia que ela sentia respeito por mim porque eu dizia qualquer coisa e ela respeitava.

**Investigador:** O que te fazia sentir os comportamentos da tua irmã?

**M.:** Eu pedia alguma coisa e ela, "também", fazia. Ela sabia que estava doente e mostrava respeito por mim, só me dava força, não me deixava ir abaixo, demonstrava respeito por mim.

**Investigador:** E o que achas do seu comportamento?

**M.:** Naquele tempo eu pensava que era tudo normal, mas agora vejo que ela no fundo queria me ajudar e ela ajudava-me a ter respeito por mim, porque sabia que eu estava doente.

(A. retirou o sentimento, confiança)

**A.:** Por exemplo, no mundo da droga é difícil terem confiança.

**Investigador:** Falta a pergunta. Recorde e partilhe um acontecimento que demonstre o sentimento de confiança nos outros no período dos consumos.

**A.:** Por exemplo, quando eu andava na droga, as assistentes sociais deram-me um curso de animação sociocultural, para trabalhar com idosos, e eu acabei o curso e fui a única que fiquei empregada, o padre deu-me emprego fiquei a trabalhar nove meses com os idosos. Depois a assistente social do curso começou-me a chatear a cabeça para ir para casa dos sogros trabalhar porque eu era uma pessoa de confiança, em que podia confiar porque não podia meter qualquer pessoa na casa dela e tanto me chateou a cabeça que eu larguei o centro do dia e fui para casa dos sogros. Era uma casa com muitos valores e ela só confiava em mim, depositou confiança em mim.

**Investigador:** Como te fez sentir o comportamento dela?

**A.:** Porque ela via que eu era uma mãe dedicada à minha filha, já tinha três anos e meio a minha filha e era divorciada, estava a trabalhar no divórcio, ela é que foi a minha testemunha, e ela via que eu era uma pessoa muito atinada, muito responsável, apesar de fumar charros, era uma pessoa muito responsável e então que era a pessoa indicada. Porque os outros eram mais heroína e coca e eram piores, consumiam e iam dormir para as aulas. Era a única que mostrava confiança, era responsável. E valeu a pena que eu sou uma pessoa de confiança mesmo. Já quando andava no mundo da droga os dealers confiam muito em mim, para guardar droga e dar-me droga para vender à consigna.

(I. retirou o sentimento, tristeza)

**Investigador:** Recorde e partilhe um acontecimento que demonstre o sentimento tristeza nos outros durante as recaídas.

**I.:** É normal ficarem tristes, o meu marido. Houve uma altura que eu tinha consumido e ele chegou com o miúdo e não tinha o jantar feito, pronto estava bem! Ele disse que ia sair de casa que já não aguentava mais, que estava saturado, ver a destruir-me e ao mesmo tempo estava a destruir a ele, que ia refazer a vida. Eu pedi-lhe que não fizesse isso, fiquei triste, chorei, acho que me passou a ganza logo naquele momento, foi um momento de tristeza. E tive outros. Senti-me muito

mal comigo mesma, sei que não devia consumir, mas eu estava agarrada. Pensei em curar-me mas sabia que sozinha não conseguia, não era ficar fechada que eu ia conseguir, eu tinha que ter apoio. Ele saía de manhã e eu ficava sozinha, porque na altura já nem dava para ir trabalhar porque ressacava ou tirava a ressaca e entrava mais tarde.

(N. retirou o sentimento, inveja)

**Investigador:** Recorde e partilhe um acontecimento recente em tenhas sentido inveja.

N.: Ainda ontem senti, estava na praia e estava lá um gajo com um iate e a gente estava-se a chegar e ele estava com duas piquenas dentro do barco e depois eles começaram andar para cima e para baixo e a fazer sky não sei quê, a curtir som. E eu senti bueda inveja.

**Investigador:** O que achas-te da situação?

N.: Achei que queria mudar para ter também, não o mesmo modo de vida deles, até porque não tenho dinheiro para isso mas pelo menos para ter uma vida mais ou menos.

(F. retirou o sentimento, ódio)

**Investigador:** Recorda e partilhe um acontecimento recente que os outros tenham demonstrado ódio.

F.: Isso também é fácil, foi para aí no ano passado, estava na casa da minha irmã e estava com muitas vontades de consumo, não tinha nenhum dinheiro, não tinha trabalho. Na casa da minha irmã tinha o pc dela e eu como não tinha dinheiro fui empenhar o pc dela, e peguei cinquenta euros e fui consumir. Consumir o dinheiro todo, não pensei em nenhuma desculpa, e quando estava consumir comecei a pensar em qual desculpa ia dar, e quando chegou à noite a primeira coisa que ela deu falta foi o pc. Eu disse que tinha avariado e mandei concertar, mas ela já sabia, pensou logo que tinha mentido e eu disse que tinha mandado concertar e sustentei essa mentira até de manhã, mas de manhã já não conseguia mentir e disse a ela que tinha empenhado o pc e ia buscar na sexta-feira que era quando eu ia pegar o dinheiro do trabalho, e ela ficou muito revoltada, ficou com ódio de mim, disse que estava com ódio de mim. Chorou e bateu nas paredes e nas panelas, em tudo! Ela disse nesse dia que se ela voltasse e o pc não estivesse lá

que eu pegasse nas minhas coisas e que não queria-me ver lá mais lá, nem pintado de ouro. Estava com muito ódio de mim, ligou para a minha mãe no Brasil e contou tudo o que eu tinha feito e isso foi muito triste. Pude sentir o ódio com que ela estava, do que eu tinha feito, da atitude que eu tinha tomado. Perdi o convívio com ela, perdi a amizade dela, cheguei a dormir na rua para aí uma semana e depois falei com um amigo e fui passar dois meses na casa dele.

