

Vinculação e adição: Narrativas de indivíduos aditos

Carlos Gonçalo Gomes Sarmento Cruz de Morim

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Prof. Doutora Ana Albertina Conde

Junho, 2014



UNIVERSIDADE PORTUGALENSE

Carlos Gonalo Gomes Sarmiento Cruz de Morim

Vinculao e adio: Narrativas de indivduos aditos

Dissertao de Mestrado em Psicologia Clinica e da Saude realizado sob a
orientao da Professora Doutora Ana Conde



**DEPARTAMENTO CIÊNCIAS
DA EDUCAO E DO PATRIMNIO**

Departamento de Ciências da Educao e do Patrimnio

Junho, 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, ____/____/____

Em memória da minha avó

Deolinda de Sá Gomes

Agradecimentos

Esta dissertação não representa só o culminar de um percurso académico, representa também um marco determinante no meu processo de crescimento pessoal, intelectual e emocional. Durante este meu crescimento, estão presentes pessoas que marcaram, influenciaram, ajudaram e que sem as quais o meu desenvolvimento não seria o mesmo.

Minha mãe sem ti, isto não era possível! É indescritível a tua dedicação, o teu amor incondicional, o teu apoio, todos os sacrifícios e esforços, todas as palavras, todos os conselhos e, a forma como diariamente me mostras que mesmo estando uma tempestade “lá fora”, te tenho como porto seguro. Eu percebo como é difícil segurares todos os “fios” para que nos possamos manter unidos. Obrigado por tudo mãe.

Ao meu irmão, de quem tanto me orgulho. Obrigado por estares sempre comigo, obrigado pelos conselhos e apoio, obrigado pelas palavras de orientação, obrigado por todos os momentos de descontração e por todas as gargalhadas partilhadas, obrigado pela tua cumplicidade e por estares sempre comigo. Muito Obrigado G.

Pai, obrigado pela tua disponibilidade e abertura, obrigado pelo apoio, pelas horas que esperaste no carro durante a aplicação das entrevistas, pelos pequenos-almoços, pelas conversas, por toda a companhia e por me conseguires acordar de manhã. Muito obrigado.

À minha namorada Joana, obrigado pelo teu amor, carinho e dedicação. Obrigado pelas palavras de incentivo, pela preocupação demonstrada durante a realização desta dissertação. Obrigado também pelos ralhetes e por me mostrares a direção certa quando me disperso, obrigado por fazeres parte da minha vida, por estares sempre ao meu lado, por me balanceares. Obrigado por me mostrares outras perspetivas, formas de encarar os problemas e situações, obrigado por enalteceres o que há de melhor em mim, obrigado por me mostrares que nem sempre tudo é fácil e simples. E claro, obrigado por seres a melhor namorada do mundo. Muito obrigado.

Agradeço aos meus amigos que trato como irmãos, que acompanharam e acompanham o meu crescimento e que ao longo da minha vida, estiveram

sempre comigo e me presentearam com momentos que irei guardar para sempre comigo. Uma ovação a estes Srs.

Agradeço ao Luís Veríssimo, um professor que mais tarde se veio a revelar um amigo de inestimável valor, que me deu um grande apoio ao longo do meu percurso académico, e que apesar da distância esteve sempre presente, com os seus concelhos e palavras de incentivo, que tendo sido meu professor de psicologia no décimo segundo ano, me deu a conhecer as primeiras noções de psicologia e despertou em mim, o gosto por esta área. Um ser humano cujo percurso de vida eu admiro e vejo como um exemplo de resiliência, que foi capaz de me alertar para a importância na contenção do discurso e que independentemente daquilo que consigamos alcançar no nosso percurso académico ou profissional devemos sempre lembrar de onde viemos, e quais as nossas origens.

Agradeço aos meus amigos Nuno Gago, Sandra Santos e Magda Oliveira, que me acompanharam no meu percurso académico, obrigado pelas palavras de incentivo, pela enorme ajuda, pela dedicação, pela amizade e cumplicidade, e pelos momentos lúdicos, hilariantes e por toda a paciência que tiveram comigo. Muito obrigado, isto sem vocês não era a mesma coisa, mesmo!

Agradeço à Doutora Ana Conde, toda a disponibilidade, o apoio incansável e incondicional, toda a resiliência face a minha teimosia e preguiça, agradeço todas as palavras de incentivo, toda a preocupação, toda a ajuda, conhecimentos e conteúdos partilhados. Muito obrigado Doutora Isto sem si ia ser muito agreste mesmo.

Agradeço à Universidade Portucalense e aos vários professores que me acompanharam e guiaram no meu percurso académico, agradeço a oferta formativa vasta, que me abriu portas para novas experiências. Agradeço também o ambiente académico e de abertura que facilita a comunicação entre professores e alunos, potenciando a partilha de conhecimentos e todos os ensinamentos e palavras sábias que fui guardando ao longo deste percurso de cinco anos

Agradeço à Clínica do Outeiro a autorização para a concretização deste projeto, toda a disponibilidade e apoio.

Agradeço aos utentes da Clinica do Outeiro, pela vontade com que compareceram aos grupos de aplicação da entrevista. Agradeço a abertura com que fizeram as suas partilhas, aos detalhes fornecidos. Agradeço ainda a forma como receberam esta investigação.

Resumo

Konrad Lorenz, John Bowlby, Harry Harlow e Mary Ainsworth são alguns dos nomes que se destacam quando falamos na teoria da vinculação. Esta teoria, traz-nos um modelo explicativo dos laços criados entre a criança e a sua figura prestadora de cuidados, e de que forma a qualidade destes laços vão influenciar o desenvolvimento da criança. Podemos comprovar que a qualidade destes laços e as experiências precoces são de extrema relevância, estas influenciam a percepção que o sujeito tem do *self*, as relações que o sujeito estabelece com o meio também são afetadas, são ainda afetadas a confiança, e a percepção do self quanto a capacidade de resposta dos outros significativos.

Na idade adulta a teoria da vinculação tem maior impacto nos relacionamentos, tanto nas amizades como nas relações amorosas, onde se destacam os modelos operantes internos, onde as representações internas influenciam diretamente o funcionamento interpessoal. A análise da bibliografia permitiu-nos verificar a existência de uma relação entre os estilos de vinculação inseguros e o fenómeno da toxicodependência, pudemos comprovar ainda uma correlação positiva entre o estilo de vinculação inseguro e o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas.

O principal objetivo do presente estudo é analisar as narrativas pessoais de pacientes adictos, relativamente a sua rede de suporte social e a importância dessa rede para os hábitos de consumo, sendo que para uma melhor análise e interpretação dos dados, definimos quatro objetivos específicos, são eles: (1) Identificar as figuras de vinculação e outras pessoas significativas na infância, (2) Caracterizar a qualidade da relação com a figura de vinculação e outras figuras significativas na infância, (3) Identificar a percepção do indivíduo adicto relativamente a confiança, individualidade, proximidade e tolerância a separação nas suas relações atuais e (4) Identificar as percepções dos pacientes relativamente a importância dos “outros” para os hábitos de consumo e recaídas.

Para este estudo recolhemos uma amostra de nove sujeitos, em regime de internamento na Clínica do Outeiro S.A (valência de Valbom, Gondomar). A amostra foi composta por sete sujeitos do sexo masculino, e dois do sexo feminino. As idades dos participantes variam entre os 28 e 51 anos. Quanto ao

percurso escolar, todos apresentavam um grau de instrução baixo, sendo que apenas alguns intervenientes teriam terminado o nono ano de escolaridade. Aquando da recolha dos dados a maioria dos sujeitos era solteiro. Para poderem ser incluídos neste estudo os indivíduos teriam de estar em regime de internamento na Clínica do Outeiro por um período mínimo previsto de permanência de seis meses, desde o início da aplicação do questionário sociodemográfico, e um diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias psicotrópicas.

Após a definição dos critérios de inclusão, foi pedido aos sujeitos o consentimento informado, tendo este sido transmitido e explicado oralmente, foi então explicado o objetivo do estudo e em que este consistia, tendo sido garantida a partida a confidencialidade dos sujeitos ao longo do estudo. Foi ainda pedida autorização para a gravação áudio das seções e explicado o porquê deste procedimento.

Com este estudo pudemos concluir que um estilo de vinculação inseguro influencia negativamente o desenvolvimento do sujeito, tendo um impacto determinante na confiança, na perceção do self, nos relacionamentos interpessoais. Um estilo de vinculação inseguro pode levar ao surgimento de psicopatologias tais como a depressão, distúrbios de personalidade e ansiedade. A comunicação com as figuras de vinculação e outras figuras significativas durante o programa de tratamento é fundamental. Os sujeitos vêm a reaproximação destas figuras como prova de confiança e reforço positivo, valorizando-se a este nível, as regalias tais como saídas e fins-de-semana em casa. Por outro lado, as relações com o grupo de pares, é apontada, frequentemente, como causa do início dos consumos, sendo os “outros” também frequentemente apontados como causa das recaídas, ao mostrarem o produto do consumo, ou ao oferecerem quando os sujeitos lhes solicitam determinadas substâncias.

Através das partilhas feitas pelos participantes, pudemos ver que existe uma clara transformação do padrão comportamental antes e pós entrada em tratamento.

Abstract

Konrad Lorenz, John Bowlby, Harry Harlow e Mary Ainsworth are some of the names that stand out when the subject is the attachment theory. This theory brings explanatory model for the bonds created between the child and the care giver, and how the quality of this ties will influence the development of the child. We can prove that the quality of this ties and the early experiences, are crucial, they influence the perception that the subject has about the self, and the relations that this subject make with the surrounding environment. This early experiences have an impact in trust and, in the perception of capacity of response of significant others towards the self.

In adulthood the attachment theory has a bigger impact in relationships, (friendship and love), where the internal working models stands out, the internal representations have direct influence in the interpersonal relationships. The analysis of the literature, allowed us to verify the existence of a relation between the insecure attachment styles and addiction, we could see a positive correlation between the insecure attachment style and the development of psychological pathologies.

The main goal of this investigation project, is to analyse the personal narratives of addicted patients, regarding their social support net and the importance of this net for their consumption habits. For that reason we have defined four main specific objectives they are; (1) To identify the attachment figures and other significant others in the childhood; (2) To characterize the quality of the relationship with the attachment figures and significant others in childhood (3) To identify the self-perception of addicted patients about trust, individuality, proximity, and tolerance to separation issues in their current relationships (4) To identify the self-perception of addicted patients about the importance of "others" to consumption habits and relapses.

For this study we collect a sample of nine subjects in inpatient treatment at Clinica do Outeiro (therapeutic community). This sample is composed by seven male subjects and two female subjects with ages between twenty eight and fifty one years old. The schooling level of the subjects is low and only a few had finished de ninth grade. When this data was collected the majority of the subjects was single. The inclusion criteria for being able to participate in this

study the subjects must be an inpatient individual at therapeutic community of Clínica do Outeiro in Inpatient treatment for a period of six months and a diagnosis of drug abuse and/or dependence.

After the definition of the inclusion criteria it was asked to the subjects the informed consent, it was done verbally and it was explained the aim of the study and what would be done in the sessions, all the confidentiality was granted to the subjects, and was also asked the authorization to record the audio from the sessions and it was explained why it would be necessary to do that.

With this study we could see that an insecure attachment style will have a negative print on the development of the subject, it will have a direct impact on features like trust, self-perceptions and interpersonal relationships. Also, a insecure attachment style can cause psychopathology, as depression, personality disorders and anxiety. Communication with attachment figures and significant others is crucial, the subjects see the rapprochement of this figures as a proof of trust and positive reinforcement, appreciating at this level the perks, such as trips and weekends at home.

On the other hand, the relationships with the peer group, is pointed as cause of firsts consumptions, being the "others" pointed as cause of relapses by showing the product of consumption or offering it when the subjects ask for some type of substances

Through, the shares done in the interviews, we could see that there are a clear transformation of the compartmental pattern, from after entering in the program and after.

Índice

Agradecimentos	4
Resumo	7
Abstract	9
Índice	11
Índice de Tabelas	13
Lista de Abreviaturas.....	14
Introdução	15
Enquadramento Teórico.....	19
1. O fenómeno da toxicodependência	19
2. Vinculação e saúde mental na idade adulta	22
3. Vinculação e Toxicodependência	29
Estudo Empírico	32
1. Amostra	32
2. Método.....	33
3. Procedimentos de recolha de dados	34
Descrição das sessões de entrevista grupal:.....	35
I. Sessão 1.....	35
II. Sessão 2.....	36
III. Sessão 3.....	37
IV. Sessão 4.....	38
4. Procedimentos de análise de dados	38
Resultados	41
Discussão.....	53
Conclusão	57
Referências Bibliográficas	61
Anexos	66
1. Autorização da Investigação	66
2. Questionário Sociodemográfico	67
3. Consentimento Informado.....	71
4. Transcrições Integrais das Sessões de Entrevista Grupal.....	73
Sessão 1	73
Sessão 2.....	79

Sessão 3.....	91
Sessão 4.....	100

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão da amostra.....	32
---	----

Lista de Abreviaturas

MOI – Modelos Operantes Internos

ODTE – Observatório de Droga e Toxicodependência Europeu

OMS – Organização Mundial de Saúde

Introdução

Esta dissertação surge no culminar do ciclo de estudos do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Na antiguidade as drogas tinham como objetivo o alcance de um determinado estado físico e mental, que facilitasse a comunicação dos indivíduos com o transcendente/divino, sendo assim considerado um uso ritualístico, contudo ao longo do tempo, o comportamento mediante este tipo de substâncias sofreu alterações. Com o passar dos anos, o consumo de substâncias psicoativas, no mundo contemporâneo passou a ter varias funções, entre elas destacam-se a busca de prazer individual e alívio imediato para desconforto físico ou psíquico (Bucher, 1988; Velho, 1994).

No campo da toxicoddependência, os primeiros registos e observações surgem nos finais do séc. XIX, Freud considerou as toxicomanias e o alcoolismo como sendo sucessores da masturbação, que, para ele constituirá o *“hábito primário”*. Referindo-se especificamente ao álcool, no seu estudo *“O acto falhado e a sua relação como o inconsciente”* Freud (1905) demonstra ainda que as origens da toxicomania devem ser procurados na fase oral do desenvolvimento, salientando ainda aspetos fundamentais como a intolerância a espera na satisfação do desejo, a intolerância de fixação e da negação (Sequeira, 2003). Olivenstein (cit. in Nina Rosa, 2009) destaca a existência de *“usuários recreativos”* das drogas, que combinam facilmente a interação socio-afetiva e a vivência libidinal com a ingestão de produtos tóxicos, que lhes proporcionam prazer e desinibição, sendo que a diferença entre estes com os indivíduos toxicómanos reside na dependência.

Antes do séc. XIX a dependência era considerada uma deficiência de carácter. Os dependentes consumiam a droga porque gostavam de fazê-lo, escolhiam ser *“indecentes”*, pecaminosos, ou seja, tinham o poder de decidir se ingeriam a droga ou não, mas por serem de baixa moral, preferiam ingeri-la (Mckin, 2004). Com o desenvolvimento tecnológico a dependência passou a ser vista como uma doença do cérebro (Garcia & Teresa, 2006). Kraemar (1985) refere que para além de um trauma psicológico, dá-se também um

trauma biológico, ocorrendo uma hiperatividade dos recetores de opiáceos (opioide-receptores), tornando-os mais suscetíveis ao abuso de substâncias.

A proximidade/facilidade de obtenção da droga de preferência é a principal preocupação de uma pessoa adicta. A droga providencia a sensação de possuir uma base secreta e segura. Na adolescência, as drogas e álcool parecem oferecer uma solução para os adolescentes que não se sentem amados e que se encontram nesta situação há muito tempo. Por vezes também passaram por episódios de abusos, trauma e negligência, desenvolvendo conseqüentemente uma noção negativa de auto conceito. Estes adolescentes aprenderam a evitar a rejeição através da adoção de um comportamento manipulativo antes de se tornarem adictos, para poderem fugir á proximidade interpessoal e intimidade com o intuito de prevenir futuras situações de onde pudessem vir a sair magoados e rejeitados. As drogas aliviam a dor/raiva e ambivalência. A droga de eleição passa a desempenhar a função de figura de vinculação, as pessoas em redor do sujeito adicto deixam de ter importância, a condição do sujeito deixa de ter importância sendo que este foca-se na obtenção da droga o que o leva a um estilo de vida cada vez mais dependente (Hofler & Kooyman,1996).

Pesquisas sobre a herança genética, mostram que filhos de alcoólicos adotados tinham maior probabilidade de desenvolver alcoolismo, e que a coincidência de alcoolismo entre irmãos gémeos é de 70% (Heyman,1996).

No âmbito da teoria da vinculação, a criação de laços não é só importante para os seres humanos, mas também para todos os seres vivos que são incapazes de sobreviver sozinhos, nas fases iniciais do seu desenvolvimento. Estudos de Harlow e Mason, mostram que macacos que são separados das mães em idades precoces sofrem com a separação, sendo que deixam mesmo de explorar o meio envolvente na sua ausência, e quanto maior é o tempo de separação, maior é a procura quando a mãe regressa. Por outro lado quando esta situação ocorre e o macaco é colocado junto de outros macacos, a ausência da mãe, não é tão manifestada (Ainsworth, 1991).