(J. retirou o sentimento, zangado)

**Investigador:** Recorde e partilhe um acontecimento que demonstre o sentimento zangado nos outros durante a época que consumias.

J.: A minha irmã, a minha mãe, o meu pai. A minha irmã sentia-se zangada muitas vezes, ela uma vez veio atrás de mim de carro, ela sabia que eu tinha ido consumir porque ela seguia-me, ela passou de carro por mim e mandou-me parar e eu fingi que não vi e continuei, e ela sempre atrás de mim. Apanhou-me porque eu passei por um sitio onde estava uma carrinha estacionada e eu tive de parar, apanhou-me. Perguntou-me o que tinha ido fazer e eu disse que tinha ido dar uma volta que tinha ido beber uma cerveja, "- Não tu foste foi consumir, diz-me a verdade!", e ela ficou zangada comigo na altura porque disse na altura que não tinha consumido. Ela às vezes diz que sentia-se zangada comigo porque nunca " - Foste pessoa de dizer o que tinhas feito".

**Investigador:** O que te fez sentir o comportamento dela?

J.: Fez-me sentir, arranja mais dinheiro para ir buscar mais. Era coisas que eu não ligava, não tinha sentimentos. Os únicos sentimentos que eu tinha era " - Vamos arranjar dinheiro para irmos fumar", apanhas-te que se lixe, agora é que a gente vê isso.

(M. retirou o sentimento, raiva)

**Investigador:** Recorde e partilhe um episódio que demonstre o sentimento, raiva, nos outros durante as recaídas.

M.: O meu pai. Quando eu roubava dinheiro, o meu pai quando lhe passava a bebedeira vinha a saber e entrava em loucura logo, queria me bater, partia tudo em casa.

**Investigador:** Como te comportavas?

**M.:** Eu dizia que não era eu, dizia que não fui eu, e por vezes, saía de casa, deixava as coisas arrefecer, até passar a raiva do meu pai.

**Investigador:** O que sentias em relação ao sentimento de raiva do teu pai?

**M.:** Nesse momento sabia que fiz asneira mas não queria saber de nada, o que eu queria era que ele apanhasse a bebedeira para roubar mais dinheiro.

(**A.** retirou o sentimento, admiração)

**Investigador:** Recorda e partilha um acontecimento recente em que os outros tenham demonstrado admiração.

**A.:** Aos dezoito anos tive uma hepatite e tive às portas da morte e curei-me, deixei de consumir drogas durante três anos e as pessoas admiravam-me, " - Tu que foste uma rapariga que foste criada sozinha, sem pai, sem mãe, conseguiste sair das drogas, estás casada, tens uma filha, és uma boa mãe, és o exemplo de muitas casas!", muitas mães diziam aos filhos para botarem os olhos em mim, " - Olha aquela rapariga sem mãe e sem pai, viveu sozinha, os trabalhos que ela passou na vida e olha o que ela é agora". As pessoas tinham muita admiração por mim.

**Investigador:** O que te fazia sentir?

**A.:** Sentia-me bem com isso.

**Investigador:** O que achavas dessa admiração?

**A.:** Pensava que era verdade porque era, porque eu tinha passado trabalhos por não ter pais e depois tinha-me livrado sozinha.

(**I.** retirou o sentimento, gratidão)

**Investigador:** Recorda e partilha um acontecimento recente em que tenhas sentido gratidão.

**I.:** Tenho sentido gratidão da parte da minha mãe, porque a minha mãe sofreu muito comigo. Somos três filhos e eu era a única rapariga, onde ela tinha a bonequinha dela, os meus irmãos nunca consumiram drogas, nem álcool, quer dizer bebem álcool mas nada de exageros, e a minha mãe agora sente-se grata por estar aqui na clínica, porque ela via-me um farrapo.

**Investigador:** O que te faz sentir?

**I.:** Bem, muito bem e eu até me sinto orgulhosa, porque finalmente consegui.

**Investigador:** Agora gostaria que o grupo me respondesse a umas perguntas.

**Investigador:** Como se sentiram neste jogo?



**I.:** Eu senti-me bem, é agradável .

**M.:** Eu também senti-me bem, aliviado por expor coisas que tinha cá dentro, fez-me bem, e recordar-me da merda que eu era. Que agora estou bastante modificado e espero continuar assim, não ter mais recaídas.

**A.:** Eu senti-me bem, gostei do jogo, também para a gente se lembrar de coisas antigas que fazia, que fazíamos sofrer os outros e isso. Senti-me muito bem.

**Investigador:** Todas partilham da mesma opinião?

**J.:** Fez-me lembrar de coisas boas e más, foi divertido.

**F.:** Acho que o mais importante é que nos faz lembrar as pessoas que eramos antes e a pessoa que somos hoje em dia, isso é muito bom para nós, gratificante.

**Investigador:** O que acharam do jogo em sim?

**I.:** Eu achei engraçado.

**M.:** Um jogo divertido, foi uma boa dinâmica.

**F.:** Um jogo divertido e produtivo, acho eu!

#### **4º Sessão de Intervenção:**

**Investigador:** Antes de mais, vocês já sabem que é a última sessão?

**Grupo:** Sim

**Investigador:** Queria vos agradecer a...

**A.:** Participação

**Investigador:** Sim a participação, vocês terem vindo, terem-se demonstrado disponíveis, os contributos que deram nas diversas sessões. Irei fazer inicialmente um conjunto de perguntas e depois iremos fazer uma atividade. Irei explicar a atividade depois, a atividade é bastante engraçada, bastante prática...

**M.N.:** Atividades já tenho aqui muitas...

(risos)

**Investigador:** Você nunca fez uma atividade como esta, isso lhe garanto. Antes de mais gostava que refletissem um bocado sobre as sessões que tivemos, que fizessem uma retrospectiva do processo, ou seja, de todas as sessões que tive a

oportunidade de falar convosco e de vocês comigo. Queria que recordassem como foi a primeira sessão, o que foi feito.

**A.:** Eu da primeira sessão não vim.

**F.:** Eu lembro da primeira sessão mais ou menos, teve uma saca de perguntas e como nos sentíamos e isso, se conhecíamos as pessoas aqui da comunidade e como era o nosso contato com as outras pessoas. Os grupos inicialmente foram para nos ajudar a ter um melhor contato uns com os outros aqui, desconhecíamos os outros. Foi muito produtivo, todos nós que viemos para o grupo...

**M.:** Foi esse o primeiro?

**Investigador:** Foi, não estiveste na primeira sessão.

**M.:** Em Vila do Conde foi diferente.

**Investigador:** Estou a falar das sessões que tiveram comigo, as sessões de intervenção.

**A.:** Eu não me recordo, eu só me recordo da sessão da semana passada, não me recordo de mais nenhuma. Tenho muita coisa na cabeça!

**Investigador:** Foi sobre a confiança. Recordam-se? Falamos de vários temas que incidiam sobre a confiança, de quem confiávamos e não confiávamos, quais as características de uma pessoa confiável, etc .

**A.:** Já me recordo da sessão.

**Investigador:** Na segunda sessão recordam-se?

**P.:** Não estava cá.

**Investigador:** Na segunda sessão fizemos aquela encenação do pedido de ajuda e da aproximação dos outros. Eu dei-vos um contexto em que existia um indivíduo que tinha perdido contato com um amigo de longa data e que tinha ido para o estrangeiro trabalhar...

**A.:** Ah sim! Já me lembro, eu participei nessa.

**F.:** Sim.

**Investigador:** Todos se recordam?

**P.:** Eu não, não estava cá.

**M.:** Eu não.

Restante grupo recorda-se.

**Investigador:** Na terceira sessão fizemos uma encenação relacionada com o conflito...

**P.:** Esse já estava, fiz o papel do pai, do sogro dela, essa recordo-me.

**A.:** Essa foi a semana passada? Eu recordo-me.

**M.N.:** Essa foi à duas semanas.

**A.:** Então a da semana passada foi sobre quê?

**Investigador:** A semana passada foi sobre sentimentos.

**M.N.:** Essa não sei...

**A.:** Eu acho que não estava cá.

**F.:** Estavas sim, até estavas com as calças muito apertadas de estares sentada no chão.

**Investigador:** Pois o Sr. **M.N.** não esteve. Quem quer explicar ao Sr. **M.N.** o que tivemos a fazer?

**F.:** No outro fim de semana foi uma caixinha, com alguns papéis de sentimentos.

**A.:** Ah pois foi!

**F.:** Cada um de nós tirou para aí, em três rodadas, cada roda tirávamos um papel, sobre confiança, outro amor, e tinha duas questões, uma era para saber se já tínhamos passado por aquilo e como as pessoas nos aceitavam com aquelas recaídas ou com aquele sentimento que puxamos. No meu caso foi... (referência ao sentimento que lhe calhou)

**M.:** Eu já não me lembro...

**F.:** Eu também já não me lembro também de quase tudo, mas o meu foi tipo, como vou dizer, tipo como se fosse confiança, não foi confiança, já não me lembro.

**A.:** Eu já não me recordo quais foram que me calharam a mim...

**Investigador:** A ti foram, deixa-me ver, saiu ansioso mas esse foi para o **J.**, medo e respeito foi para o **M.**, amor foi para...

**F.:** A **I.**

**Investigador:** Sim, para a **I.**

**F.:** Tristeza para a **I.**

**M.:** O meu foi medo.

**F.:** O meu foi culpa.

**Investigador:** Para a **A.** foi alegria.

**A.:** Pois foi, para o meu neto.

**Investigador:** Que mais sentimentos saíram?

**A.:** Confiança?

**Investigador:** Pois foi, saiu-lhe confiança.

**M.:** Confiança foi para mim!

**Investigador:** Não, confiança foi para ela, a ti foi respeito, que falas-te da situação da tua irmã.

**M.:** Ah foi respeito e medo.

**Investigador:** E no **F...**

**F.:** O meu foi culpa...

**Investigador:** Sim culpa, exatamente.

**F.:** E foi um parecido com confiança ou orgulho, foi isso, orgulho.

**M.:** Foi orgulho!

**F.:** Orgulho e outra coisa qualquer.

**Investigador:** Vocês gostaram dessa sessão?

**F.:** Foi

O grupo acena.

**M.N.:** Oh Setor! Aquilo era para eles analisarem quando andavam em consumos, era?

**Investigador:** Não, tinha várias etapas. As perguntas eram de dois tipos, ou seja, uma situação em que tivessem sentido aquele sentimento em três situações: na época dos consumos; nas recaídas e recentemente. Depois a outra pergunta em relação às três mesmas situações, relacionava-se com uma situação em que os outros tivessem demonstrando esse sentimento. Foi uma situação muito prática, sentamo-nos no chão e depois vocês ficaram com o corpo dorido e fomos novamente para as cadeiras.

**A.:** As calças estavam apertadas, estava de corsários.

**Investigador:** Eu gostava que descrevessem o que sentiram em relação às sessões.

**P.:** Aquelas em que eu estive gostei, foi divertido. Aquela do teatro, gostei de fazer... o papel, fiz de homem e sogro dela.

**Investigador:** E depois o N. fez de filho.

**P.:** Era, o N. fez de filho.

**Investigador:** E falava muito fininho.

(risos)

**A.:** O N. também foi embora, quis ir embora.

**Investigador:** Pois foi.

**F.:** Foi a escolha dele.

**Investigador:** Eu tenho pena que tenha decidido ir embora.

**M.N.:** Eu acho que para mim foi uma mais-valia, todo o género destes grupos tornam-nos, sei lá, mais fortes, pois a gente aprende sempre mais alguma coisa.