A relação de vinculação consiste na criação de um vínculo por parte da criança, a uma figura que promete proteção e segurança por um lado, e que por outro se encontre disponível para responder as necessidades da mesma. Se este sistema básico, for disfuncional pode ameaçar significativamente o

desenvolvimento mental e emocional da criança. A figura de vinculação é única e insubstituível. É possível a existência de múltiplas relações de vinculação, mas cada uma é única e incapaz de ser simplesmente substituível. A ausência de uma figura de vinculação resulta em tensão e *stress* e a sua partida resulta num luto profundo (Ainsworth 1991).

O foco da teoria da vinculação é criticado pela restrição que apresenta quanto á relação entre a mãe e a criança, contudo se forem dados os cuidados certos, e haja uma boa substituição, a mãe pode desempenhar tarefas que envolvam uma ausência prolongada sem que haja danos para a criança (Ernst,1993).

Neste estudo, contamos com uma amostra composta por sete sujeitos do sexo masculino (77.8%), e dois do sexo feminino (22.2%), As idades dos participantes variam entre os 28 e 51 anos ($M=39.1;SD=9.2$). Quanto ao percurso escolar, todos apresentavam um grau de instrução baixo, sendo que apenas alguns intervenientes teriam terminado o nono ano de escolaridade. Aquando da recolha dos dados a maioria dos sujeitos era solteiro. Para poderem ser incluídos neste estudo os indivíduos teriam de estar em regime de internamento na Clinica do Outeiro por um período mínimo previsto de permanência de seis meses, desde o início da aplicação do questionário sociodemográfico, e um diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias psicotrópicas.

Após a definição dos critérios de inclusão, foi pedido aos sujeitos o consentimento informado, tendo este sido transmitido e explicado oralmente. Foi então explicado o objetivo do estudo e em que consistia, tendo sido garantida à partida a confidencialidade dos sujeitos ao longo do estudo, foi ainda pedida autorização para a gravação áudio das seções e explicado o porquê deste procedimento.

O presente projeto de investigação encontra-se dividido em duas partes: Enquadramento teórico e Estudo empírico. O enquadramento encontra-se dividido em dois grandes capítulos, são eles: “O fenómeno da toxicoddependência”, neste capítulo é feito um apanhado do papel das drogas ao longo da história, abordamos ainda a definição de droga e de dependência física e psicológica. O segundo capítulo “Vinculação e saúde mental na idade adulta” aborda os temas da vinculação, os modelos operantes internos, a

vinculação no adulto e a vinculação e psicopatologia no adulto. Finalmente e antes do Estudo Empírico temos um capítulo de articulação entre o Estudo Empírico e o Enquadramento Teórico, onde mostramos a pertinência do presente projeto de investigação e justificamos a utilização de uma metodologia qualitativa.

Enquadramento Teórico

1. O fenómeno da toxicod dependência

A relação do ser humano com as drogas e substâncias psicotrópicas é muito antiga existindo registo do consumo de substâncias na sociedade do antigo Egipto, Roma e Grécia, (Escohotado, 2004).

Durante vários séculos, algumas das substâncias psicotrópicas que hoje se encontram relacionadas com comportamentos aditivos foram utilizadas em medicamentos e em cerimónias religiosas. Esta situação sofreu uma grande alteração com a disseminação da religião cristã e católica, que desprezava o uso deste tipo de substâncias (Lewin, 1970 cit. in Escohotado, 2004). O catolicismo surge então como uma religião “sóbria” punindo o uso de substâncias psicoativas, o erotismo e todo o tipo de comportamentos que, até então, eram considerados normais nas religiões politeístas e pagãs. Tudo o que a Igreja Católica considerava ser nefasto para o ser humano era personificado na figura do “*Demónio*”, afirmando que as referidas substâncias e comportamentos desviantes existentes no mundo são artimanhas para que os fiéis caiam em desgraça e não possam entrar no reino de Deus e ascenderem a vida eterna (Escohotado, 2004).

Curiosamente na cultura árabe, o ópio era visto como um “*presente de Deus*”, era usado para confraternizar e após uma determinada idade, as pessoas iniciavam consumos continuados, pois o ópio era também visto como uma droga de senescência que permitia aos idosos envelhecerem sem amarguras e morrerem de forma serena. Na sua origem semântica, a palavra droga advém de um termo grego que significa ao mesmo tempo, remédio/cura e veneno. Esta noção vem do facto de todas as substâncias produzirem um determinado efeito no ser humano, podendo este efeito ser de maior ou menor toxicidade, mas com a certeza de que nenhuma delas é inócua (Escohotado, 2004). A obra “*Historia General de las Drogas*” de Antonio Escohotado tem um papel preponderante para a perceção do fenómeno da toxicod dependência, pois analisa, em diferentes períodos da história do ser humano, o papel que a droga desempenhou, com que finalidade era ingerida, qual o tipo de droga utilizada e qual a visão da sociedade a cerca do uso destas substâncias, bem como

outros aspetos que nos permitem assumir uma nova perspetiva, acerca do comportamento aditivo.

O termo “*adicto*” é segundo Sequeira (2003), o mais utilizado no ocidente para exprimir a ideia de habituação, traduzindo um estado que impede o individuo de conservar o que o definia. Desta forma, a pessoa *adicta* surge-nos como aquele que perdeu tudo incluindo a sua identidade, e passa a assumir a substância como forma de reaver aquilo que perdeu, assumindo desta forma a identidade da sua adição/ do seu “*vício*” (Sequeira, 2003). No entanto, outras definições são propostas na literatura “para droga”. A definição mais abrangente parece ser a apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual define substâncias psicoativas (em geral) como sendo substâncias que são ingeridas ou administradas no sistema de um determinado individuo, afetando processos mentais tais como a cognição ou os afetos. A definição de substâncias psicoativas dada pela OMS mostra, ainda, que o termo psicoativo e o seu equivalente, o termo psicotrópico, são os termos mais neutros e descritivos para toda a classe de substâncias, podendo ser estas lícitas ou ilícitas. Adicionalmente, o termo substância psicoativa não implica necessariamente a causa de uma dependência, mas frequentemente é associado ao uso de drogas e abuso de substâncias (OMS, 2006). Apesar desta definição dada pela OMS ser abrangente esta omite, outros aspetos associados ao conceito “droga”, tais como o consumo com o intuito de alterar a condição psíquica do individuo, para fins recreativos (Fernandes, 1990).

Com o passar do tempo, pudemos assistir a uma modificação na forma de como a sociedade encara as drogas e o seu consumo. A experimentação, um passado repressor, a fuga à realidade, relações e laços familiares pouco coesos, podem estar na origem dos primeiros consumos (Escohotado, 2004). Pratta e Santos (2009) evidenciam que os hábitos de consumo de drogas se modificaram nos últimos séculos, sendo atualmente de carácter mais social e abusivo. De acordo com o Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência, no relatório anual de 2011, “*A evolução do fenómeno da droga na União Europeia. Portugal*”, o consumo de drogas na Europa Ocidental tem vindo a aumentar, verificando-se uma inclinação para o policonsumo (OEDT, 2011). Nos dias de hoje, o fenómeno de consumo de drogas tem tendência a massificar-se, representando um problema que fustiga a sociedade

atual, uma vez que se associa frequentemente, a comportamentos desviantes e representa também um problema de saúde pública (Donte,2006; Laranjeira, Oliveira, Nobre & Bernardo 2003)

A toxicodependência, traduz-se na exibição de um estado físico e psicológico alterado por parte de um individuo, sendo que esta alteração é habitualmente despoletada pelo contacto do organismo com uma determinada droga. Desta forma, no sentido de continuar a manter as alterações físicas e psicológicas desejadas, o sujeito implementa um conjunto de comportamentos destinados a promover um consumo continuado e regular da substância de eleição, ou contornar os efeitos nefastos e indesejados da privação da mesma substância. O sujeito, pode de igual forma, apresentar tolerância à substância (a necessidade, de consumir doses maiores para obter o efeito desejado), ou apresentar consumos de múltiplas substâncias (WHO, 1970). Dado associarem-se a implicações distintas para o sujeito importa distinguir os fenómenos que se seguem.

A dependência física consiste no desconforto físico proveniente de uma longa privação do consumo, o qual resulta da diminuição das concentrações de uma substância no organismo do individuo (APA, 2002). Por outro lado, a dependência psicológica não envolve sintomas de abstinência, mas resultada associação condicionada entre o consumo da substância e a experimentação de sensações positivas e prazerosas (Schuckit, 1998). A par destes dois tipos de dependências surge o fenómeno de tolerância, que se manifesta através da necessidade que o sujeito dependente tem de aumentar o consumo de uma determinada substância para que assim consiga alcançar os efeitos prazerosos que deseja e que já não consegue obter com a mesma quantidade de substância que utilizava no início dos seus consumos (APA, 2002).

Inúmeros são os fatores determinantes do desenvolvimento da toxicodependência, destacando-se alguns de natureza relacional. Por um lado, a droga providencia a sensação de base secreta e segura. Na adolescência as drogas e o álcool parecem oferecer uma solução para os adolescentes que não se sentem amados e que se encontram nesta situação há muito tendo sofrido por vezes, abusos e experienciado negligência e trauma, o que conduziu ao desenvolvimento de uma noção negativa de si. Estes adolescentes evitam a rejeição através da adoção de um comportamento manipulativo, com o intuito

de evitar a proximidade interpessoal e intimidade, como forma de prevenir futuras situações de onde possam sair magoados e rejeitados. As drogas aliviam a dor e a raiva, sendo que a droga de eleição passa a desempenhar a função de figura de vinculação conseqüentemente, as pessoas em redor do sujeito deixam de ter importância, a condição do sujeito deixa de ter importância focalizando-se o sujeito apenas na obtenção da droga (Hofler & Nooyman, 1996). De igual forma, mediante pesquisas efetuadas, pudemos aferir que famílias disfuncionais, e a falta de comunicação e acompanhamento do sujeito por parte da família, são fatores preponderantes que conduzem a toxicod dependência (Santis, Hidalgo, Jaramillo, Hayden, Armijo & Lasagna, 2013). Idêntico efeito preditor tem o consumo de drogas por parte da mãe durante a gravidez, o qual conduz a progenitora a um padrão comportamental mal adaptativo que irá influenciar o desenvolvimento da criança, no seu estilo de vinculação (Esuchman, Decoste, Castiglioni, Macmahon, Rounsaville & Mayes, 2010).

2. Vinculação e saúde mental na idade adulta

John Bowlby desenvolveu o seu interesse pela vinculação enquanto trabalhou numa instituição para jovens com comportamentos desviantes. Através da observação, Bowlby constatou a existência de uma associação entre os comportamentos desajustados dos indivíduos e o padrão de relacionamento que estes mantinham com a figura materna. A verificação desta associação guiou-o na seguinte conclusão: a qualidade do relacionamento mãe-criança é determinante para o desenvolvimento da mesma (a longo e a curto prazo) e, caso este relacionamento seja disfuncional, poderá resultar no desenvolvimento de psicopatologia (Cassidy, 2008).

As observações de (Bowlby e Robertson 1952; cit. in Cassidy,2008) contrariam, assim, as tendências teóricas da época, que utilizavam como modelo explanatório dos vínculos afetivos mãe-criança, a psicanálise e a aprendizagem social. Bowlby e Robertson, através das suas pesquisas, mostraram que, mesmo quando alimentadas e cuidadas, as crianças experienciam sofrimento quando separadas da sua progenitora (Cassidy,

2008). Assim sendo Bowlby procura outras fontes teóricas para cimentar a sua teoria encontrando nos estudos de Lorenz (1935) e Harlow (1959), sobre a etologia animal, um forte alicerce. Segundo estes autores, nos animais o vínculo progenitora-cria forma-se mesmo que a prestação de cuidados alimentares seja inexistente, sendo que esta é procurada em situações de ameaça, como forma de obtenção de conforto e segurança (Cassidy, 2008). Assim, com o contributo da etologia animal, Bowlby verificou que o vínculo afetivo estabelecido entre a mãe e a criança não se cinge apenas a prestação de cuidados físicos e alimentares, traduzindo-se também no conforto e na prestação de cuidados continuados (Soares, 1996 cit. in Ferros, 2011). Contradizendo também os pressupostos teóricos até então vastamente aceites, que defendiam que os vínculos afetivos seriam resultantes do processo de aprendizagem vicariante, Bowlby demonstrou que o estabelecimento do vínculo entre mãe-bebé advinha de uma predisposição biológica inata resultante do processo de seleção natural, decorrente da evolução do ser humano. Neste contexto, a proximidade à progenitora resultaria num aumento da probabilidade de sobrevivência da cria (Ainsworth & Bell, 1970 cit. in Cassidy, 2008).

Na sua obra *“The Nature of the Child’s Tie to His Mother”*, Bowlby demonstra que comportamentos tais como a sucção, sorrir, chorar, seguir e a afeição provêm de uma base biológica, instintiva e inata, que tem como função a constituição do laço afetivo entre a mãe e a criança. Estes comportamentos começam a desenvolver-se no primeiro ano de vida, sendo que a partir dos seis meses começam a ser direcionados para a figura materna (Ainsworth & Bell, 1970 cit. in Cassidy, 2008). Na sua segunda obra *“Separation Anxiety”*, Bowlby foca a ansiedade experienciada por crianças, expostas a uma situação que desencadeia comportamentos vincutivos quando a figura prestadora de cuidados não se encontra disponível. Na obra supra citada, Bowlby, explana que as manifestações intensas de ansiedade de separação poderão evidenciar realidades familiares hostis, podendo ser exemplos de situações repetidas de abandono, rejeição pelos pais, doença dos pais ou irmãos, ou até mesmo a morte dos progenitores. Neste último caso, a ansiedade de separação pode manifestar-se de forma menos acentuada ou não se manifestar.

Os contributos de Mary Ainsworth para a teoria da vinculação foram de extrema importância. As investigações que levou a cabo no Uganda e em

Baltimore levaram a caracterização de três tipos de organização comportamental da vinculação, sendo estes A) O tipo seguro, onde a criança demonstra comportamentos de vinculação aquando da separação da figura de vinculação, sendo que retorna a exploração do meio após algum tempo. Nos períodos de reunião com a figura de vinculação, exhibe comportamentos de proximidade e prazer face ao retorno desta figura. B), O tipo inseguro – evitante, onde são demonstrados comportamentos de evitamento relativos a separação da figura de vinculação, mas também nos períodos de reunião, onde é de igual forma, exibida uma indiferença à presença da figura de vinculação. C), O tipo inseguro- ambivalente onde são exibidos elevados níveis de ansiedade face a presença e separação da figura de vinculação, procurando-a e evitando-a, demonstrando, assim, comportamentos contraditórios em várias situações. Este tipo de criança, não demonstra muitos comportamentos exploratórios (Ferros, 2011).

É ainda de referir uma quarta categoria designada de tipo indiferenciado, no qual as crianças demonstram comportamentos “*bizarros e perturbados*” (Soares, 2007, p.58). Main e Solomon (1986) Sinalizam a inexistência, neste grupo de crianças, de estratégias coerentes para lidarem com situações quer de separação quer de reunião com a figura de vinculação. Este grupo foi denominado de padrão de vinculação desorganizado (Goldberg, 1993). As principais características deste grupo passam pela exibição de comportamentos contraditórios, desorientados, confusos, estereotipados e de medo face à figura parental (Cassidy, 2008). Belle e Ainsworth (1972 cit.in Bretherton, 1992) observam que, pelo contrário a atitude e responsividade da figura de vinculação face as necessidades da criança leva ao desenvolvimento de um sentimento de autoconfiança em relação às próprias capacidades (Bretherton, 1992).

Bowlby considera que os padrões de interação com os pais são a raiz para a construção, por parte das crianças, do modelo operante interno de si próprios e do outro, nas relações de vinculação. Este modelo tem como finalidade interpretar e antecipar o comportamento da figura de vinculação, bem como planear ou guiar o comportamento da própria criança na relação (Bretherton, 1990). O termo “*modelo operante interno*” (MOI) foi primariamente utilizado por Craik (1943), um psicólogo britânico que escreveu um artigo sobre

as vantagens que um modelo operante interno do ambiente circundante tem para os indivíduos, por permitir uma simulação de várias variáveis de ação antes destas serem postas em exercício no ambiente externo (Bretherton, 1990). Este conceito captou a atenção de Bowlby devido à natureza dinâmica da representação de estruturas, das quais o indivíduo poderia criar previsões e extrapolar para realidades hipotéticas (Bretherton, 1990).

A hipótese de que os MOI do *self* e da figura prestadora de cuidados se desenvolvem através de padrões didáticos transacionais, sugere que estes se complementariam. Se um indivíduo experienciasse uma rejeição por parte da figura prestadora de cuidados principal, o modelo operante de rejeição seria complementado com um modelo operante onde o *self* se vê como figura incapaz de gerar afetos. Mas, por outro lado, se um indivíduo experienciou uma relação figura de vinculação-criança positiva o modelo operante de figura vinculativa prestadora de cuidados seria completado por um modelo operante de *self* valorizado, apoiado e amado (Bretherton, 1990). Em investigações posteriores Bowlby obteve resultados que apontavam para a ideia de que pais que “rejeitam” os filhos foram também eles “rejeitados” pelos próprios pais, chegando então a conclusão que este tipo de padrão comportamental vincutivo é transmitido através das gerações (Bretherton, 1990).