**A.:** (em tom de brincadeira) Ah vocês comigo não aprendem nada! (risos)

**Investigador:** O que quer dizer quando fala de força? Mais força para quê?

**M.N.:** A amizade em si, uns com os outros.

**A.:** Uns com os outros, que eles não são do mesmo grupo.

**M.N.:** Ajuda a perceber a maneira de pensar, por exemplo, daquele colega em que antes era só “ - Bom dia!” ou “ - Boa tarde!”, assim uma pessoa conhecendo-a e falando com ele, sabendo o que ele quer, a gente daí já tira mais deduções, ele de mim e eu dele. É produtivo.

**P.:** Aprende-se a conhecer melhor as outras pessoas.

**Investigador:** Então este grupo tem tido vantagens para vocês?

Grupo concorda.

**A.:** Tem sido uma mais-valia.

**Investigador:** E que vantagens?

**A.:** Para mim é mais para a impulsividade, que eu não controlo bem.

**Investigador:** Este grupo ajudou-te a criar estratégias para controlares a tua impulsividade?

**A.:** Sim, mas ainda não a controlo bem, quando me dá os azeites é muito difícil, os nervos são muito poderosos, cegam-me é muito complicado.

**Investigador:** Para os restantes, quais foram as vantagens das sessões que temos vindo a ter?

**F.:** Para mim, sinceramente foram muito produtivos estes grupos, todos que tive. Os que participei, se faltei, faltei para ai três no máximo (sessões iniciais)

**M.:** Os meus foram cinco.

**F.:** Para mim foi muito produtivo, me deu mais confiança em mim mesmo, me fez lembrar de muitas coisas que já não quero passar por aquilo de novo e puder fazer o melhor para mim próprio e para as pessoas que estão ao meu lado, para os meus amigos, no geral fazer as coisas como têm de ser feitas. Isto é sempre bom, relembrar e nos focar mais em nós. Esses grupos têm-nos ajudado em saber lidar com as outras pessoas e com as pessoas aqui da comunidade, mas focando-se no meu caso, tem-me dado mais força, mais direcionado para o que eu quero, isso é super produtivo para mim.

**Investigador:** E os restantes? O que ganharam com estas sessões?

**Investigador M.,** o que é que ganhaste com estas sessões?

**M.:** O quê é que eu ganhei, ganhei mais conhecimento...

**F.:** Uma forma de pensar diferente...

**M.:** Sim uma forma de pensar diferente, fez-me lembrar como o **F.** disse o meu passado, é um grupo diferente daqueles que estamos habituados, terapia, terapia. Aqui temos outra, aqui fazemos terapia mas de forma diferente, é construtiva, e é positivo. Faz lembrar o que nós eramos e o que nós estamos a ser e o que nós ainda podíamos vir a ser.

**P.** Eu estou de acordo com ele (referência ao **M.**).

**Investigador:** E o Sr. **M.N.** o quê é que ganhou com estes grupos?

**M.N.:** Eu ganhei aquilo que já lhe disse Setor. Ganhei um bocadinho de mais experiência, que faz sempre falta. A experiência também ajuda-nos a ter outras qualidades, a gente amadurece mais um bocadinho, controla-se mais em certas situações, aprende também isso, vai-se acomodando cá dentro.

**Investigador:** O que acham que vão perder com o término das sessões?

**A.:** Que vamos perder?

**M.N.:** Com o final deste grupo?

**P.:** Não vamos perder nada, Dr.

**A.:** Não vamos perder nada, ganhamos mais segurança.

**P.:** Exatamente.

**F.:** Perder a gente perde sempre alguma coisa, quando a gente deixa de praticar ou de participar.

**M.N.:** Eu perder, não perco nada, em geral não é bem o termo.

**M.:** Eu não perco nada.

**M.N.:** É só ter a lembrança do que passei aqui, se eu tiver a lembrança do que passei aqui, acabo por não perder nada, posso transferi-lo para o futuro.

**Investigador: M.** o que estavas a dizer?

**M.:** Eu acho que não perco nada, nem ganho nem perco.

**Investigador:** Tinha referido antes que tinhas ganho alguma coisa com as sessões, certo?

**M.:** Ganhei.

**P.:** Ganhado! Isso, ganhamos!

**Investigador:** Então não perdes mas ganhaste?

**M.:** Ganhei.

**P.:** Aprende sempre, aprendi mais um bocadinho, a confiança mesmo nos próprios colegas também, não os tinha assim

**M.:** Tínhamos outra expectativa como eram as outras pessoas, por exemplo tive os problemas que tive e não sabia do caso da **A.**, do Sr. **M.N.**. Aprende-se a conhecer melhor as pessoas.

**P.:** Exato!

**M.:** A conhecer intimamente mais um pouco.

**F.:** Sabem um pouco do que as outras pessoas passaram, que estão aqui connosco, passamos o dia-a-dia, mas não conhecemos aquela pessoa minimamente, assim os problemas que ela já passou na vida. Só conhecemos os nossos problemas e é sempre mais fácil pensar em nós do que nos outros. Mas quando conhecemos um pouco mais a pessoa, já não temos aquele tratamento de deixar para lá ou falar qualquer coisa.