Bretherton (1990) apresenta os modelos internos como um conjunto de teias de informação estruturadas hierarquicamente, de forma mais ou menos organizada, e ligadas a outros esquemas hierárquicos armazenados na memória a longo prazo. Este autor afasta-se da ideia de que um indivíduo inseguro poderá ter dois modelos operantes da mesma relação a funcionarem de formas distintas e separadas um do outro, sendo um deles baseado na memória semântica e acessível através da reflexão e da discussão verbal, e o outro, baseado na memória episódica ou autobiográfica (sendo esta ideia defendida por investigadores como Bowlby e Crittenden). Bretherton favorece a teoria que indivíduos inseguros possuem um modelo interno mal organizado do *self* e da figura de vinculação, na qual alguns esquemas relevantes ou redes de esquemas estão desassociados uns dos outros através e no seio dos níveis hierárquicos, dando assim origem ao comportamento e comunicação contraditórios. Num modelo de tal forma mal organizado, a atualização de

informação pode acontecer num determinado nível da hierarquia, mas pode não se propagar aos outros. De igual forma, os esquemas (que deveriam ser ideais esquemáticos daquilo que o indivíduo deseja) podem não ser marcados com clareza e serem tratados como esquemas de circunstâncias reais. As confusões, contradições e distorções na interpretação e condução das relações de vinculação seria tal que o mau funcionamento, conseqüente conduziria a infundáveis modelos operantes demasiadamente rígidos (Bretherton, 1990).

A vinculação no adulto tem sido alvo de estudos recentes. Contudo, podemos encontrar em Bowlby algumas referências à vinculação como um fenómeno que ocorre ao longo da vida do sujeito, uma vez que este autor já diferenciava a vinculação que vai ocorrendo ao longo de diferentes etapas do ciclo vital da vinculação na infância, encarada a primeira como o produto de representações internas de carácter dinâmico, provenientes de experiências precoces com as figuras de vinculação (Bowlby, 1969, 1973, 1980 cit. in Soares, 2007, p. 123).

De todos os processos que marcam a entrada na vida adulta existem dois pilares que surgem com uma importância predominante, sendo estes “ *a autonomia e a intimidade*”. A identidade e diferenciação do *self* surge através da autonomia. Paralelamente à diferenciação do *self* surge também a busca por intimidade, podendo esta estar relacionada com o sentimento de pertença face ao grupo de pares ou em relacionamentos amorosos (Soares, 2007). Para Hazan (1990), a proximidade que um determinado indivíduo estabelece com o grupo de pares é geradora de conforto, apesar de a função de porto seguro ser exclusiva da figura de vinculação primária (relacionamentos amorosos) (Guedeney & Guedeney, 2004). Os relacionamentos afetivos aqui referidos divergem dos ocorridos na infância, pois destacam-se pela simetria e reciprocidade na prestação de cuidados (West & Sheldon-Keller, 1994 cit. in Ferros, 2011). Apesar das diferenças apontadas, tanto as relações de vinculação na adultez como na infância se caracterizam pela noção de base de segurança, a qual varia relativamente a “*acessibilidade e responsividade*” de figuras significativas (Collins, 1996 cit. in Ferros, 2011, p. 42). São vários os autores que defendem que uma experimentação fundamentada numa base segura, com responsividade por parte das figuras significativas, leva a percepção de sentimentos de “*segurança/pertença e partilha*” (Cassidy, 2011;

Crowell & Treboux, 2011 cit. in Soares, 2007, p. 141). Soares (2007) corrobora as afirmações supracitadas, afirmando que quando o outro é percebido como indivíduo responsivo e disponível relativamente à satisfação das necessidades específicas de um determinado indivíduo, isso contribui para o estabelecimento de sentimentos de segurança que permitem a exploração de vários domínios relacionais. Tal como sucede na infância, quando o indivíduo adulto é exposto a um agente *stressor*, este procura relações com figuras significativas com o objetivo de atingir “segurança” e “conforto” (Ainsworth, 1991 cit. in Ferros, 2011, p. 42). Desta forma, podemos considerar que tanto o relacionamento amoroso quanto as relações que estabelecemos com o grupo de pares são relações de vinculação (Ferros, 2011).

Na idade adulta, o estabelecimento de relações, contribui para a criação do “reportório desenvolvimental” do sujeito e dos respetivos modelos internos de vinculação, sendo estes dinâmicos. Estes, por sua vez, irão influenciar e orientar futuras relações (Bowlby, 1969, 1982 cit. in Soares, 2007). Investigações correlacionam de forma positiva a qualidade das representações internas da vinculação com o “*relacionamento interpessoal*” evidenciando que a nível social, os sujeitos que possuem um estilo de vinculação seguro mostram uma maior competência social, sendo mais resilientes, de forma que são vistos pelos demais como “*mais pacíficos e menos ansiosos*”, ao passo que indivíduos com um estilo de vinculação inseguro são percebidos como sendo mais “*ansiosos*” (Soares, 2007, p. 142).

Crowell e colaboradores (2002) e Roisman e colaboradores (2001) mostram alguns fatores que influenciam a qualidade dos relacionamentos amorosos, tais como a competência social (de ambos os sujeitos), incluindo-se nesta capacidade de resolução de problemas e a assertividade, e a competência para assumir o papel de base segura e prestadora de cuidados (cit. in Soares, 2007). A este nível, sujeitos seguros conseguem interpretar mais facilmente “*marcas de perturbação no outro*” e, posteriormente, adaptar o seu reportório comportamental às necessidades do mesmo, ao passo que indivíduos inseguros, numa situação destas recorreriam a estratégias como “*a intrusão, distanciamento ou frieza*” (Soares, 2007, p. 149). Da mesma forma, sujeitos que possuem um estilo de vinculação seguro evidenciam uma clara vantagem no que toca à competência social, que se reflete quando estes

pretendem exprimir os “*seus sentimentos e pensamentos*”, facilitando a partilha de perspectivas (Soares, 2007, p. 149).

Além da referência aos padrões de desenvolvimento normativo, a teoria da vinculação inclui também referências ao desenvolvimento da psicopatologia associada e consequente do desvio normativo dos padrões de vinculação (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). Numa analogia feita por Bowlby em 1988, em que este compara o sistema imunológico e o sistema de vinculação, Bowlby refere que as psicopatologias associadas à vinculação, assim como as “*doenças*”, podem surgir em qualquer período do nosso desenvolvimento, sendo estas consequências das constantes interações entre o organismo e o meio no qual este se encontra inserido (Sroufe et al., 1999). Bowlby, na sua obra, confere importância às experiências desenvolvimentais ao longo da vida, sem, contudo, esquecer a importância das experiências precoces com as figuras de vinculação e figuras significativas (Soares, 2007). Para este autor, a psicopatologia é resultante das experiências precoces e dos desafios desenvolvimentais que o indivíduo enfrenta. A manutenção de respostas desadequadas vai dificultar a mudança de um estilo de vinculação inseguro durante a infância. No entanto embora seja difícil não será impossível provocar a mudança em estados desenvolvimentais mais avançados como a adolescência ou a adultez (Sroufe et al., 1999). A mudança em questão pode ser potenciada pelo surgimento de oportunidades nas quais o sujeito poderá reflectir, avaliar e proceder a integração de experiências passadas (Main, Kaplan & Cassidy, 1985 cit. in Sroufe et al., 1999). A psicopatologia é produto das constantes interações entre o organismo e o meio. Contudo, é preponderante destacar o papel das experiências precoces que dão forma às representações que serviram de modelo para as interpretações pessoais da realidade. A preponderância das referidas representações internas prende-se com o facto de estas servirem de “*molde*” para as interações que os sujeitos estabelecerão com o meio no qual se encontram inserido (Sroufe et al., 1999),

A vulnerabilidade face à psicopatologia é potenciada pelo desenvolvimento de representações internas negativas do self e do outro ou pela adaptação de estratégias de processamento de informação que comprometem uma avaliação realista dos relacionamentos vinculativos (Dozier et al., 2008; Mikulincer & Shaver, 2012). Segundo Anderson e Perris (2002),

experiências precoces negativas com figuras de vinculação resultam na criação de representações cognitivas que serão traduzidas em respostas mal adaptativas. E experiências precoces com as figuras prestadoras de cuidados irão por sua vez afetar os relacionamentos estabelecidos pelo adulto enquanto adulto, vindo mesmo a afetar a sua competência relacional. Cimentando o raciocínio supra citado, Allen e Hauser (1996) e Troisi e Argenio (2004), explanam que padrões de vinculação inseguros poderão levar ao surgimento e ao desenvolvimento de psicopatologias. Amini e colaboradores (1996) e Goldberg (2003) evidenciam a ocorrência deste padrão comportamental, pois verificaram uma proeminência de perturbações de ansiedade e de humor em indivíduos inseguros. Ou seja, mediante as investigações analisadas, podemos detetar em indivíduos cujo padrão de vinculação é inseguro (ansioso ou evitante) a ocorrência de psicopatologias diversas, entre as quais perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, *stress* pós-traumático, perturbações alimentares e tendências suicidas (Mikulincer & Shaver, 2007 cit. in Mikulincer & Shaver, 2012).

3. Vinculação e Toxicodependência

A qualidade da relação de vinculação e das relações familiares influenciam o desenvolvimento do sujeito, podendo assim constituir-se como fatores protetores ou de risco face ao desenvolvimento de psicopatologias. Deste modo, uma família funcional e estável, constitui-se como um fator protetor relativamente ao desenvolvimento de perturbações de abuso e consumo de substâncias, tendo o envolvimento das famílias um impacto positivo no processo de tratamento e cura de indivíduos adictos. Os programas de tratamento que realçam a importância do envolvimento da família no processo de cura são particularmente benéficos em jovens consumidores (Santis, Hidalgo, Jaramillo, Hayden, Arnijo & Lasagna, 2013).

Para os pais que não tiveram, eles próprios, uma boa relação de vinculação, as memórias de infância e dos progenitores sofrem distorções e negação relativamente a algumas vivências e experiências. Isto acontece para que o sujeito crie proteções em relação ao medo e dor psicológico. Contudo, estes mecanismos de defesa poderão também impedir que os pais

reconheçam os sinais de *distress* do próprio filho (choro, fuga, bater) (Suchman, Cindy, Castigliani, McMahon, Rounsaville & Mayes, 2010).

A sociopatologia familiar, relativamente ao abuso de álcool, violência doméstica e, especialmente, a negligência e abuso sexual de crianças, tem efeitos negativos no desenvolvimento psicológico da criança e são vistos frequentemente como causa principal de problemas psicológicos e comportamentos de risco incluindo a adição. Estudos sobre a relação entre má parentalidade e delinquência revelaram que os delinquentes tem uma má comunicação com os seus pais e falta de confiança nos mesmos, encontrando-se também muito menos ligados a estes (Zimié & Jukié, 2012).

Experiências traumáticas testemunhadas em estados precoces do desenvolvimento poderão comprometer o desenvolvimento do ego, mas será a separação dos pais, causadora de *stress* e ansiedade, que irão despoletar a propensão para o consumo de droga como forma de obtenção de alívio e conforto psicológico (Zimié & Jukié, 2012). Desta forma, e de acordo com a literatura podemos comprovar a correlação entre um estilo de vinculação inseguro e o desenvolvimento de psicopatologia. Segundo (Sochos, 2013), um estilo de vinculação inseguro marcado por uma fraca noção do *self* por parte do sujeito, relações interpessoais pobres e fraca descodificação dos padrões de comunicação verbal e não-verbal, propicia o surgimento de patologias tais como depressão, ansiedade, funcionamento social pobre e distúrbios da personalidade. O mesmo autor refere ainda que indivíduos com um estilo de vinculação inseguro mostram comportamentos mal adaptativos na relação conjugal, com tendência a serem hostis. Outros estudos revelam que, em pacientes cujos pais faleceram, regista-se maior ansiedade relativamente aos restantes, enquanto em crianças a separação dos pais pode originar ansiedade, sendo que uma separação precoce afetará a relação com um futuro objeto de afeto (relações de amizade ou amorosas).

O objetivo da nossa investigação é analisar as narrativas pessoais de pacientes adictos, relativamente á sua rede de suporte social e a importância dessa rede para os hábitos de consumo. Para tal foram construídos quatro guiões de entrevista, baseados na ASI (*Attachment Style Interview*) (Rocha & Figueiredo, 1999), para quatro sessões de grupo, que procuram avaliar os seguintes aspetos (1) Identificar as figuras de vinculação e outras pessoas

significativas na infância, (2) Caracterizar a qualidade da relação com a figura de vinculação e outras figuras significativas na infância, (3) Identificar a percepção do indivíduo adicto relativamente a confiança, individualidade, proximidade e tolerância a separação nas suas relações atuais (4) Identificar as percepções dos pacientes relativamente a importância dos “outros” para os hábitos de consumo e recaídas.

Utilizamos a entrevista grupal como método de recolha de dados, pois esta potencia as relações intersubjetivas entre os intervenientes e o investigador e, através das interações verbais e não-verbais, permite que o entrevistador tenha uma outra imagem dos significados, valores e opiniões partilhadas pelos participantes, assumindo as situações e vivências sociais dos mesmos uma nova dimensão e profundidade. A flexibilidade da entrevista na pesquisa e na avaliação de resultados também demonstra ser uma vantagem, pois os resultados deixam de ser fruto exclusivo da interpretação do investigador, passando a ser uma construção feita entre o investigador e participantes das sessões (Fraser & Gondim, 2004).

Estudo Empírico

1. Amostra

A amostra deste estudo foi composta por 9 sujeitos, dos quais 7 eram homens (77.8%) e 2 mulheres (22.2%). As idades dos participantes variavam entre os 28 e 51 anos ($M=39.1$; $SD=9.2$). Quanto ao estado civil a maioria dos sujeitos estava solteiro aquando da recolha dos dados. Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão da amostra discriminados na tabela que se segue:

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão da amostra

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Pacientes em regime de internamento na Clinica do Outeiro, por um período mínimo de 6 meses desde o início da aplicação do questionário sociodemográfico	Pacientes em regime de internamento na clinica do outeiro, com alta prevista no período de 5 meses desde a aplicação dos questionários sociodemográficos
Diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias psicotrópicas	Diagnóstico de perturbações psicóticas

Dos nove sujeitos que compuseram a nossa amostra, cinco foram diagnosticados com um quadro clínico de dependência e/ou abuso de substâncias psicoativas, os restantes quatro sujeitos para além do quadro de abuso e/ou dependência de substâncias, apresentavam psicopatologias.

Todos os utentes que constituíram a nossa amostra estavam em regime de internamento na Clinica do Outeiro, (valência de Valbom Gondomar), o motivo que levou ao internamento dos participantes deste estudo foi o tratamento de um quadro clínico de dependência de substâncias psicoativas. Os utentes que compuseram a nossa amostra eram provenientes de dois grupos, o grupo A, mais funcional cujos integrantes tinham diagnóstico de

abuso ou dependência de substâncias psicotrópicas. E os utentes provenientes do grupo B, cujos integrantes para além do diagnóstico de abuso ou dependência de substâncias, possuíam perturbações causadas pelo consumo continuado de drogas.

Os sujeitos constituintes da nossa amostra tinham um historial de consumos de álcool e haxixe (88.9%), nicotina, cocaína e cannabis (77.8%) heroína (55.6%), tranquilizantes e alucinogénios (66,7%), anti-depressores e *crack* (44.4%), analgésicos e anfetaminas (33.3%), metadona (11.1%) inalantes, morfina, opio e outras substâncias (22.2%).

2. Método

Desde o fim do século passado que o campo da investigação qualitativa tem sofrido alterações quanto à sua metodologia (Seabra, 2010). Neste sentido Serapioni (2000, cit. in Seabra, 2010) dá especial relevância ao comportamento humano, ao investigador como um elemento integrado no grupo e à capacidade de exploração que o investigador adquire pela sua participação e não pela mera assistência. Segundo Seabra, Mota e Castro (2009, cit. in Seabra, 2010) existem seis pressupostos base que orientam todo o paradigma qualitativo ou fenomenológico das investigações, sendo estes: (1) Complexidade; a realidade social, incluindo as suas manifestações culturais, representa algo profundamente complexo e que não pode ser reduzido a um conjunto de variáveis; (2) Subjetividade; a bagagem cultural, social e pessoal do investigador não são suprimidas ou postas de lado, mas sim assumidas e trazidas para o contexto da investigação; (3) Contextualidade; a realidade é construída através de vários fatores e fenómenos que requerem a compreensão de determinados contextos para que possam ser compreendidos; (4) Interpretação e significado, a verdadeira essência da investigação qualitativa, reside na variedade de interpretações que os participantes fazem da mesma atividade e das relações que estes estabelecem com os fenómenos em estudo; (5) Metas da investigação: o objetivo desta metodologia de investigação prende-se com a capacidade de compreensão interpretativa, ou seja a capacidade de viver a experiência dos outros em nós próprios. Assim, contrariamente a abordagem quantitativa, que acaba por se tornar neutra e

impessoal, a abordagem qualitativa proporciona uma compreensão empática das experiências dos participantes. De acordo com o descrito anteriormente a metodologia qualitativa procura os significados profundos, os conhecimentos e os atributos, ao contrário da investigação quantitativa que procura resultados de medidas (Seabra, 2010).

Optamos pela utilização de uma análise qualitativa, com o objetivo de conseguir registar com detalhe e minúcia toda a riqueza proveniente dos testemunhos dos participantes. Com esta metodologia, o investigador sente-se imerso nas vivências dos participantes, sendo transportado para cada um dos episódios relatados, pois a expressividade corporal, a própria linguagem utilizada pelos participantes é tão singular e única, que no decorrer dos relatos acabam por surgir pormenores, que até então nos eram impercetíveis, mas que para o sujeito foram de extrema importância, e que devido a flexibilidade da nossa metodologia e questionários, podiam ser ajustados e integrados no estudo. Todos estes detalhes seriam difícil ser transmitida através de um número ou de um tipo de entrevista “fechada”. A metodologia qualitativa tem um elevado grau de validade interna, uma vez que o cerne do seu estudo são as características específicas dos grupos sociais estudados (Minayo & Sanches, 1993, cit. in Seabra, 2010).

3. Procedimentos de recolha de dados

Para que este projeto de investigação pudesse ser levado a cabo, contamos com o apoio da Clínica do Outeiro, instituição de cariz privado que dispõe de tratamento para a toxicodependência e patologias psiquiátricas associadas, tendo esta autorizado a presente investigação. Aos sujeitos inquiridos para a constituição da amostra foi pedido o consentimento informado tendo sido explicado o objetivo e em que consistia o estudo e, desde logo, garantida a confidencialidade ao longo de todo o processo. Foi também pedida aos participantes a autorização para as gravações áudio das entrevistas e a utilização das mesmas para este estudo, tendo sido explicado de forma exata e precisa do papel das gravações e de que forma estas seriam utilizadas na presente investigação.

Com o objetivo de caracterizar a amostra, deste estudo, foi aplicado aos utentes que cumpriam os critérios de inclusão um questionário sociodemográfico através de entrevista clínica. Após termos recolhido e analisado os dados provenientes do questionário sociodemográfico, os sujeitos participaram em quatro entrevistas grupais, organizadas em torno dos seguintes temas: (1) Identificação das figuras de vinculação e outras pessoas significativas na infância, (2) Caracterizar a qualidade da relação com a figura de vinculação e outras figuras significativas na infância (3) Identificar a perceção do individuo adicto relativamente a confiança, individualidade, proximidade e tolerância a separação nas suas relações atuais (4) Identificar as perceções dos pacientes relativamente a importância dos “outros” para os hábitos de consumo e recaídas. As entrevistas de grupo foram realizadas numa sala habitualmente usada para a realização de grupos terapêuticos na Clínica do Outeiro. O local era adequado e desprovido de elementos distratores, o que facilitou o decorrer das entrevistas de grupo. Estas entrevistas foram gravadas em formato áudio e transcritas para posterior análise de conteúdo. Tiveram duração máxima de uma hora e meia. As sessões não mais implicaram nada além das folhas com as questões, o gravador áudio e as cadeiras que foram disponibilizadas pela instituição. Estas sessões serviram também, para promover o estabelecimento da aliança terapêutica e a promoção da confiança.

Descrição das sessões de entrevista grupal:

I. Sessão 1

Foi explicado de forma simples e breve o conceito de figura de figura de vinculação, como forma de preservar a identidade dos participantes neste estudo, substituímos o nome de cada um por uma letra.

Tema: 1) Identificação das figuras de vinculação e outras pessoas significativas na infância

Questões:

O conceito de figura de vinculação foi explicado aos utentes (de forma simplificada e pratica) antes do início da sessão. Assim descrevemos a figura

de vinculação como a pessoa (Adulta) que lhes prestava cuidados, providenciava alimentação, conforto, carinho e auxílio durante a infância.

- Quem é a sua figura de vinculação?
- Quais as principais características da figura de vinculação?
- Como caracterizam o ambiente familiar?
- Qual o papel dos pais na vida do sujeito?
- A quem é que o sujeito se dirigia quando enfrentava uma adversidade, aos pais ou outras pessoas?

II. Sessão 2

Tema: Caracterizar a qualidade da relação com a figura de vinculação e outras figuras significativas na infância

Questões:

- É fácil para o sujeito aproximar-se de outras pessoas?
- Quem é que o sujeito procura para confidenciar algo?
- Qual a atitude dos sujeitos face ao segredo?
- Qual a reação do sujeito perante a necessidade de pedir auxílio aos outros?
- A quem se dirige o sujeito quando necessita de ajuda?
- Quando o sujeito necessita de ajuda, ele pede ajuda no momento ou só faz o pedido de ajuda como último recurso?
- O sujeito valoriza a sua independência?
- O sujeito prefere estar sozinho ou acompanhado?
- Que sentimentos e estado de humor, é que o sujeito associa à necessidade de estar sozinho?
- As tomadas de decisão são feitas de forma independente ou o sujeito busca a opinião de terceiros?
- No desempenho das tarefas diárias, o sujeito prefere desempenha-las sozinho? Acompanhado? Ou relegar as suas tarefas para uma terceira pessoa?
- Durante uma saída sozinho, o sujeito sente-se ansioso?
- Como é que o sujeito vive os momentos que antecedem a saída?

- A generalidade dos sujeitos reconhece que manifesta ansiedade antes de uma saída?
- De que forma a partida é experienciada pelo sujeito?
- No fim de um relacionamento o sujeito opta por dizer “*tchau*” ou “*adeus*”?

III. Sessão 3

Tema: Identificar a percepção do individuo adicto relativamente a confiança, individualidade, proximidade e tolerância a separação nas suas relações atuais

Questões:

- Qual a relação atual do sujeito com os familiares?
- Numa palavra, como caracterizaria a sua relação com os seus familiares?
- Num contexto familiar, o que representa para o sujeito a confiança?
- Como é que o sujeito caracteriza a sua relação com figuras significativas fora da comunidade terapêutica?
- O sujeito considera as suas relações de amizade positivas, com outros pacientes da comunidade terapêutica?
- Como se caracteriza a relação dos sujeitos com os filhos?
- É frequente o sujeito ter discussões com a família? Estas discussões recaem na sua maioria sobre o tema dos consumos?
- Qual a reação da família do sujeito quando este recai?
- Qual a reação da família aos progressos do sujeito no tratamento?
- O sujeito possui algum relacionamento extremamente significativo e satisfatório?
- O sujeito tem apoio por parte de outrem?
- Dos sujeitos que possuem um relacionamento amoroso, como caracterizam esse relacionamento?
- O sujeito gosta de saber quais as atividades diárias do seu parceiro?

- Existe alguma ansiedade por parte do sujeito quando inquire o seu parceiro sobre as suas atividades diárias?
- O sujeito tem necessidade de dizer ao parceiro o quanto este é significativo para ele, e quanto o relacionamento é positivo?
- O sujeito sente necessidade de demonstrar ao parceiro aquilo que sente por ele de forma constante?
- É frequente o sujeito sentir a necessidade de partilha?
- O sujeito necessita de provas de confiança por parte de terceiros?
- O sujeito sentiu-se apoiado pelos seus familiares e amigos durante este processo, ou sente que lhe viraram costas assim que surgiram as primeiras dificuldades?

IV. Sessão 4

Tema: Identificar as percepções dos pacientes relativamente a importância dos “outros” para os hábitos de consumo e recaídas

Questões:

- Quais os motivos que levaram o sujeito a consumir pela primeira vez?
- De que forma o sujeito percebe o papel do grupo de pares nos primeiros dos consumos?
- Todos os participantes tiveram recaídas?
- O que conduziu os sujeitos a recaída?
- Qual a influência de terceiros no início dos consumos?
- De que forma é que o grupo de pares contribuiu para a recaída do sujeito?

4. Procedimentos de análise de dados

Como já referido anteriormente, neste estudo optamos por utilizar uma metodologia qualitativa, devido a natureza exploratória da mesma, dado que pretendemos analisar as percepções que os indivíduos toxicodependentes têm relativamente às suas relações de vinculação e rede de suporte social. Através de uma investigação qualitativa pretendemos compreender, através do

levantamento dos significados individuais, o que contribuiu para um determinado fenómeno ou um acontecimento geral, neste caso a importância das figuras significativas e qualidade dos relacionamentos estabelecidos com estas (no passado e atualmente) para o início e manutenção do comportamento de adição (Veloso, 2008). Na presente investigação a informação foi recolhida através de entrevistas de grupo e a exploração dos dados implicou uma análise de conteúdo segundo os princípios de Bardin (2009). A análise de conteúdo proposta por Bardin é definida como um método que contém um conjunto de técnicas de análise de discursos, que utiliza tanto procedimentos objetivos quanto sistemáticos para descrição do conteúdo dos discursos recolhidos (Bardin, 2009; Farago & Fofonca, 2012). Para Minayo (2001) a análise de conteúdo não pode apenas ser definida como um conjunto de técnicas, mas sim uma análise de informação sobre o comportamento humano, tendo genericamente duas funções. A primeira de verificar hipóteses/questões, e a segunda, de descobrir o significado latente dos conteúdos manifestos.

A análise de conteúdo realiza-se em três fases distintas. A primeira corresponde à pré-análise, a segunda à exploração do material e a terceira ao tratamento dos resultados, à inferência e à interpretação dos mesmos. A pré-análise consiste na organização de todos os dados recolhidos, que serão analisados de forma a permitir sistematizar as ideias iniciais que surgem do material recolhido, podendo criar-se impressões e orientações acerca do mesmo. A organização do material é composta por 4 etapas: 1) a leitura flutuante que consiste em estabelecer contato com os dados obtidos de forma a conhecer o texto; 2) a escolha dos documentos, que consiste na demarcação daquilo que constitui material para analisar; 3) a formulação das hipóteses e dos objetivos; e 4) a referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que consiste na escolha de determinadas palavras que representam partes do texto dos documentos para analisar (Bardin, 2009). A fase da exploração do material compreende a definição das categorias, que correspondem aos sistemas de codificação; a definição das unidades de registo, que constituem as unidades de significação a codificar, traduzindo um pedaço/segmento de conteúdo que necessita de ser considerado como uma unidade base, de forma a originar a codificação e a contagem das frequências de ocorrência da

unidade base; e, por fim, a identificação das unidades de contexto dos documentos, que são unidades de compreensão que permitem codificar a unidade de registo correspondente ao pedaço/segmento de texto, de modo a que se possa compreender o seu significado real. A exploração do material pode ou não permitir a riqueza das interpretações e das inferências que o investigador tira do material recolhido. Esta fase é essencialmente de descrição analítica do *corpus*. O *corpus* é todo e qualquer material textual que foi recolhido e a descrição analítica deste consiste em submeter o material textual a um aprofundado estudo que é orientado pelas hipóteses, objetivos e referenciais teóricos da investigação. Neste sentido, a categorização, codificação e classificação são as bases desta fase (Bardin, 2009). A terceira e última fase da análise de conteúdo proposta por Bardin é o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Esta fase pretende tratar os resultados, sendo condensada e destacada a informação necessária para análise. Esta condensação e destaque da informação conduz às interpretações inferenciais, originando, portanto, o surgimento da intuição, bem como a análise crítica e reflexiva sobre os dados. De forma a facilitar a interpretação e a inferência sobre os dados, criam-se codificações e categorias explicativas dos resultados (Bardin, 2009).

Resultados

Os resultados deste estudo serão apresentados segundo os temas abordados em cada uma das sessões de entrevista grupal.

1) Identificação das figuras de vinculação e outras pessoas significativas na infância

Iremos analisar em seguida as respostas dos sujeitos, relativas ao primeiro objetivo específico desta investigação (identificação das figuras de vinculação e outras pessoas significativas na infância).

Podemos ver que a mãe é apontada como figura de vinculação para a maioria dos participantes (não existindo referência simultânea a ambos os progenitores). Também são referidos outros familiares juntamente com um dos progenitores. É ainda de destacar a existência de figuras de vinculação distintas para o passado e presente. No caso do sujeito A vemos o pai como figura de vinculação do passado e no sujeito B vemos que no passado as suas figuras de vinculação foram a mãe e a avó e no presente é o pai que assume esse lugar. Durante a aplicação das entrevistas foram feitas vinte e uma referências as figuras de vinculação.

Sujeito A: “A minha mãe os meus irmãos...O meu pai já faleceu”

Sujeito B: “Neste momento é o meu pai, quando era pequeno era a minha mãe e a minha avó”.

Pela análise dos discursos podemos verificar que as figuras de vinculação são muitas vezes associadas a adjetivos positivos tais como “*Carinhosas, meigas, doces, atenciosas...Super mãe e super avó*” (Sujeito B). No entanto, noutras situações a descrição assume uma certa ambivalência, sendo a figura de vinculação caracterizada da seguinte forma: “*Para mim a minha mãe é tudo...Bué carinhosa...Dá-me bué apoio...*” ao mesmo tempo que de modo factual, é referido “*Algumas vezes desprezou-me mas também lhe fiz muito mal.*”.

De igual forma, caracterizações marcadas por descritores maioritariamente negativos podem ser encontrados nos discursos dos sujeitos.

“Sujeito C: A minha mãe era uma mulher da vida da noite, não me dava muita atenção, deixava-me sozinha em casa para ir aos bailes e morreu quando eu tinha catorze anos”.

Contudo mesmo nestes participantes há reconhecimento da existência de fontes de suporte presente emocional, às quais são atribuídas características positivas.

“Sujeito C: (...) Apoia-me, vem-me ver, leva-me ao fim de semana de quinze em quinze dias (...).”

2) Caracterizar a qualidade da relação com a figura de vinculação e outras figuras significativas na infância

Quando analisamos os significados dos discursos dos participantes acerca da qualidade da relação estabelecida com a figura de vinculação e outras figuras significativas na infância a sua grande maioria refere a inserção em ambientes familiares caracterizados pela existência de comportamentos desviantes por parte de figuras significativas, tais como alcoolismo e negligência.

Sujeito B: “(...) Tirando as vezes que o meu pai bebia, quando o meu pai bebia era um estranho dentro de casa”

Sujeito C: “A minha mãe deixava me muitas vezes sozinha uma vez teve quatro dias sem vir a casa não aparecia, eu andava sempre sozinha ia para a escola e vinha sem comer, roubava o lanche aos meus amigos para comer, apareceu toda pisada numa ambulância com marcas de um cinto no corpo, ainda tive que olhar por ela, não tive muito apoio da minha mãe, ela tinha uma vida muito agitada”

Sujeito D: “o meu pai também era alcoólico e era agressivo, e não sei porque se era por ser o único rapaz, porque ele só me batia a mim, as filhas não lhes tocava nem com um dedo era só chocolates rebuçados e isso não sei se tinha inveja de eu me afeiçoar mais aos meus avos e não tanto á casa dele, mas talvez tivesse um bocadinho de inveja”.

Apesar de, algumas vezes, os sujeitos caracterizarem o seu ambiente familiar como sendo “normal” os relatos episódicos resultantes da exploração

das discussões revelam a ocorrência de acontecimentos familiares adversos tal como retratado pelo sujeito B, *“Era normal, tirando as bebedeiras do meu pai era tudo normal (...) Era um convívio normal de uma família normal, quando eu era pequeno, tirando as vezes que o meu pai bebia, quando o meu pai bebia era um estranho dentro de casa”*. O discurso do sujeito C denota situações de negligência familiares graves *“A minha mãe deixava me muitas vezes sozinha. Uma vez esteve quatro dias sem vir a casa. Não aparecia. Eu andava sempre sozinha, ia para a escola e vinha sem comer, roubava o lanche aos meus amigos para comer. Apareceu toda pisada numa ambulância com marcas de um cinto no corpo. Ainda tive que olhar por ela. Não tive muito apoio da minha mãe, ela tinha uma vida muito agitada”*. Situações de abuso físico foram, ainda, apontadas pelo sujeito D e dignas de destaque *“(..).chegou me a partir um braço mas era só quando bebia, quando não bebia era uma pessoa pacífica mas não demonstrava carinho”*

Todos os participantes referem a existência de figuras significativas as quais recorriam quando necessitavam de ajuda, apesar da ocorrência de relações disfuncionais com os progenitores

3) Identificar a percepção do indivíduo adicto relativamente a confiança, individualidade, proximidade e tolerância a separação nas suas relações atuais

A dificuldade na aproximação relativamente a outras pessoas é uma constante dos discursos dos participantes, para a qual são dados os seguintes motivos:

Sujeito G: *“Porque eu sou, uma pessoa que as vezes sou muito egoísta e muito intolerante em certas coisas, e isso me torna uma pessoa que a vez é meio difícil de me aproximar de certas pessoas.”*

Em resposta à questão *“Mas achas que é difícil tu aproximares-te dos outros ou os outros aproximarem-se de ti?”* O sujeito G esclareceu:

“Acho que eu que sou mais difícil de me aproximar das outras pessoas. Primeiro há que analisar essas pessoas e depois se vir que... se eu achar que a sua amizade para mim pode-me ajudar, ou eu a posso ajudar,

acabo por me aproximar se achar que não já deixo aquela pessoa mais de lado, já tenho menos com essa pessoa.”

A desconfiança é também uma característica do discurso dos diferentes participantes.

Sujeito A: *“Nem cá fora, nem na droga, não é fácil confiar em ninguém.”*

Sujeito C: *“Porque não são pessoas de confiança, na droga não se pode confiar em ninguém”.*

Embora, a este nível se manifestem atitudes/ representações diferenciais consoante a pessoa envolvida.