**Investigador:** Ajudou-vos a aproximarem-se mais uns dos outros e a terem mais confiança?

Grupo concorda

**A.:** A conhecermo-nos mais uns aos outros, ter confiança nos outros e sermos mais amigos.

**M.N.:** Um dos fatores mais importante que este grupo nos deu (referência à confiança).

**Investigador:** Então o elemento ou um dos elementos mais importante destes grupos foi a confiança?

**P.:** Sim a união aumentou.

**M.N.:** A confiança, a união. Isto que dizer não nos conhecíamos entre nós todos, como já contei tenho uma peripécia com o **F.**, o **F.D.**, o **I.**, estes meninos só me chegam sempre as dez e um quarto da manhã, eu irritava-me quando os via lá em cima da rampa, dava-me uma vontade de fechar a porta, e depois de estar aqui com eles (referência ao grupo), já lhes guardava a mesa porque sabia que tinha que aturar aqueles quatro.

(risos)

**F.:** E às vezes até sentia falta quando chegavam mais cedo, " - Então hoje não vens mais tarde?".

**M.N.:** Primeiro levava a peito, mas depois comecei a conhecê-los melhor e a dar-me bem com eles e dou-me muito bem com eles atualmente, com estes grupos houve outra aproximação.

**Investigador:** Então aproximaram-se um dos outros?

**M.N.:** Sim

**P.:** Conhecemo-nos melhor uns aos outros.

**Investigador:** Têm mais facilidade em pedir ajuda para falar ou em aproximar-se.

**M.N.:** Para qualquer coisa.

**A.:** Já comunicamos melhor.

**M.N.:** Eu por exemplo era capaz de chegar ao pé do **F.** ... só ter um problemzinho qualquer e pedir-lhe uma opinião ou isso, mas agora sinto-me à vontade para chegar ao pé dele e " - Olha passa-se isto e aquilo", ou ao **F.D.**.

**A.:** Isso, sentimo-nos mais à vontade.

**M.N.:** "- Passa-se isto." e ele diz o que acha sobre isso, e antes eu não fazia isso, não estava com aquela confiança.

**A.:** Geralmente a gente com os outros grupos é " - Bom dia!" e às vezes nem sabemos os nomes deles, não convivemos muito e com estes começámos a conviver aqui nestas reuniões, começámos a saber mais deles e eles mais de nós.

**M.N.:** Já temos mais confiança uns com os outros, mais segurança.

**A.:** Começamos a ter mais confiança, exato.



**F.:** E por outras palavras, começamos a gostar mais uns dos outros, e isso é bem melhor.

**Investigador:** Irei-vos explicar o que irão fazer na atividade. As perguntas terminaram por aqui. Queria vos pedir a permissão para filmar dado que durante a execução da atividade não podem falar, nem explicar. Apenas poderão explicar quando perguntar, se não dão pistas aos outros e a atividade não faz sentido. Importam-se que eu filme?

**A.:** Eu não.

**P.:** Eu também não.

**Investigador 2:** Não vamos mostrar as filmagens a ninguém.

**A.:** Ainda vou ser famosa, vou para Hollywood.

**Investigador 2:** Iremos proceder da mesma forma que com o áudio.

**A.:** Quero é ser famosa, já disse que queria ser a Madona, pode ser um passo para isso!

**A.:** Agora falta o **M.** dizer que concorda.

**Investigador: M.,** hoje iremos fazer uma atividade em que vocês não podem falar apenas quando eu perguntar, não podem explicar aos outros o que estão a fazer.

**M.:** Não se pode falar?

**Investigador:** Não. Então nós precisamos de filmar para depois podermos descrever a sessão, dado que o áudio não permite registar esse tipo de informações.

**P.:** Já entendi.

**M.:** Vamos lá ver o quê é que saí!

**A.:** Ainda vamos estragar a câmara.

**Investigador:** Então vocês podem utilizar as cadeiras, podem utilizar as pessoas e têm obrigatoriamente de utilizar o pano.

**Grupo:** Pano?

**Investigador:** Sim este pano.

**Investigador:** Vocês têm de manipular os membros da pessoa e têm de representar, eu irei fazer um exemplo para vocês conseguirem perceber. Têm de representar a forma como vocês se veem no início, a meio e no fim das sessões, e depois têm de representar a forma como veem os relacionamentos que tiveram no

início, a meio e no fim. Já irei demonstrar. Devem utilizar as pessoas, os objetos e o pano para manipular de forma, por exemplo, vou pegar no **F.**, e o **F.** é a minha estátua, " - Tu ficas quieto, és a minha estátua" (para o **F.**).

**Investigador 2:** Não digas manipular que pensam outra coisa...

**Investigador:** Não estou-me a referir à manipulação verbal, manipular é...

**Investigador 2:** É mexer, usar ... É do género, pô-lo na posição que ele quer, é mais ou menos isso. Por exemplo, eu quero que o **Investigador** numa certa cena pareça zangado, então nas sobrancelhas ponho uma expressão zangada.

**Investigador:** Exatamente. Eu agora vou moldar o **F.** de forma a representar a forma como eu me vejo a mim próprio no início das sessões. Por exemplo, no início das sessões estava bastante motivado, como é que eu vou demonstrar que estava motivado? (começo a moldar o **F.**). É isto que vocês têm que fazer. Esta é a minha representação de como eu me vejo no início das sessões.

**M.N.:** Você está no seu lugar, está atento.

**Investigador:** Vocês têm de permanecer na mesma posição até ao final.

(faço o mesmo com o **M.** mas referente a forma como vejo os meus relacionamentos no início das sessões)

**Investigador:** Depois será como eu me vejo a meio das sessões e como vejo os meus relacionamentos. Como me vejo a mim no fim das sessões e os meus relacionamentos.

**M.:** Vai ser muito complicado para a minha cabeça.

**Investigador:** Só custa a primeira vez.

**M.:** Mas eu esqueço-me.

**Investigador:** Perguntas que eu digo-te.

**Investigador:** Quem quer se o primeiro?

**M. e A.:** O senhor **M.N.**.

**M.N.:** Posso ser eu Setor.

**M.:** É o senhor **M.N.**!

**Investigador:** Começa o senhor **M.N.**. (Colocação da câmara e dos gravadores de áudio) Senhor **M.N.** levante-se, tem de utilizar o pano.