Sujeito C: *“Nas pessoas caretas confio mais um bocadinho. Pessoas caretas são as que não consomem Dr.”*

Sujeito E: *“Nem da para confiar (nas pessoas da droga).”*

Os participantes consideram que as primeiras impressões influenciam a confiança que depositam nos diferentes indivíduos:

Sujeito I: *“Isso é automático, há pessoas que a pessoa olha e identifica-se, até pode ser que mais tarde deem provas que a gente estava enganados, como pode ser que não, né?! Há pessoas que a gente olha, que à primeira vista ainda gosta e depois de se relacionar até são pessoas fixas, boas pessoas, que se identificam connosco, e há pessoas que a gente olha e gosta de princípio, e depois começam a conhecer e vão vendo que não, que não era o que pensaram, tanto dá para um lado como para o outro, é uma faca de dois gumes.”*

Encontramos evidências de um estilo de vinculação inseguro nas perceções dos participantes relativamente á confiança, uma vez que os mesmos. As figuras confidentes atuais dos participantes restringem-se aos técnicos de saúde e outros pacientes da comunidade terapêutica, à exceção de um dos sujeitos.

Sujeito E: *“Eu desabafo com a minha psicóloga por exemplo.”*

Sujeito F: *“Eu aqui, também é mais com o sujeito C, pronto acabamos por ser as duas mulheres, entendemo-nos melhor, e com os terapeutas.”*

Sujeito D: *“Eu gosto de desabafar com várias pessoas, porque acho que é útil. Porque há varias opiniões, cada pessoa tem a sua opinião, a pessoa modifica uma das outras. A pessoa não sabe qual é a opinião que está certa ou errada mas às vezes dá para tirar uma questão ou outra que seja mais válida ou menos valida não é? Dá para pensarmos talvez. Nos elucidar mais um bocadinho o que estará certo ou não. Não é que a gente saibamos se está certo, mas é uma teoria que nos dá mais, passos para a gente optar se devemos ir por aquele caminho ou não.”*

O processo de confiança é manifesto no discurso do sujeito H:

“Começo por falar com a pessoa com quem me sinto mais a vontade e tenho mais confiança e depois acabo por falar com mais pessoas. Não sou pessoa de falar com muita gente. Primeiro começo por falar com uma depois falo com outras.”

A partilha e o “desabafo” são feitos mediante as pessoas em que o sujeito confia. Contudo, dependendo do momento e das circunstâncias, podem ocorrer partilhas espontâneas que demonstram ser libertadoras tanto para o sujeito como para quem o ouve, pois estas partilhas espontâneas, causam um efeito “bola de neve” desencadeando novas partilhas. Podemos ver também que, na sua generalidade, os sujeitos começam por partilhar com uma pessoa (a pessoa em quem mais confiam), e posteriormente, vão conseguindo desabafar com outros utentes da comunidade terapêutica.

Sujeito G: *“Quando estávamos a comentar, todos nos temos segredos e não temos coragem de expô-los, eu tenho muita coisa para dizer mas ainda não tive coragem, ontem fomos ao futebol, e do lado começou a surgir uma conversa mesmo boa, e eu comecei a partilhar certas coisas com o I e com o B, e eles também partilharam, eu tinha coisas que não tinha falado com ninguém nem com a minha família ou com a minha irmã que é mais próxima, e estive a falar com o I e com o B, e eles partilharam coisas intimas da vida deles, me fez muito bem aquela ida ao futebol, acho que a gente guarda, guarda e joga para trás mas um dia estamos ali a conversar e do nada surge uma conversa e expomos aquele problema e jogamos para fora ali.”*

Os participantes justificam a dificuldade em se aproximar e pedir ajuda, justificando o facto pela falta de confiança, e apenas num estado limite. A independência é, neste sentido algo muito valorizado pelos participantes:

Sujeito G: *“Não peço nem por orgulho, nem por vergonha, é porque me sinto meio travado pela situação e as vezes posso estar meio envergonhado e as vezes tens meia dúzia que querem ajudar de verdade e outros que não estão nem ai, mas isso é em todo o lado, e isso nos faz pensar muito.”*

Sujeito C: *“Há muitos que querem ouvir para comentar e não para nos ajudar.”*

Sujeito I: *“No inicio do programa, nunca me dirigia a ninguém para falar com ninguém, as vezes precisava de falar e mesmo assim não ia, mas agora quando me identifico com algum problema ou com a pessoa eu vou lá ter com a pessoa, mas anterior mente como disse não ia ajudar porque não sabia o identificar, não sabia o que estava a sentir, como é que ia ajudar?! Agora já consigo identificar muita coisa, e como é que vou reagir e sei como é que ei de ajudar as pessoas porque a principio não conseguia identificar muita coisa.”*

Sujeito G: *“Eu valorizo muito a minha independência, mas antigamente não dava como dou agora, se fazia tudo para estar sozinho agora gosto de estar acompanhado e passando pelo programa, dou valor até as coisas mais simples como a uns simples chinelos.”*

A questão “Preferes estar sozinho ou acompanhado?”, num primeiro momento o grupo afirmou em conjuntos que, esta seria uma situação que dependeria do momento e das circunstâncias em que os participantes se encontrassem. Contudo começaram a surgir respostas mais individualizadas por parte de cada um dos participantes, embora, habitualmente os momentos de solidão estejam associados a estados emocionais negativos, o estado emocional de outras pessoas é algo que contribui para alteração do estado emocional dos participantes.

Sujeito C: *“Eu não, sinto me mal, prefiro estar sozinha já estou chateada não quero levar com a chatices dos outros isso é muito pior.”*

Sujeito I: *“Nos consumos, isso dava logo em consumir mais, a gente juntava-se e ia dar em consumir mais, hoje em dia eu acho que isso não é muito positivo, eu estando mal e estar com alguém que esta mal, vai ser muito difícil gerar coisas boas.”*

Quando foi explorado o processo de pedir a opinião dos participantes divide-se, alguns participantes são capazes de pedir a opinião mais facilmente do que pedem ajuda. E outros que preferem fazer as suas escolhas por si próprio, também podemos observar que a tomada de decisão é distinta em dois momentos, antes da entrada para o programa e depois da entrada para o programa de tratamento, tal como manifesto no discurso de I que afirma que, antes do programa as decisões importantes que teve que tomar tomou sozinho, mas que agora já pondera procura a opinião das outras pessoas e se tiver uns dias espera e às vezes encontra outras formas de agir.

Sujeito D: *“Eu falo por mim, desde os 14 anos fiquei sem pai e portanto levantei-me a vida sozinho, fui estudar a noite, e depois fui trabalhar na indústria hoteleira, as minhas irmãs eram todas mais novinhas, estava tudo na minha cabeça, onde ia para onde ia, os patrões que tive, ate a data correu tudo bem menos esta de me meter no álcool a um ano e meio foi uma decisão errada, sempre confiei muito em mim, analiso a opinião dos outros mas não gosto de as discuti la diretamente com a pessoa.”*

Sujeito G: *“Acho que está mais comprovado, que quando tomamos uma opção sem a opinião dos outros acabamos por não tomar a opinião mais correta.”*

A seguinte questão foi colocada ao grupo “É importante sentir que controlas a tua vida?”. Ao que o grupo respondeu em conjunto afirmando positivamente, que de facto é importante sentir que se tem controlo na própria vida. O sujeito G afirma que em tratamento esta a aprender a retomar o controlo da própria vida, sendo reconhecido por todos os elementos do grupo, o grupo afirma que o consumo de substâncias foi algo que fez com que perdessem o controlo das suas vidas. O sujeito I afirma que é preciso manter o controlo da sua vida, mas evitar o excesso de confiança, o qual conduz a recaída. E o sujeito H reforça esta ideia dizendo que devemos conhecermo-nos a nós próprios e ter noção dos nossos comportamentos.

Perguntamos aos sujeitos se preferiam desempenhar as tarefas diárias individualmente, com ajuda ou ter alguém que fizesse por eles, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: *“Se a pessoa não souber fazer nada prefiro fazer sozinho, mas gosto de estar acompanhada”*

Sujeito J: *“Se estiver chateado, ponho os fones nos ouvidos e estou a fazer as limpezas não quero que ninguém me chateie.”*

Sujeito G: *“Fazer a faxina do quarto se tiver um sonzinho para eu me ligar, eu faço tudo de uma ponta a outra não preciso de ninguém.”*

Sujeito H: *“Quando não confio prefiro fazer sozinho porque se não tenho que estar atento”*

Na generalidade dos participantes há a preferência em efetuar as tarefas individualmente, opção reforçada pelo estado de humor negativo e confiança posta em terceiros elementos envolvidos.

Podemos ver pelo discurso de alguns participantes as saídas do ambiente controlado da comunidade terapêutica não é motivo de ansiedade. Contudo, os momentos que antecedem a saída despertam no sujeito uma grande ânsia. Todos os participantes demonstraram dificuldade no *“dizer adeus”*, nas despedidas como podemos ver nas participações dos sujeitos F e C:

Sujeito F: *“É a ansiedade”*

Sujeito C: *“É a ansiedade como eu estou agora”*

Sujeito I: *“Eu já não tenho ansiedade a meses, eu vou ter uma saída, vou a casa daqui a três semanas ter com as minhas filhas e está-se bem.”*

Podemos então constatar que os sujeitos percecionam tanto o tratamento como o momento em que começam a reatar laços familiares e de amizade que perderam, os seus discursos, a confiança que os outros depositam nos participantes é algo que faz aumentar a sua autoestima e autoconfiança. O reconhecimento do trabalho que os sujeitos fazem na clínica e da progressão no tratamento. Assume-se como outro factor importante.

Existem ainda sujeitos como o sujeito A *“Não tenho ninguém, foi-se tudo”*, que refere ter perdido todas as relações de amizade que tinha, por outro lado o sujeito H prefere manter a distância com os amigos que tinha, já o sujeito G apesar de saber que tem amigos e relações *“interrompidas”* devido a sua entrada na clínica, prefere manter-se a distancia, sendo que através da sua participação podemos nos aperceber de alguma vergonha ou receio do sujeito tornar a procurar as pessoas que deixou.

Sujeito G: *“Eu por acaso tenho amigos aqui que desde que estou aqui em Portugal, que sempre me ajudaram, mesmo sabendo que eu andava a consumir drogas, sempre me apoiaram, tinham sempre conversa para mim, já aconteceu de eu ter estado perto do sitio onde essas pessoas estão, por exemplo o meu antigo trabalho, estão lá três dessas pessoas e eu não tive coragem de ir lá falar com elas, desde que estou aqui só liguei para uma dessas pessoas e ele disse para eu aparecer para falar com ele eu disse que sim mas nunca mais lá fui, um dia destes estou a pensar ir lá, voltar ao meu antigo trabalho fazer uma visita, tenho lá amigos, bons amigos e depois os outros amigos de consumo, mas sobretudo ver os bons amigos e aqueles que sempre me apoiaram.”*

Sujeito G: *“São bons, são bons e distantes, mais distante do que bom, são pessoas que eu sei que se aparecer ali vão ficar contentes, vão ficar felizes por saber que estou bem mas não preciso de dizer que estou em tratamento”*

As relações de amizade no exterior e interior da comunidade terapêutica e dentro e fora do contexto de consumo de substâncias são claramente diferenciadas. A perspectiva temporal também assume grande relevância para o modo como os participantes percebem a qualidade do relacionamento com as figuras mais significativas, sendo os consumos no passado associados a um aumento dos conflitos com estas.

Sujeito A: *“Dou-me bem, sinto o apoio deles, sinto a amizade deles, confiança”*

Sujeito D: *“Eu vou falar por mim, não tenho razão de queixa nem de ninguém que esta aqui nem de ninguém do grupo todo da comunidade, eu quero respeito, educação, ser humilde são três palavras que todo o ser*

humano devia ter, eu tenho essas três capacidades, talvez umas mais evoluídas outras menos, mas se tiver um bocadinho de cada uma dessas três capacidades não tenho problemas com ninguém.”

Sujeito F: *“Eu sempre tive um bom relacionamento com os meus filhos, aliás o mais velho assistiu a coisas que o mais novo não assistiu dos meus consumo, e o meu filho percebeu que a mãe era diferente das outras mães e já aceitou, ele diz-me que compreende o que eu sofria mas sempre me dei bem com eles nunca me afastei, agora o relacionamento esta mais forte porque fui eu que quis ir para a clinica e reforçou a confiança, o mais novo ainda não esta dentro do assunto, ele na escola também sabe das coisas e vê as coisas mas não associa aquilo a mãe. (...) O mais velho se eu tivesse que ir comprar as minhas doses levava-o comigo, não tinha onde o deixar, eu estava a ressacar, tinha que ir comprar mas não ia deixar o menino sozinho.”*

Por último, verificamos que é consensual no discurso dos participantes o impacto emocional positivo da partilha tanto no próprio quanto no ouvinte, uma vez que a mesma promove o aumento da confiança, condição por sua vez essencial para que a partilha ocorra. Quanto à permanência de pessoas significativas nas suas vidas, existem três discursos diferentes, o sujeito C afirma que *“A mim viraram me as costas, todos”*, o sujeito D e F afirmam que não lhe viraram costas *“Eu não concordo, a mim não me viraram costas”* (Sujeito D) e *“A mim também não”* (Sujeito F), e o sujeito H mostra que sentiu que em determinada altura algumas pessoas lhe viraram as costas, mas que agora com a entrada em tratamento e com os progressos sente que esses laços estão a reatar e a voltar ao que eram *“Eu sinto que a determinada altura as pessoas viraram um bocado as costas mas agora já começo a ver que as pessoas voltam a mais e ajudam mais.”* (Sujeito H).

4) Identificar as perceções dos pacientes relativamente a importância dos “outros” para os hábitos de consumo e recaídas

A adição surge como um fenómeno relacional. De acordo com as narrativas pessoais dos participantes, a qualidade das relações com a família, amigos e outras figuras de apoio, são cruciais para o início e manutenção dos

consumos e para a prevenção da recaída. Podemos destacar a este nível a participação do sujeito E *“(...) Curiosidade também havia muitos amigos meus que tinham boa aparência, fumavam erva e não havia aquele preconceito muito á 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.”*

Quando inquiridos sobre o que conduz as recaídas, as repostas demonstram também esta influência relacional.

Sujeito 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”.*

Quanto a importância dos outros na recuperação, os sujeitos afirmam que o aumento da confiança por parte da família, a reaproximação de amigos que se afastaram quando os sujeitos iniciaram os consumos ou até mesmo o reatar de relações perdidas, os levam a ter mais força e ânimo na permanência no programa. Existem ainda outros acontecimentos que reforçam os consumos, como o facto de os sujeitos serem contrariados, ou em alguns casos ignorados.

Sujeito G: *“Eu me identifico com o que o sujeito J disse... Não passei tanto tempo, no máximo passei cinco 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. (consumiste como forma de lidar com alguma coisa?) Conflito, com o stress ou alguém me tratar mal... Talvez as pessoas não me tratavam mal mas dava 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 um 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 às 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”.

Sujeito F: *“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!”*

Foi perguntado ao sujeito F, se essa situação a levava a recair, a resposta foi a seguinte: *“A recair e a fumar ainda mais.”*

Muitos dos sujeitos que afirmaram terem experimentado drogas por vontade própria, foram influenciados por grupos de pares, o que é traduzido nas discussões dos excertos seguintes

Sujeito 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 disser muito bem que...”*

Sujeito G: *“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 nenhuma... 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.”*

Quanto às recaídas, a maioria foi induzida por terceiros e no caso do sujeito B, foi por vontade própria e a incapacidade de conseguir gerir a vontade de consumo, *“Foi a minha vontade própria, foi espontâneo. Estava em casa, deu-me vontade e fui... Não aguentei.”*

Discussão

Iremos analisar os objetivos deste estudo e os resultados obtidos. Assim, os objetivos deste estudo foram:

(1) Identificação das figuras de vinculação e outras pessoas significativas na infância.

No que diz respeito a este objetivo as respostas variam. Contudo é raro existir referência aos pais como casal, normalmente surge um pai associado a um familiar próximo, ainda de salientar que durante a infância um dos participantes vivenciou um cenário de negligência e abandono que marcou as suas participações nas entrevistas grupais. De acordo com as partilhas feitas pelos participantes, pudemos dividir as figuras de vinculação em dois momentos, passado e presente, sendo que são visíveis varias alterações, das figuras de vinculação, normalmente por falecimento de algumas das figuras de vinculação do passado.

(2) Caracterizar a qualidade da relação com a figura de vinculação e outras figuras significativas na infância

Relativamente a esta questão podemos nos aperceber de um desfasamento entre aquilo que era a resposta inicial, e a realidade que surgia quando se aprofundava determinadas questões, evidenciando relações familiares destruturadas, e casos de abuso de substâncias e abandono.

Assistimos também a uma disparidade entre a resposta inicial, onde o ambiente familiar é comumente descrito como bom ou normal, sendo que após aprofundar algumas questões é revelada uma realidade diferente, transparecendo situações de alcoolismo, abandono e famílias destruturadas. Segundo Schuman, Decoste, Castigliani, McMahan, Rounsaville e Mayes (2010) para os pais que não tiveram eles próprios uma boa relação de vinculação, as memórias de infância e dos progenitores sofrem distorções e negação relativamente a algumas vivências e experiências. Isto acontece para que o sujeito crie proteções em relação ao medo e dor psicológico.