**M.N.:** O pano é para quê?

**Investigador:** O pano tem de ser utilizado obrigatoriamente e destina-se para fins criativos. (retira-se o pano)

**Investigador:** O Sr. **M.N.** tem de representar, de moldar a forma como você se via no início das sessões. (risos do **M.**) Há de chegar a tua parte...

**M.N.:** E o pano?

**Investigador:** Podes utilizar o pano.

**M.N.:** No início era assim... (começa a moldar o **Investigador**)

**Investigador:** (Para o Grupo) Depois de ficarem em modo de estátuas, não podem mover-se muito.

(**M.N.** molda o **Investigador**: coloca as pernas separadas; as palmas das mãos pousadas sobre a parte superior dos joelhos; e coloca a cabeça com uma postura adequada)

**Investigador:** Agora passas para a **A.** e representas a forma como vês os teus relacionamentos no início da sessão.

**M.N.:** Os meus?

**Investigador:** Sim os seus.

**M.N.:** Os meus, no início da sessão.

**Investigador:** E tens de representar na **A.** a forma como vias os relacionamentos no início das sessões. No rosto, no corpo...

(**M.N.** começa a moldar a **A.**: coloca os braços sobre o colo, cruzados; coloca a cabeça ligeiramente rebaixada e as pernas juntas)

(O grupo manifesta risos, em especial o **M.**)

**Investigador** para a **A.**: Não se pode mexer.

**Investigador** para o **M.N.**: Agora tens de representar como te vias a ti próprio a meio das sessões.

**M.N.:** No **P.**?

(Aceno positivamente)

**M.N.:** A meio das sessões...

**Investigador:** Sim

**M.N.:** Ah, mais à vontade!

**Investigador:** Não podes explicar...

(Acaba de moldar o **P.**)

**Investigador:** Agora tens de representar como é que vias os teus relacionamentos a meio das sessões.

**M.N.:** O meu?

**Investigador:** Sim os seus relacionamentos.

**M.N.:** Mas a mim mesmo?

**Investigador:** Não. Como é que tu vês esses relacionamentos a meio das sessões. A forma como vês os relacionamentos, tens de moldar o **M.** de forma a que transponha a forma como vês...

**Investigador 2:** Como é que teus relacionamentos...

(**M.N.** molda o **M.**)

**Investigador:** E agora tens de representar a forma como tu te vês no final das sessões.

(**M.N.** molda o **F.**)

**Investigador:** Agora tens de representar como vês agora os teus relacionamentos no final das sessões.

**M.N.:** No final da sessão?

**Investigador:** Sim, como vês os teus relacionamentos agora?

(**M.N.** molda o **Investigador 2**)

**Investigador:** Agora cada um de vocês, por exemplo, **F.** o que achas que significa a representação que o Sr. **M.N.** fez de si? Que seria como ele se vê a ele próprio no final das sessões. O que lhe transmite?

**F.:** Na posição onde eu estou, para mim transmitiu que ele está uma pessoa mais séria, com ele mesmo, com uma outra visão das coisas, com aquela visão que está aqui para prestar atenção às outras pessoas, para os problemas das pessoas e outras coisas alegres também, para se distrair, está bem consigo próprio.

Eu para o **M.N.:** É esse o significado?

**M.N.:** É setor, estou sempre mais confortável, estou com a consciência que tenho conhecimento daquilo que já passei e estou a passar, e já estou integrado bem no programa que tivemos, nos grupos em que estivemos, sinto-me à vontade.

**Investigador:** E o **M.**? Qual é o significado que atribuíste à representação que o Sr. **M.N.** fez em si? Que seria a representação de como ele vê os relacionamentos a meio das sessões.

**M.:** Atento. Como hei de explicar, com tipo, curiosidade, saber como estão as coisas e atento. Mais nada.

**Investigador:** Sr. **M.N.**?

**M.N.:** Tem razão, tenho uma dessas características. Gosto muito de analisar o próximo. Também gosto de ver se os outros são bons ou maus, também podem criticar a mim. Mas eu também tenho essa peculiaridade e às vezes chateio-me muito, alguém não gosta da minha maneira de ser, por causa disso. Mas eu tenho esse defeito, pronto, ninguém me o tira. Não sou muito diretivo contra as pessoas, mas analiso muito. E eu tenho muito a mania de onde estamos, seja unidos, seja, de descobrir uma pessoa, se é sempre todos os dias a mesma ou se é diferente, se age de uma maneira ou se age de outra e se gosto dele. O **M.** é um bocado, não está sempre na mesma coisa, na minha maneira de ver. É muito brincalhão, destabiliza muito.

**Investigador:** Esquecemo-nos do **Investigador 2**.

**M.N.:** O Sr. **Investigador 2** é uma pessoa, para mim, desde que o conheci foi sempre assim ...

**Investigador 1 e Investigador 2:** É em relação a si as estátuas.

**Investigador:** O Gonçalo representa a forma como você vê os seus relacionamentos nesta fase final. E eu queria perguntar ao grupo o que acha que simboliza a representação.

**M.N.:** Representa estar a vontade, descontraído.

**Investigador:** Agora é a representação no **P.**. O que é que o grupo acha da representação? Que é a representação de como se vê a meio das sessões.

**P.:** Atento, ansioso por saber o que se vai passar a seguir, e é só isso.

**M.N.:** É isso. Estar mais atento à conversa, ao diálogo.

**Investigador:** E agora a estátua seguinte, a **A.**. Que representa como o sr. **M.N.** via os seus relacionamentos no início das sessões.

**M.N.:** Para mim eu pu-la assim porque ela já não está assim, que ela também é uma extrovertida. A posição representa falta de à vontade, vergonha, não tão confiante, porque não conhece as pessoas.

**Investigador:** Concordam?

**Grupo:** Sim

**F.:** Ao longo das etapas dos grupos sentimo-nos mais relaxados, mais acomodados connosco, mais abertos.

**Investigador:** Agora a minha estátua. O grupo tem de comentar a representação que o Sr. **M.N.** fez em mim.

**A.:** Curiosidade

**P.:** Para saber o que vai acontecer.

**Investigador:** Ele representou em mim a forma como se via no início das sessões.

**P. e M.:** A espera, para saber o que ia acontecer

**A.:** Curiosidade

**P.:** Expetativa também.

**F.** Uma pessoa apreensiva, que não sabe o que se vai passar, se vai ser bom o grupo ou se vai ser mais um.

**Investigador:** Sr. **M.N.**?

**M.N.:** Eu representei alguém que está sempre atento ao que se passa ao seu redor.

**Investigador:** Agora pode ser a Sr. **A.**

**A.:** Então no início, eram mais perguntas...

**Investigador:** Não podes comentar o que estás a fazer, vamos fazer assim agora só falam quando eu pedir para o fazerem.

(**A.** molda os elementos)

**Investigador:** O grupo tem de comentar as estátuas e o seu significado. A **A.** irá comentar depois. Vamos a estátua do Sr. **M.N.**

**P.:** A espera do que ia acontecer.

**F.:** Acho que, pouco interessado no que se ia passar, no começo do grupo.

**M.:** Como o **F.** disse, pouco interessado.

**M.N.:** Acho que a posição em que ela me pôs demonstra mais ou menos isso: cabeça para baixo.

**Investigador:** **A.**, o que representas-te?

**A.:** Estava à vontade, era mais umas perguntas, não estava assim muito interessada.

**Investigador:** Em relação á minha estátua, que representa a forma como a **A.** vê os seus relacionamentos no início das sessões.

**F.:** Mais apreensiva em relação aos outros, não sabe como são as outras pessoas. Ela está de olhos abertos, está com atenção no que se diz, no que as outras pessoas estão a falar. Está a tentar perceber o que se passa com as outras pessoas também.

**M.:** É isso.

**Investigador:** Todos concordam?

**Grupo:** Sim

**M.N.:** Eu concordo, é uma demonstração de atenção, para o diálogo que se está a passar, que se está a integrar no que está a passar.

**A.:** Curiosidade.

**Investigador:** Agora em relação a estátua do **P.**, que representa como ela se via a meio das sessões. O que acham?

**M.N.:** Eu acho que está bem.

**Investigador:** E o que é que diz da forma como se vê a ela própria?

**M.:** Sente-se mais à vontade.

**M.N.:** Está descontraída, demonstra que está com atenção, com a cara fixa, portanto está atenta ao diálogo que se está a ter.

**Investigador:** Todos concordam?

**Grupo:** Sim

**F.:** Está numa posição que demonstra que está bem, que está a gostar dos grupos, com o que se tem passado do grupo.

**A.:** Estou a demonstrar mais interesse.

**Investigador:** Agora passamos para a estátua do **M.**, que representa a forma como a **A.** vê os relacionamentos a meio das sessões. O grupo quer comentar?

**P.:** Um bocado stressada, com aquilo que se estava a passar, ansiosa

**M.N.:** Eu acho um bocado indiferente Setor.

**F.:** É como o **P.** diz está ansiosa e com muitos sentimentos no que ela está a partilhar connosco, e há coisas que mexem muito com ela, e ficou agitada.

**Investigador:** É isso **A.**?

**A.:** Pois, estava irritada. Estava a reviver a situação.

**Investigador:** Agora o **F.** representa a forma como a **A.** se vê a si mesma no final das sessões. O que é que a representação vos faz pensar?

**M.N.:** Mais confiante! Está mais confiança nela.

**P.:** É! Mais confiante.

**Investigador:** É isso **A.**?

**A.:** É, estou completamente à vontade.

**Investigador:** E agora a ultima estátua que representa como vê os seus relacionamentos no final das sessões. O que é que o grupo acha?

**M.N.:** Satisfação e descontração. À vontade

**A.:** É isso.

**F.:** Está confortável.

**Investigador:** Podes sentar-te **A.**

(Levanta-se o **P.** e moldam os elementos em representações de si e dos seus relacionamentos)

**Investigador:** Vamos a estátua que representa como se vê no início das sessões. O que é que o grupo acha?

**A.:** O que é que vai sair daqui...

**M.N.:** Na expectativa do que vai acontecer.

**F.:** Curioso mas um pouco fechado, com expectativa nos outros, do que eles vão dizer e depois dar uma opinião.

**Investigador:** Concordas **M.**?

**M.:** Mais ou menos.

**Investigador:** Discordas em quê?

**M.:** Acho que ele está borrifado para isso tudo.

**Investigador:** Que está o quê?

**M.:** Que não está atento, distraído.

**Investigador para o P.:** Agora explica-nos o que representaste.

**P.:** Não, estava atento, quando cheguei aqui estava atento e curioso para saber o que é que ia acontecer durante a reunião.

**Investigador:** Agora vamos passar para a próxima estátua. O que acham?

**M.:** Confiança.

**A.:** Mais atenção.

**M.:** Não, pouca confiança!

**F.:** Uma pessoa mais fechada.

**M.:** É isso tudo! (concorda com a opinião de **F.**)



**F.:** Mais contrariado em querer partilhar.

**P.:** É, espero que me façam perguntas e isso.

**M.N.:** Uma posição um pouco contraída, não sabe o que se vai passar.

**P.:** Estou à espera que façam alguma pergunta.

**Investigador:** Agora em relação à próxima estátua.

**P.:** Com mais confiança, mais à vontade.

**Investigador:** Agora é o grupo que vai comentar primeiro! Em relação à próxima estátua?

**A.:** É como limpar o cu a meninos (risos)

**F.:** Está assim com as mãos para frente, está mais atento, mais curioso, mais prestativo, prestando atenção em tudo o que passa.