Podemos ver aqui, de que forma a bibliografia analisada se coaduna com os resultados obtidos, assim segundo Jadranka e Jukié (2012)

experiências traumáticas testemunhadas em estados precoces do desenvolvimento, poderão comprometer o desenvolvimento do ego, mas ser a separação dos pais que causa *stress* e ansiedade que irá despoletar a propensão para o consumo de drogas como forma de obtenção de alívio e conforto psicológico, aqui podemos encontrar semelhanças com os casos do sujeito C, cuja mãe era ausente e se ausentava por longos períodos de tempo, deixando a participante entregue a si mesma, sendo que com catorze anos esta paciente, começou a morar sozinha e a trabalhar devido ao falecimento da mãe, podemos ainda encontrar algumas semelhanças ao caso do participante D, que durante a infância passou por várias “casas” sendo que inicialmente morava com os pais, seguidamente foi morar com os tios em Lisboa e finalmente foi viver com os avós.

Segundo Santis, Hidalgo, Jarmillo, Hayden, Arnijo & Lasagna (2013), existem evidências que uma família funcional e estável é um factor protector relativamente ao desenvolvimento de perturbações de abuso e consumo de substâncias. Ao contrário dos relatos apresentados participantes deste estudo, que provem de famílias destruídas, onde existem episódios de abuso de substâncias por parte de algumas das figuras de vinculação, assistimos ainda a relatos de pais ausentes e negligentes. Neste sentido Sochos (2013) refere que a qualidade da relação de vinculação tem impacto na saúde mental do sujeito. São vários os artigos que nos mostram evidências, que as relações de vinculação dos participantes, estão de alguma forma comprometidas, desta forma, a estrutura onde estes vão estruturar o *self*, a sua confiança e partir para a exploração e estabelecimento de relações interpessoais, encontra-se a partida fragilizada pela qualidade das suas relações precoces.

(3) Identificar a percepção do indivíduo adicto relativamente a confiança, individualidade, proximidade e tolerância a separação nas suas relações atuais.

Possivelmente o estilo de vinculação evidenciado pelos participantes neste objetivo será o estilo inseguro, pela predominância da expressão “*depende da situação*”. Quanto à confiança as respostas foram semelhantes. Para os sujeitos participantes neste estudo é difícil confiar nos outros, sendo que quando se encontravam a consumir e antes de estarem no programa da

Clínica do Outeiro, era mais fácil confiarem em pessoas que não consumiam do que em outros adictos. Relativamente a individualidade, os sujeitos percebem a importância do outro, como fonte de ajuda para a resolução de problemas e partilha, contudo afirmam ter sido difícil aceitar isso numa fase inicial e que é comum recorrer a outras pessoas depois de terem tentado resolver os seus problemas sozinhos, ou seja existe uma hesitação quanto ao pedido de ajuda. A bibliografia analisada, mostra-nos que um estilo de vinculação inseguro, onde o sujeito tem uma fraca noção do self, relações interpessoais pobres e fraca descodificação dos padrões de comunicação verbal e não-verbal, propícia o surgimento de patologias tais como depressão, ansiedade, funcionamento social pobre e distúrbios da personalidade Antigonos e Sochos (2013). Zimié e Jukié (2012) referem que a sociopatologia familiar relativamente ao abuso de álcool, violência doméstica e especialmente a negligência e abuso sexual de crianças tem efeitos negativos no desenvolvimento psicológico da criança e são vistos frequentemente como causa principal de problemas psicológicos e comportamentos de risco incluindo a adição. Podemos ver então, que os sujeitos se enquadram em muitos dos dados apresentados provenientes da revisão bibliográfica, os percursos de vida, os relatos que apresentam inserem-se nos quadros de estilos de vinculação inseguros, que segundo os artigos analisados podem levar a comportamentos de risco e a adição. Como já referido anteriormente o condicionamento da relação de vinculação irá afetar várias dimensões do sujeito, estilos de vinculação inseguros potenciam a falta de confiança, uma má noção do self, potencializam o surgimento de psicopatologias, a toxicodependência torna o sujeito virado para si mesmo e para os consumos, para a obtenção da droga de eleição. Assim a proximidade/facilidade de obtenção da droga de eleição é a principal preocupação de uma pessoa adicta, a droga providencia a sensação de possuir uma base secreta e segura. A condição do sujeito deixa de ter importância, o sujeito foca-se na obtenção da droga, o que o leva a um estilo de vida cada vez mais adicto (Hofler & Nooyman, 1996). O isolamento, procurar a solução para os seus problemas sozinhos evitando o pedido de ajuda, as dificuldades evidenciadas nas questões da confiança, são manifestações das vivências experienciadas pelos

participantes durante o seu contacto com o “*mundo das drogas*” e da sua vida de consumo.

(4) Identificar as percepções dos pacientes relativamente a importância dos “outros” para os hábitos de consumo e recaídas.

Os participantes afirmam que o apoio da família é algo que os ajuda a suportar o tratamento, e que vêm na reaproximação de amigos e figuras significativas uma motivação para continuar o tratamento, os sujeitos demonstraram também que as famílias, amigos e pessoas significativas sofrem com as suas recaídas e que isso também reforça neles o sentimento de culpa e a dimensão do erro cometido, o envolvimento das famílias no tratamento tem um impacto positivo no sujeito, os programas de tratamento que realçam a importância do envolvimento da família no processo de cura, são particularmente benéficos em jovens consumidores (Santis, Hidalgo, Jarmillo, Hayden, Armijo & Lasagna, 2013).

Quanto à importância dos outros para o início e manutenção dos consumos, através dos relatos dos participantes pudemos ver que é um fator determinante e que a influência do grupo de pares aliado a outros fatores pode conduzir o sujeito aos consumos. E após a entrada no programa, a “*apresentação*” da substância ao sujeito ou o ver alguém a consumir também pode levar o sujeito ao consumo.

Conclusão

Após a conclusão deste estudo, podemos ver que o fenômeno da toxicod dependência passou por várias transformações até chegar aquele que testemunhamos nos dias de hoje. Este fenômeno atinge uma parte substancial da população sendo que podemos encontrar dois tipos de consumidores, indivíduos que adictos que fazem um consumo constante e abusivo da substância de preferência e consumidores de circunstancia, que utilizam as drogas como meio recreativo.

Quanto à teoria da vinculação, esta surgiu no ceio dos modelos psicodinâmicos, ganhou expressão e força pelos contributos de nomes como Konrad Lorenz, John Bowlby, Harry Harlow e Mary Ainsworth. Esta teoria apresenta um modelo explicativo da estrutura das relações precoces, e de que forma é que a qualidade da relação da mãe com a criança, ira influenciar o desenvolvimento da mesma.

Prosseguindo no enquadramento teórico do presente projeto de investigação, vemos que alguns dos aspetos influenciados pela qualidade da relação de vinculação são a confiança, a saúde mental, as relações interpessoais, e a perceção do *self*. Assim, um padrão de vinculação do tipo inseguro poderá levar ao desenvolvimento de problemas psicológicos como por exemplo ansiedade, depressão e distúrbios da personalidade, e a comportamentos de risco como a adição, por parte do sujeito (Sochos, 2013). As drogas surgem como forma do sujeito gerir sentimentos negativos, os sujeitos passam a ver estas substâncias como um refúgio, tornando o seu consumo uma prioridade, negligenciando outras pessoas e a si próprios (Hofler & Nooyman, 1996)

O estudo empírico veio corroborar o que tínhamos encontrado na revisão bibliográfica. Desta forma, a qualidade da relação de vinculação influencia o desenvolvimento do sujeito a vários níveis, sendo que relações de vinculação inseguras traduzir-se-ão num leque diversificado de fragilidades do sujeito, que terão repercussões nas suas relações futuras.

A comunicação com as figuras de vinculação e outras figuras significativas durante o programa de tratamento é fundamental. Os sujeitos vêm a

reaproximação destas figuras como prova de confiança e reforço positivo, valorizando-se a este nível, as regalias como tais como saídas e fins-de-semana em casa. Por outro lado, as relações com o grupo de pares é apontada, frequentemente, como causa do início dos consumos, sendo os “outros” também frequentemente apontados como causa das recaídas, ao mostrarem o produto do consumo ou ao oferecerem quando os sujeitos lhes solicitam determinadas substâncias.

Apesar do que foi referido anteriormente, podemos nos aperceber através das partilhas feitas pelos participantes que desde que entraram para o tratamento, os sujeitos estão a experienciar uma transição de um padrão onde se destacava a desconfiança, a individualidade e o distanciamento emocional, para um padrão onde a confiança no outro e em si próprio está em “reconstrução”, a aproximação ao outro e o pedido de ajuda começa a ser “trabalhado”.

Vemos como potencialidades deste estudo as perguntas semiabertas dos questionários elaborados no âmbito deste projeto de investigação, que nos permitem “*ver por dentro*”, assinalamos aqui a riqueza dos relatos, e a possibilidade de poder acomodar na estrutura do questionário, informações novas e relevantes que surjam no decorrer do testemunho dos participantes.

Os questionários, permitiram-nos ainda obter uma quantidade muito satisfatória de detalhes provenientes quer da linguagem verbal, quer da não-verbal, conseguimos ter ainda uma maior dimensão da problemática em estudo, ao procurarmos a qualidade do relato, o detalhe, fomos expostos a uma quantidade de pormenores das vivências dos sujeitos que teria sido perdida ou relegada para segundo plano caso optássemos por um estudo quantitativo.

Durante a realização deste projeto de investigação deparamo-nos com algumas limitações, devido aos horários e atividades da Clínica do Outeiro, foi por vezes difícil ter todos os sujeitos em todas as sessões, o que fez com que existissem situações onde por vezes sentimos que alguns dos participantes que vinham a todas as sessões tinham dificuldades de fazer certas partilhas, devido a presença de membros que costumavam estar ausentes, este fator trouxe outra variável parasita para o estudo, os horários da Clínica do Outeiro levaram a que o final das sessões coincidisse com períodos lúdicos de

intervalo, o que levou a que as últimas questões fossem sempre respondidas de forma menos elaborada.

Os participantes provenientes das regiões autónomas dos Açores e Madeira, mostraram uma maior dificuldade nas partilhas relativas as suas relações fora da clínica devido a distância, devido a estarem longe da sua terra natal, não tinham uma boa perceção do estado atual das suas relações com familiares e outros significativos. Notamos que em alguns momentos em que fomos interrompidos por questões alheias ao grupo fizeram com que algumas partilhas fossem perdidas quando retomamos as atividades.

O período de tempo em que este estudo foi conduzido foi curto o que não nos permitiu abranger outras vertentes das dimensões estudadas que poderiam ter sido relevantes e mais-valias.

Quanto à proposta de investigações futuras, seria importante alargar este estudo às famílias e inserir a sua visão acerca do percurso do sujeito durante os consumos e entrada em tratamento, e registar mudanças físicas, comportamentais e psicológicas observadas (dimensões da personalidade que sofreram maior alteração), de que forma os consumos do sujeito modificaram a dinâmica familiar e os relacionamentos dentro do seio familiar, de que forma as recaídas alteraram a família e a confiança no sujeito, entre outros aspetos relacionais. Seria ainda importante adicionar a futuros estudos os modelos de transmissão comportamental transgeracional.

Como pontos fortes deste estudo temos a entrevista grupal como método de recolha de dados, pois esta potencia as relações intersubjetivas entre os intervenientes e o investigador, e através das interações verbais e não-verbais, permite que o entrevistador, tenha uma outra imagem dos significados, valores e opiniões partilhadas pelos participantes, as situações e vivências sociais tidas pelos participantes, ganham uma nova dimensão e profundidade. A flexibilidade da entrevista na pesquisa e na avaliação de resultados, também demonstra ser uma vantagem, pois os resultados deixam de ser fruto exclusivo da interpretação do investigador, passando a ser uma construção feita entre o investigador e participantes das sessões (Fraser & Gondim, 2004).

Os resultados obtidos neste estudo, mostram algumas das áreas mais sensíveis do comportamento do indivíduo adicto, sendo que a inclusão do

individuo num programa que trabalhe estas áreas específicas, poderá revelar-se benéfico, relativamente a programas que incidam apenas na problemática da adição (Caspers et al, 2006). E talvez associando uma terapia de substituição com a intervenção psicológica a nível individual e familiar, poderia beneficiar tanto o sujeito adicto como as famílias, visto que estas também sofrem alterações a medida que o individuo progride nos consumos.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bifulco, A., Lillie, A., Ball, B., & Moran, P. (1988). *Entrevista de estilos de vinculação (A.S.I.): Manual de treino; versão 2 (reduzida)*. Royal Holloway: Universidade de Londres.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Bernazzani, O. (2002a). Adult attachment style I: Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 50-59.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Ball, C., & Lillie, A. (2002b). Adult attachment style II: Its relationship to psychosocial depressive-vulnerability. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37 (2), 60-67.
- Camargo, E., Pavin, T., Noto, A., Buscatti, D., Sartori, V., Formigoni, S. (2008). As drogas no âmbito familiar, sob a perspectiva do cinema. *Teoria e Prática*, 10(1), 214-222.
- Canavarro, C., Dias, P. & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186. Retirado de:
http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492006000100008&lng=pt&nrm=iso
- 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
- Crestwell, J. (2007). *Qualitative Inquiry Research Design: choosing among five approaches*. Nebraska: Sage.

- Escohotado, A. (2004). *Historia general de las drogas* (6º ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Farago, C. & Fofonca, E. (2012). A análise de conteúdo na perspetiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Revista Linguagem*. Disponível em: <http://www.lettras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf>
- Fernandes, J. (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>)
- 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.
- Fraser, M. & Gondim, S. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139-152. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200004&lng=en&tlng=pt.
- Garcia-Mijares, M., & Silva, M. (2006). Dependência de Drogas. *Psicologia USP*, 17(4), 213-240. doi: 10.1590/S0103-65642006000400012
- Gomes, A. (2011). *Vinculação e Toxicodependência* (Dissertação de Mestrado não publicada). Retirado de: Repositório Aberto da Universidade do Porto. (<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55396/2/Tese1.pdf>)
- Hofler, D. & Kooyman, M. (1996). Attachment Transition, Addiction and Therapeutic Bonding-An Integrative Approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(6), 511-519.
- Laranjeira, R., Oliveira, R., Nobre, M., & Bernardo, W. (2003). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnósticos e tratamento*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo/Associação Médica Brasileira.

- 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
- Mckim, M. (2004). *Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology (4th ed.)*. New Jersey: Prentice Hall.
- Mijares, M. & Silva, M. (2006). *Dependência De Drogas*. São Paulo, Brazil: Universidade de São Paulo-USP.
- 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
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2011). *Relatório anual 2011: a evolução do fenómeno da droga na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. doi:10.2810/47243
- Organização Mundial de Saúde, OMS. (2006). *Psychoactive substances*. Retirado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/index.html
- 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
- Rodrigues, A. (2004). *A definição do conceito de grupo e suas implicações no funcionamento do sistema: o caso das equipas cirúrgicas* (Tese de Doutoramento não publicada). Retirado de: Repositório Aberto da Universidade do Porto. (<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22788/2/65486.pdf>)

- Santis, R., Hidalgo, C., Jaramillo, A., Hayden, V., Armijo, I., Lasagna, A (2013). A family outreach intervention for engaging young out-of-treatment drug users: Pre-Versus post-treatment comparison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(1), 61-70.
- Schuckit, A. (1998). *Abuso de álcool e drogas* (3rd ed.). Lisboa: Climepsi.
- Schuman, N., Coste, C., Castiglioni, N., McMahon, T., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2010). The Mothers and Toddlers Program, an attachment-based parenting intervention for substance using women: Post-Treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment & Human Development*, 12(5), 483-504.
- Seabra, F. (2010). *Ensino básico: Repercussões da organização curricular por competências na estruturação das aprendizagens escolares e nas políticas curriculares de avaliação* (Tese de Doutoramento não publicada). Retirado de: Repositorium – Repositório da Universidade do Minho. (<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10877/1/tese.pdf>)
- Sequeira, J. (2003). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sochos, A. (2013) The Defining Constituents of Adult Attachment and Their Assessment. *Journal of Adult Development*, 20(2), 87-99.
- Veloso, A. (2008). *O impacto da gestão de recursos humanos na performance organizacional* (Tese de Doutoramento não publicada). Retirado de: Repositório – Repositório da Universidade do Minho. (<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7703/1/Tese%20de%20Ana%20Luisa%20Veloso.pdf>)
- Veloso, A., Ferreira, T., Keating, J. & Silva, I. (2010). *A confiança organizacional e a gestão de recursos humanos*. Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia: Universidade do Minho. Retirado de: http://www.researchgate.net/publication/228842451_A_confiana_organiza_cional_ea_gesto_de_recursos_humanos

Vieira, A. & Vieira, R. (2008). *A entrevista em Grupo: formas de desocultar representações e práticas de ser mediador escolar*. Actas do III Congresso Internacional de Etnografia: Cabeceiras de Bastos. Retirado de:

<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/471/1/%E2%80%9CA%20entrevista%20em%20Grupo%20formas%20de%20desocultar%20representa%C3%A7%C3%B5es%20e.pdf>

World Health Report. (1970). *Expert committee on drug dependence*. Geneva: World Health Organization

Zimié, J. & Jukié, V. (2012). Familial Risk Factors Favoring Drug Addiction Onset. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(2), 173-185.