**Investigador:** Mas dos relacionamentos dele, o que vos transmite?

**A.:** Que ele está mais interessado.

**F.:** Acho que está mais envolvido com as outras pessoas no grupo.

**Investigador:** Concordas **P.**?

**P.:** Concordo.

**Investigador:** Passando para a próxima estátua. O que acham?

**A.:** Estou a gostar disto.

**M.N.:** Não, um à vontade, sabe o que está a fazer, tem a certeza de si.

**M.:** Descontraído.

**F.:** Está tranquilo, está aqui, não tem nada com o que se preocupar.

**P.:** Exato, é mesmo isso!

**Investigador:** Agora da estátua da forma como ele vê os relacionamentos no final das sessões?

**M.N.:** Descontraídos, à vontade.

**F.:** Mais satisfeito

**A.:** Mais contente.

**Investigador:** Podes sentar-te.  
(O **M.** molda os elementos do grupo)

**Investigador:** Em relação á primeira estátua?

**A.:** Grande seca!

**M.N.:** Que estava aqui por estar.

**F.:** Mais valia estar na cama.

(risos)

**M.** concorda.

**Investigador:** Agora em relação à próxima estátua.

**A.:** Vamos ver o que vai sair daqui.

**M.:** Mais ou menos, mais curioso, um pouquinho mais interessado.

**Investigador:** Nos relacionamentos?

**M.:** Sim.

**Investigador:** Em relação à próxima estátua?

**P.:** Que ele estava atento, a olhar para o Dr., a ouvir o que o Dr. estava a dizer, e estava a espera que lhe fizessem alguma pergunta, se calhar.

**M.:** Estava mais ativo.

**F.:** Também acho isso, mas na posição em que está, acho que estava mais a fim de cagar.

(risos)

**Investigador:** Próxima estatua, o que vos parece?

**A.:** Estava mais interessado.

**F.:** Uma pessoa mais envolvida com os outros, com o grupo.

**M.:** Mais sério para com os outros, essas coisa.

(O **F.** molda os elementos do grupo)

**Investigador:** O que é que o grupo acha da primeira representação, ou seja, como o **F.** se vê no início do processo?

**P.:** Ele chegou aqui ansioso para ver o que se ia passar durante estas semanas.

**A.:** Admirado por estar pessoas de outros grupos com ele.

**M.:** Está relaxado, está a ver o que se vai passar, curioso.

**F.:** É isso curioso, estava a espera para ver se o grupo era bom ou mau.

**Investigador:** Agora a próxima representação que se refere à forma como o **F.** vê os seus relacionamentos no início das sessões.

**A.:** Curioso, está se a interessar mais.

**P.:** Eu não concordo com o que a **A.** disse...

**M.:** Estava com cara de poucos amigos, reticente.

**F.:** É como o **M.** disse mas mais focado em mim, pouco interessado no que os outros iam falar, interessado em mim.

**Investigador:** A próxima estátua representa a forma como o **F.** se vê a meio do processo. O que acham?

**M.:** Mais descontraído, mais atento, à espera que lhe façam perguntas.

**M.N.:** Mais descontraído, mais à vontade.

**A.:** E a gostar mais.

**F.:** É isso.

**Investigador:** A próxima estátua representa a forma como ele vê os relacionamentos dele a meio do processo.

**A.:** Ai está contente porque vai participar.

**P.:** Está satisfeito com o grupo.

**F.:** É isso e mais concentrado no que se passa aqui e disposto a dar o meu feedback aos outros. Prestar atenção no que os outros dizem, querer ouvir os outros.

**Investigador:** A próxima estátua representa a forma como ele se vê no final das sessões.

**P.:** Satisfeito, contente pelo que aconteceu.

**A.:** Mais contente.

**M.N., P.:** Sente-se seguro.

**F.:** É isso mesmo! Mais realizado, mais contente.

**Investigador:** Agora a última estátua representa como ele vê os relacionamentos no final do processo. O que acham?

**A.:** Está feliz.

**P.:** Está à vontade.

**M.:** Sente-se à vontade com os outros, interage com os outros.

**A.:** Está completamente à vontade, venha o que vier "eu estou preparado".

**F.:** Sinto confiança nos outros, posso estar à vontade e as pessoas podem estar à vontade que não tenho nenhum julgamento.

### Anexo V – Adesão do Grupo à Intervenção

Sessões	A.	M. N.	M.C.	F.	R.	F.D.	P.S.	I.	J.B.
1	x	x	x	Recusa	Recusa	Recusa	Recusa	<i>Request*</i>	Recusa
2	<i>Request*</i>	x	x	x	x	x	x	x	x
3	x	x	Recusa (não justificada)	x	x	<i>Request*</i>	x	x	x
4	x	x	Recusa (não justificada)	x	Deveres da comunidade terapêutica	x	x	x	Recusa (em decurso da presença de problemas familiares)
5	x	x	Recusa (não justificada)	x	Doente	x	<i>Request*</i>	x	X
6	x	x	x	x	Recusa (preferenciou a ida à praia)	Recusa (não justificada)	<i>Request*</i>	x	X
7	x	x	x	x	<i>Request*</i>	<i>Request*</i>	x	<i>Request*</i>	Deveres da comunidade terapêutica
Adesão	85,7%	100%	57.1%	85.7%	28.6%	42.9%	57.1%	71.4%	57.1%

---

Individual

Adesão

62.30%

Grupal

---

\*Pedido realizado junto do quadro técnico da comunidade terapêutica da Clínica do Outeiro perspetivando a saída temporária da comunidade terapêutica.