Anexos

1. 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 nº. 502645776

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.clinicaouteiro.pt
e-mail: geral@clinicaouteiro.pt

Unidade de Desabilitação
Centro de Reinscrição Social

Estado Exterior da Circumvalação 12150
4460 262 Senhora da Hora - Matosinhos
Tel. 229 544 953
Fax. 229 544 954
www.clinicaouteiro.pt
e-mail: geral@clinicaouteiro.pt

2. 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)

Elemento Agregado Familiar	Doença Física	Doença Psicológica

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) Família

Porque motivo consumiste?

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

Substâncias Consumidas						
Consumo	Haxixe	Cocaína	Heroína	Anfetaminas	Alucinógenos **	Inalantes* **
Experimentei*						
Raramente						
Algumas Vezes						
Regularmente						
Sempre						
Substâncias Consumidas						
Consumo	Cannabis	Álcool	Morfina	Metadona	Antidepressivos	Analgésicos
Experimentei*						
Raramente						
Algumas Vezes						
Regularmente						
Sempre						
Substâncias Consumidas						
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 consomes? _____

Estás abstinente há quanto tempo? _____

Recaídas? Sim Não

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

Motivo da Recaída:

3. 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 Sarmento

4. Transcrições Integrais das Sessões de Entrevista Grupal

Sessão 1

Transcrição sessão 1

“*Quem é a tua figura de vinculação?*” Obtivemos as seguintes respostas por parte dos participantes:

Sujeito A: A minha mãe os meus irmãos...O meu pai já faleceu.

Sujeito B: Neste momento é o meu pai, quando era pequeno era a minha mãe e a minha avó

Sujeito C: A minha filha, o meu neto e o marido da minha filha, quando era mais pequena era só a minha mãe.

Sujeito D: A minha avó, eu tinha mãe com muito orgulho mas fui criado pelos meus avós.

A segunda questão, “*Como é que caracterizam a figura de vinculação?*”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito A: Para mim a minha mãe é tudo...É bué carinhosa quando estou assim porreiro, dá me bué apoio, desprezou me algumas vezes mas também lhe fiz muito mal, mas quando estou porreiro, esta sempre disponível, nunca me disse “ou largas a droga ou ponho te na rua” nunca fez nada disso... foi sempre 5 estrelas.

Sujeito B: Carinhosas, meigas, doces, atenciosas...Super mãe e super avó.

Sujeito C: A mim é a minha filha, apoia-me, ajuda-me, vem-me ver, leva-me ao fim de semana a casa de quinze em quinze dias, tenho uma boa relação com ela, já tive uma má relação com ela na altura das drogas mas agora tenho uma boa relação com ela. Vejo como uma amiga apesar de ser minha filha vejo-a como uma amiga. Perguntamos ao sujeito C como é que este caracterizava a sua relação com a sua mãe (a sua figura de vinculação na infância), obtivemos a seguinte resposta:

Sujeito C: A minha mãe era uma mulher da vida da noite, não me dava muita atenção, deixava-me sozinha em casa para ir para os bailes e morreu quando eu tinha 14 anos. Após esta resposta perguntamos ao sujeito se a sua mãe lhe tinha dado apoio, ao que o sujeito respondeu “*dentro dos possíveis*”,

perguntamos se a mãe lhe proporcionara conforto, obtivemos “*deu*” como resposta, questionamos ainda a disponibilidade, perguntando se a mãe se mostrava disponível para com o sujeito C, o sujeito respondeu “*não*”. Por fim perguntamos ao sujeito C “*Como é que reagias nessa situação?*”, ao que o sujeito respondeu “*Andava sempre sozinha ia para a escola sozinha, vinha para casa sozinha se ela estivesse em casa estava, se não ficava sozinha ate ela vir*”.

Quando perguntamos ao sujeito D “*Como é que caracterizas a figura de vinculação?*”, este respondeu:

Sujeito D: Eu é como lhe digo, os meus avós eram pessoas espetaculares, foram embora, já morreram, a minha mãe também (áudio não permite perceber uma secção do depoimento) Estava mais afeiçoado ao meu avô que a minha mãe.

“*Quem é que vivia com vocês quando eram pequenos*”

Sujeito C: A mim era a minha mãe, vivia com a minha mãe só.

Sujeito A: A minha mãe, o meu pai, a minha irmã e eu, tios, tias e primos.

Sujeito D: O meu avô, a minha avó (a qualidade do áudio não permitiu ouvir o resto da participação deste sujeito).

Seguidamente perguntamos aos sujeitos “*Como era o ambiente familiar?*”.

Obtivemos as seguintes respostas por parte dos participantes:

Sujeito A: Era espetacular quando eu era pequeno, churrascos ao fim de semana, mesa no terraço juntava-monos para almoçar era porreiro.

Sujeito B: Era um convívio normal de uma família normal quando eu era pequeno, tirando as vezes que o meu pai bebia, quando o meu pai bebia era um estranho dentro de casa. Colocamos a seguinte questão o sujeito B “*mudava muito então?*”, ao que o sujeito respondeu “*mudava*”, perguntamos ainda “*E deixava de ser normal portanto?*”, o sujeito respondeu “*era*”.

À questão inicial, o sujeito C respondeu: A minha mãe deixava me muitas vezes sozinha uma vez teve quatro dias sem vir a casa não aparecia, eu andava sempre sozinha ia para a escola e vinha sem comer, roubava o lanche aos meus amigos para comer, apareceu toda pisada numa ambulância

com marcas de um cinto no corpo, ainda tive que olhar por ela, não tive muito apoio da minha mãe, ela tinha uma vida muito agitada. Perguntamos ao sujeito C “*E o ambiente em tua casa foi sempre assim durante algum tempo?*”, ao que o sujeito respondeu “*Foi porque eu passava o dia com a minha mãe os meus irmãos foram criados numa instituição*”.

Quando colocamos a questão “*Como era o ambiente familiar?*” ao sujeito D, este respondeu “*Passava os dias normais*”.

Perguntamos ao sujeito B, se ele se revia em alguns dos ambientes familiares descritos pelos outros participantes, obtivemos a seguinte resposta:

Sujeito B: Eu não digo que o meu ambiente familiar era muito diferente de eles os dois, tirando só as bebedeiras do meu pai era o que mudava, sabes que o álcool transforma as pessoas de resto era tudo normal.

Seguiu-se a seguinte questão “*Eram os teus pais que tomavam conta de ti?*” Obtivemos as seguintes respostas por parte dos participantes

Sujeito A: Ya eram ...Os meus pais o meu pai e a minha mãe.

Sujeito B: era a minha mãe e a minha avó, o meu pai andava sempre embracado. Perguntamos ao sujeito B “*Alguma vez o teu pai cuidou de ti da mesma forma que a tua mãe ou a tua avó?*”, o sujeito B respondeu “*Quando estava em casa tomava, mas não era tao carinhoso como a minha mãe ou a minha avó*”.

Sujeito C: Eu tinha a minha mãe que tomava conta de mim poucas vezes estava mais vezes sozinha, perguntamos ao sujeito C “*E como é que reagias ao facto de a tua mãe não estar tão presente nem disponível?*”, ao que o sujeito C respondeu “*la para a escola vinha da escola sozinha, roubava o lanche aos meus amigos para comer porque não tinha comida, ficava de castigo sai da escola com 13 anos para começar a trabalhar com 14 tinha a quarta classe, a minha mãe teve tempo de me arranjar trabalho, arranjar uma casa, fizemos a casa de banho ela só durou um ano e morreu...*” Dirigimos a seguinte questão ao sujeito C “*Quando ela te arranjou emprego, foi ela que te arranjou emprego não foi?*”, o sujeito C respondeu “*foi*”, “*o que sentiste perante a atitude dela?*”, o sujeito C respondeu “*Não senti nada porque tinha que ir trabalhar porque passava muita fome e muita miséria, eu preferi trabalhar porque assim também tinha o restaurante comia bem*”. Perguntamos ainda ao sujeito C “*Mas achas que ela fez a função de mãe nessa altura?*”, o sujeito C

respondeu *“Ela não era mãe violenta de me bater era mais de me deixar sozinha”*.

Sujeito D: Os meus avós (o som não permite entender este fragmento). As lembranças que tenho, foram sempre ótimas, a minha mãe igual sempre carinhosa comigo, eu era filho único era o único neto derivado a isso o meu avô foi uma das coisas que fez, só havia um rapaz e dos outros filhos eram só netas (o som não permite entender este fragmento). Sempre tiveram um carinho especial por mim.

Quem cuidou mais de mim foram os meus avos, ate aos seis sete anos e depois faleceram, e depois morreu o meu pai, foi quando fui para Lisboa porque o irmão da minha mãe não podia gerar filhos, eles queriam um menino, então pediram á minha mãe, a minha mãe estava sozinha sobrecarregada com quatro filhos três meninas pequeninas e disse:

- *“Deixas vir o D para a nossa beira, que a Manuela não pode”* e nós criamos o D, e ajudamos, e gostamos muito de ter o D ao pé de nós... Mas quem eu relembro mais na minha juventude é dos meus avós e da minha mãe, mas mais os meus avós.

Em seguida, perguntamos aos sujeitos *“ Como era a relação com os teus pais?”*, obtivemos as seguintes respostas por parte dos participantes:

Sujeito A: Eu? Cinco estrelas.

Sujeito B: Era ótima, não tinha desavenças só levava pancada quando fazia asneiras. Perguntamos ao sujeito B *“ E como te relacionavas com o teu pai?”*, o sujeito respondeu *“ Eu pouco me relacionava com o meu pai, porque ele andava sempre embarcado”*. *“ E quando ele estava em casa, como era a tua relação com ele? Era boa a relação que vocês tinham? Tinha altos e baixos?”*, O sujeito B respondeu *“Não te vou dizer que era boa ou má porque nem recordação tenho disso, vagamente ... vagamente era ir ao café trazer me para casa levar me a praia de vez em quando”*. Perguntamos ainda ao sujeito *“ Era mais ausente?”*, o sujeito B respondeu *“ Era, era mais ausente”*. Quando inquirido, relativamente a forma que este sujeito tinha de se relacionar com a mãe e com a avó, o sujeito B respondeu *“Era bom, era bom...ia para o quintal com os meus primos tínhamos a praia logo a beira de casa, a minha mãe quando estava a trabalhar eu estava na praia depois ia para a casa da minha avó, quando a minha mãe vinha é que ia para casa que era as casas abeira*

uma da outra.” Perguntamos ao sujeito B “*E tinhas um melhor relacionamento com a tua mãe ou com a tua avó?*”, o sujeito B respondeu “*Com as duas mas não tirando o mérito a minha avó a minha mãe foi super*”

Sujeito C: A minha mãe quando tinha dinheiro era minha amiga levava-me a passear e isso mas ela também teve uma infância muito má porque ela veio de Espanha com nove anos de Espanha. Da guerra civil espanhola o meu avo é que era português a minha avó era espanhola, vieram para cá tiveram a minha mãe e as minhas tias, a minha mãe casou aos dezoito anos com um individuo que era alcoólico, depois dava-lhe muitos maus tratos, teve que o deixar, depois teve outros homens, o pai dos meus irmãos e outros homens, e depois o meu pai, mas eu nunca conheci o meu pai, nunca conheci o meu pai nem sei quem é. Perguntamos ao sujeito C “*Mas relacionavas-te frequentemente bem com a tua mãe?*”, a resposta do sujeito C foi a seguinte: “*Era bem dentro dos possíveis...*” Perguntamos ao sujeito C se era bom quando a mãe tinha demonstrações de carinho para com ela, o sujeito C respondeu: “*Pois, alguns...poucos*”.

Sujeito D: O relacionamento com a minha mãe e com os meus avos que eu já contei foram ótimos, mais que ótimos, com o meu pai nunca tive, o meu pai também era alcoólico e era agressivo, e não sei porque se era por ser o único rapaz, porque ele só me batia a mim, as filhas não lhes tocava nem com um dedo era só chocolates rebuçados e isso não sei se tinha inveja de eu me afeiçoar mais aos meus avos e não tanto á casa dele, mas talvez tivesse um bocadinho de inveja (áudio não permite entender o segmento do depoimento) chegou-me a partir um braço mas era só quando bebia, quando não bebia era uma pessoa pacífica mas não demonstrava carinho. Foi feita a seguinte devolução ao sujeito D: “*Era um pai reservado e em momentos de consumo tornava-se mais agressivo....*”, obtivemos a seguinte resposta por parte do sujeito “*E não sabia o que fazia perdia a cabeça, e talvez derivado por eu ter esse carinho pelos meus avós e ele não aceitava bem, a minha mãe aceitava bem porque a minha mãe era uma pessoa que não gostava que ele me batesse e quando ela me protegia ele não lhe batia porque os meus avos estavam ao lado (áudio não perceptível) Porque ele queria comprar outra casa para nos levar a nós e a minha mãe mas o meu avô nunca deixou*”, perguntamos ao sujeito como é que via o relacionamento que tinha com os

seus avós e com a mãe, o sujeito D respondeu *“Eram ótimos, fazia tudo o que queria tinha tudo o que queria as vezes era abusivo mas era criança, tinha tudo o que me apetecia tinha”*.

Perguntamos aos participantes a quem se dirigiam quando tinham algum problema, se se dirigiam aos pais, ou a outras pessoas. Obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito D: Eu? Avós e mãe.

Sujeito C: Eu dirigia-me a minha mãe, quando tinha mãe, ou tinha que resolver sozinha.

Sujeito A: Pais.

Sujeito B: Eu tanto a minha avó como a minha mãe.

Perguntamos aos sujeitos se estes sentiam que os seus pais eram próximos ou distantes, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito B: Eu sentia que os meus pais eram próximos, a minha mãe mais que o meu pai porque o meu pai como já disse andava sempre embarcado. Fizemos a seguinte devolução ao sujeito *“Isso marcou muito a tua infância não marcou? O teu pai estar ausente?”*, ao que o sujeito respondeu *“O meu pai esteve muito ausente”*, perguntamos ao sujeito se tinha tido episódios de violência em casa, o sujeito forneceu a seguinte resposta *“Tinha quando o meu pai bebia tinha, tinha para mim tinha que atura-lo durante as madrugadas...”*

Sujeito A: Bastante Eram próximos.

Sujeito D: O meu pai era bastante distante para mim mesmo porque a maneira de ele agir fez com que eu tivesse um certo ódio por ele, um certo receio (áudio não permite entender o segmento partilhado pelo participante) nunca foi uma pessoa que me marcou ou que deixou lembranças, relativamente a minha mãe as lembranças são as melhores que pode haver.

Sessão 2

Iniciamos esta sessão com uma recapitulação do que tinha sido feito na sessão anterior, relembramos algumas questões colocadas, algumas respostas dadas e relembramos os sujeitos da importância dos seus contributos para esta investigação.

A primeira questão colocada aos participantes foi “*É difícil aproximares-te dos outros?*”, obtivemos as seguintes respostas por parte dos sujeitos:

Sujeito E: Não.

Sujeito F: Não.

Sujeito A: Não.

Sujeito C: Não.

Sujeito D: Não.

Sujeito G: Para mim as vezes é.

Na sequência desta resposta, perguntamos ao sujeito G o porquê de por vezes ser fácil confiar nas outras pessoas. O sujeito G respondeu “*Porque eu sou, uma pessoa que as vezes sou muito egoísta e muito intolerante em certas coisas, e isso me torna uma pessoa que as vezes é meio difícil de me aproximar de certas pessoas.*” Colocamos a seguinte questão ao sujeito G “*Mas achas que é difícil tu aproximares-te dos outros ou os outros aproximarem-se de ti?*” O sujeito G respondeu da seguinte forma “*Acho que eu que sou mais difícil de me aproximar das outras pessoas, primeiro há que analisar essas pessoas e depois se vir que; se eu achar que a sua amizade para mim pode-me ajudar, ou eu a posso ajudar, acabo por me aproximar se achar que não, já deixo aquela pessoa mais de lado, já tenho menos com essa pessoa.*”

Seguidamente, colocamos a seguinte questão ao grupo “*E confiar? É fácil para vocês confiarem nos outros?*”

Após colocada esta questão o grupo responde simultaneamente que não.

Sujeito A: Nem cá fora, nem na droga, não é fácil confiar em ninguém.

Sujeito C: Porque não são pessoas de confiança, na droga não se pode confiar em ninguém.

Após estas respostas perguntamos aos sujeitos se confiavam nas outras pessoas, ou seja pessoas que não pertenciam ao “mundo” da droga, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: Nas pessoas caretas confio mais um bocadinho, pessoas caretas são as que não consomem Dr.

Fizemos a seguinte devolução aos sujeitos “*Então, aquilo que vocês me estão a dizer é que não confiam em pessoas da droga certo?*”

Sujeito F: Não

Sujeito E: Nem da para confiar

Perguntamos aos participantes “*E nas outras pessoas?*”

Sujeito F: Nas outras pessoas também, depende da pessoa.

Seguidamente perguntamos aos participantes, “*Vocês acham que a primeira impressão que tem de uma pessoa, vai influenciar a confiança que poderão vir a ter nessa pessoa?*”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito I: Isso é automático, há pessoas que a pessoa olha e identifica-se, até pode ser que mais tarde dêem provas que a gente estava enganados, como pode ser que não né?! Há pessoas que a gente olha, que a primeira vista ainda gosta e depois de se relacionar até são pessoas fixas, boas pessoas que se identificam connosco, e há pessoas que a gente olha e gosta de principio, e depois começam a conhecer e vão vendo que não, que não era o que pensaram, tanto da para um lado como para o outro é uma faca de dois gumes.

Perguntamos aos sujeitos “*Com quem desabafas?*”, as respostas foram:

Sujeito E: Eu desabafo com a minha psicóloga por exemplo

Sujeito E: Eu desabafo com o Dr.

Sujeito F: Eu aqui, também é mais com o sujeito C, pronto acabamos por ser as duas mulheres, entendemo-nos melhor, e com os terapeutas.

Fizemos a seguinte devolução ao sujeito F “*Então é uma característica que vos aproxima, o facto de serem duas mulheres numa comunidade terapêutica que é predominante masculina?*”

Sujeito F: Sim, e estamos no mesmo quarto, e andamos sempre juntas, já nos conhecemos á muito tempo.

Sujeito D: Eu gosto de desabafar com varias pessoas, porque acho que é útil porque há varias opiniões, cada pessoa tem a sua opinião, a pessoa modifica uma das outras, a pessoa não sabe qual é a opinião que esta certa ou errada, mas as vezes da para tirar uma questão ou outra que seja mais valida ou menos valida não é? Da para nós pensarmos talvez nos elucidar mais um

bocadinho o que estará certo ou não, não é que agente saibamos se esta certo, mas é uma teoria que nos dá mais, passos para a gente optar, se devemos ir por aquele caminho ou não.

Perguntamos aos sujeitos *“Toda a gente faz isto ou normalmente desabafa só com uma pessoa de maior confiança?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: Eu só desabafo com as pessoas quando confio nelas ou quando tenho muita confiança, se não desabafo, tenho que estudar bem a pessoa.

Sujeito H: Eu normalmente começo por desabafar com uma pessoa só depois acabo por falar com outras pessoas. Perguntamos ao sujeito *“Porque é que achas que isso acontece?”*, O sujeito respondeu da seguinte forma *“Começo por falar com a pessoa com quem me sinto mais a vontade e tenho mais confiança e depois acabo por falar com mais pessoas, não sou pessoa de falar com muita gente primeiro começo por falar com uma depois falo com outras.”*. Fizemos a seguinte devolução ao sujeito *“Ao falar a primeira vez do problema, achas que ajuda de alguma forma e que isso te permite falar com outras pessoas? Ou seja, torna-se mais fácil comunicar com outros?”* O sujeito deu a seguinte resposta *“Sempre, ajuda sempre falar com alguém independentemente de quem seja, mais chegado, menos chegado...”* Colocamos a seguinte pergunta ao sujeito *“quando a pessoa, consegue satisfazer as tuas necessidades, quando a pessoa te ouve, quando a pessoa corresponde a tua necessidade de falar o que é que tu sentes?”* O sujeito H respondeu *“Pois... Sinto-me aliviado, (pausa no discurso) menos stressado, menos pesado, como se me saísse alguma coisa de cima.”*

Sujeito A: Identifico-me com o H, começo por desabafar com uma pessoa e depois com os outros mais próximos.

Sujeito G: Eu por acaso, costumo desabafar com mais três pessoas do meu quarto, é o I, o K fala pouco nestes últimos tempos e tem mais a psicóloga a Dra. , que falo com ela seja lá o que for... Há coisas que falo com eles no quarto que pode ser bobagem as vezes, mas para a gente é sempre importante falar quando sonha com alguma coisa, ou quando estamos com dores de cabeça, ou alguma coisa, que faz a gente pensar, e ai a gente não fala e a gente fica a bater mal e fica chateado e sem paciência para outras pessoas.

Fizemos a seguinte devolução ao sujeito G *“Então é importante falarmos com os outros, relativamente a aquilo que sentimos ou pensamos, quando mais esses pensamentos são de cariz negativo.”* Ao que o sujeito G respondeu *“Sim... Sim”*

Perguntamos aos participantes *“Como é que vocês lidam com aquilo que não se conta a ninguém?”*

Sujeito E: É segredo.

Sujeito A: Depende do que é.

Sujeito I: Não lidamos, ficam la guardadas num canto, não precisamos de lidar com elas.

Sujeito F: Se for uma coisa muito íntima é óbvio que não vamos desabafar com um colega, fica connosco.

Fizemos a seguinte devolução ao grupo *“ É geral que problemas daqueles mesmo significativos, que vos tocam na ferida, vocês não desabafam com o outro?”*

Sujeito H: Não.

Sujeito I: Depende. Perguntamos ao sujeito I *“Depende? Depende de que?”*, a resposta do sujeito I foi *“Toda a gente tem coisas que não conta a ninguém, e que quando isso lhe vem a cabeça empurra para traz, olha para a frente e a vida depois acaba por passar, depois se voltar a vir a cabeça, porque pode voltar empurra-se para traz de novo.”* Fizemos a seguinte devolução ao sujeito *“Mas resolver então não resolves”*, o sujeito I respondeu *“Há coisas que não da para resolver, há problemas nossos que não pudemos resolver de maneira nenhuma, esta feito esta feito, vem a cabeça empurra-se para traz, e vem a cabeça empurra-se para traz, o tempo esquece tudo, esquece tudo, o tempo sara tudo, a minha realidade foi isso.”*

Sujeito F: E o sentimento já não é o mesmo, não é?! Já não é aquele peso

Sujeito I: Pois não, ao longo dos tempos, isso vai passando, e se calhar hoje o que era uma coisa pesada daqui a dois anos já pode não ser

Sujeito H: Como o I disse, que a gente empurra para traz mas ao fim de algum tempo vamos acabar por conseguir falar com alguém.

Podemos ver que a partilha e o “desabafo”, é feito mediante as pessoas em quem o sujeito confia, contudo dependendo do momento e das

circunstâncias, podem ocorrer partilhas espontâneas que demonstram ser libertadoras tanto para o sujeito como para quem o ouve, pois estas partilhas espontâneas, causam um efeito “bola de neve”, desencadeando novas partilhas. Podemos ver também que na sua generalidade os sujeitos começam por partilhar com uma pessoa (a pessoa em quem mais confiam), e posteriormente, vão conseguindo abrir-se para outros utentes, assim como o sujeito H referiu, “ Fica mais fácil falar depois de ter falado primeiro com uma pessoa”.

Perguntamos aos sujeitos “ *É fácil para ti pedir ajuda?*”, os sujeitos deram as seguintes respostas:

Sujeitos F e C: respondem ao mesmo tempo as vezes, e dizem que dependem do caso sendo que em casos muito complicados é difícil pedir ajuda.

Perguntamos aos sujeitos “ *Nos casos difíceis, é fácil para vocês pedir ajuda?*” Os sujeitos responderam:

Sujeito D: Não

Sujeito H: Agora é mais fácil pedir ajuda

Seguidamente perguntamos aos sujeitos “*E quando não pedem ajuda nessas alturas em que precisam, é mais por vergonha? É por orgulho é mais porque?*”, as respostas dos sujeitos foram as seguintes:

Sujeito G: Não peço nem por orgulho, nem por vergonha, é porque me sinto meio travado pela situação e as vezes posso estar meio envergonhado e as vezes tens meia dúzia que querem ajudar de verdade e outros que não estão nem ai, mas isso é em todo o lado, e isso nos faz pensar muito

Sujeito C: Há muitos que querem ouvir para comentar e não para nos ajudar

Sujeito G: Quando estávamos a comentar, todos nos temos segredos e não temos coragem de expô-los, eu tenho muita coisa para dizer mas ainda não tive coragem, ontem fomos ao futebol, e do lado começou a surgir uma conversa mesmo boa, e eu comecei a partilhar certas coisas com o I e com o B, e eles também partilharam, eu tinha coisas que não tinha falado com ninguém nem com a minha família ou com a minha irmã que é mais próxima, e estive a falar com o I e com o B, e eles partilharam coisas íntimas da vida

deles, me fez muito bem aquela ida ao futebol, acho que a gente guarda, guarda e joga para trás mas um dia estamos ali a conversar e do nada surge uma conversa e expomos aquele problema e jogamos para fora ali.

Fizemos a seguinte devolução aos sujeitos *“Então o momento também é importante, não é? O Momento o estado emocional, o à-vontade de falar do problema”*, obtivemos a seguinte resposta:

Sujeito D: Eu acho que isso é uma reação momentânea, do momento, sem se esperar, ou a pessoa esta mais aberta ou mais bem-disposta e de momento saem coisas que ficaram muito tempo retidas ca dentro e que nesse momento saem.

Seguidamente colocamos a seguinte questão aos participantes *“Quando vocês tem que pedir ajuda a quem é que pedem?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: Eu peço ao meu psicólogo

Sujeito F: eu peço ajuda ao meu marido

Sujeito E: E eu peço aos meus irmãos

Sujeito I: Depende das situações, posso pedir a familiares, a situações a que peço a amigos, não tem que ser necessariamente uma so pessoa, depende de naquela situação quem me pode ajudar melhor

Perguntamos aos sujeitos *“Quando vocês tem que pedir ajuda, vocês conseguem fazer logo, pedir logo ajuda, ou esperam até não aguentar mais e só depois é que pedem?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: Eu espero até não aguentar mais

Sujeito E: Eu antes de pedir ajuda espero um bocado

Perguntamos aos sujeitos *“ Mas chegam ao estado limite ou ainda não chegam ao estado limite?”*, as respostas dos sujeitos foram:

Sujeito E: Não, não chego ao estado limite

Sujeito F: Eu também não

Sujeito H: Eu as vezes deixo-me chegar ao limite.

Perguntamos aos sujeitos *“ E quando vocês chegam a esse estado limite, porque é que vocês acham que isso acontece? Porque é que vocês deixam chegar a esse limite?”*

Sujeito C: Porque primeiro tentamos resolver sozinho e quando vemos que não conseguimos, ai tentamos pedir alguma coisa a alguém

Sujeito D: Quando se passa dos limites, é a pressão que a gente já tem dentro de nós, que já não vê solução para o resolver, e enquanto se chega até ao limite estamos a tentar resolver sozinhos por meios de nos próprios.

Perguntamos aos sujeitos *“Acontece mais vezes os outros perguntarem-nos o que se passa ou o contrário?”* Os sujeitos responderam:

Sujeito C: A mim acontece-me mais o contrário, as vezes as pessoas vem ter comigo e desabafam, tanto homens como mulheres. Perguntamos ao sujeito C como é que ele se sentia com isso, o sujeito respondeu da seguinte forma *“Sinto-me bem e tento ajudar as pessoas com aquilo que sei, com a experiencia de vida que tenho.”*

Reformulamos a questão e tornamos a questionar os sujeitos *“Quando vocês tem um problema é mais comum as pessoas virem ter convosco ou vocês vão ter com as pessoas?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito I: No inicio do programa, nunca me dirigia a ninguém para falar com ninguém, as vezes precisava de falar e mesmo assim não ia, mas agora quando me identifico com algum problema ou com a pessoa eu vou lá ter com a pessoa, mas anterior mente como disse não ia ajudar porque não sabia o identificar, não sabia o que estava a sentir, como é que ia ajudar?! Agora já consigo identificar muita coisa, e como é que vou reagir e sei como é que ei de ajudar as pessoas porque a principio não conseguia identificar muita coisa.

Prosseguimos para a próxima questão *“Valorizas a tua independência?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito G: Eu valorizo muito a minha independência, mas antigamente não dava como dou agora, se fazia tudo para estar sozinho agora gosto de estar acompanhado e passando pelo programa, dou valor até as coisas mais simples como a uns simples chinelos.

Posteriormente, colocamos a seguinte questão *“Preferes estar sozinho ou acompanhado?”*, num primeiro momento o grupo afirmou em conjunto que, esta seria uma situação que dependeria do momento e das circunstâncias em que os participantes se encontrassem, contudo, começaram a surgir respostas mais individualizadas por parte de cada um dos participantes:

Sujeito C: Gosto de estar sozinha quando quero pensar na minha vida, no meu futuro, não vou ficar para o resto da minha vida.

Sujeito H: Depende do meu estado de espirito

Colocamos a seguinte questão aos participantes *“E que estado de espirito é que vocês associam ao facto de quererem estar sozinhos?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito A: A mim é quando me bate a saudade

Perguntamos aos participantes *“E quando estão bem-dispostos?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito F: Rimo-nos, conversamos, dançamos, musica.

Colocamos a seguinte questão aos participantes *“ Alguém alguma vez, ou agora quando sentiu sentimentos negativos, sentiu vontade de estar acompanhado por alguém?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito A: Uma companhia feminina, não é pelo sexo, é só pela carência, um abraço.

Perguntamos aos sujeitos *“E ao contrário nunca vos aconteceu? Estarem felizes e terem necessidade de estar sozinhos?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito F: As vezes acontece, estarmos acompanhados mas ao mesmo tempo estarmos sozinhos.

Sujeito I: Não é a necessidade de estar sozinho, não é como quando estou triste e fico na solidão, as vezes estou feliz, estou porreiro e não encontro ninguém que me apeteça partilhar isso, tudo bem na mesma.

Sujeito D: As vezes estou feliz, porque me lembrei de algum momento feliz, ou estou contente, e vou para a cama, deito-me fico ali, deitado de olhos abertos como se estivesse a sonhar acordado em vez de estar com eles no meio da confusão a dançar.

Podemos ver que os sujeitos procuram o isolamento quando se encontram *“em baixo”*, quando pensam na sua vida, quando tem saudades de casa, e como referiu o sujeito A por vezes a companhia de alguém do sexo oposto é importante, por poder transmitir afeto de outra forma (ainda que não seja de forma sexual).

Pusemos a seguinte questão aos sujeitos *“Digam me uma coisa, quando vocês se sentem negativos, e encontram outras pessoas com o mesmo estado de humor, vocês normalmente sentem-se bem com elas?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: Eu não, sinto me mal, prefiro estar sozinha já estou chateada não quero levar com a chatices dos outros isso é muito pior.

Sujeito I: Nos consumos, isso dava logo em consumir mais, a gente juntava-se e ia dar em consumir mais, hoje em dia eu acho que isso não é muito positivo, eu estando mal e estar com alguém que esta mal, vai ser muito difícil gerar coisas boas.

Sujeito G: Eu sou uma pessoa que não gosta de estar só mas estar com meia dúzia de pessoas, do que com trinta pessoas, não gosto de sair com um grupo grande, desde criança, divirto-me mais e sinto-me mais a vontade em grupos pequenos do que em grupos grande, não da para satisfazer os gostos de todos quando vai um grupo grande.

Seguidamente perguntamos aos sujeitos “ *Tomas as tuas decisões sozinho ou com os conselhos dos outros?*”, obtivemos as seguintes respostas por parte dos participantes:

Sujeito I afirma que, antes do programa as decisões importantes que teve que tomar tomou sozinho, mas que agora já pondera procura a opinião das outras pessoas e se tiver uns dias espera e as vezes encontra outras formas de agir.

Sujeito F afirma que depende da situação que as vezes procura ajuda para tomar decisões.

Sujeito H afirma que que já tomou varias decisões sozinho, e que a tomada de decisão também depende do estado de espirito, que muitas vezes tem que se esperar até tomar uma decisão para se tomar a decisão mais acertada, contudo o participante afirma que “duas cabeças pensam melhor que uma” e que é sempre bom pedir ajuda.

Sujeito G: Acho que está mais comprovado, que quando tomamos uma opção sem a opinião dos outros acabamos por não tomar a opinião mais correta.

Após as respostas obtidas na questão anterior, fizemos a seguinte devolução aos sujeitos “*Aqui a duas opiniões, uma opinião que admite que tomava decisões por si próprio, mas que aprendeu a reconhecer a importância de pedir opinião dos outros, e outro grupo opta por decidir as decisões individualmente ou seja por si próprios, porque é que fazem isso?*”, os sujeitos responderam da seguinte forma:

Sujeito C: Eu sempre fui independente desde criança e eu tinha que tomar as decisões ou certas ou erradas eu tinha que as tomar, não tinha ninguém para me apoiar, ou para desabafar ou para pedir, ou certas ou erradas tinha que decidir.

Sujeito D: Eu falo por mim, desde os 14 anos fiquei sem pai e portanto levantei-me a vida sozinho, fui estudar a noite, e depois fui trabalhar na indústria hoteleira, as minhas irmãs eram todas mais novinhas, estava tudo na minha cabeça, onde ia para onde ia, os patrões que tive, ate a data correu tudo bem menos esta de me meter no álcool a um ano e meio foi uma decisão errada, sempre confiei muito em mim, analiso a opinião dos outros mas não gosto de as discuti la diretamente com a pessoa.

Perguntamos aos participantes *“Quem é que não procuras quando tens um problema?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito D: Os meus inimigos ou pessoas negativas.

Sujeito G: Não procuro pessoas que não gosto

Seguidamente perguntamos aos sujeitos *“E se uma pessoa que não procuras tivesse a resposta mais exata, e mais correta para aquilo que precisasses de fazer?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito G: Eu não ligava para a opinião nem para a pessoa

Sujeito C afirma que aceitaria a opinião de alguém de quem não gostasse caso, esta opinião fosse a mais correta para o seu problema, os restantes membros afirmam que não seriam capazes de aceitar a opinião de alguém de quem não gostassem mesmo esta sendo a mais correta para o seu problema.

Seguidamente perguntamos aos sujeitos *“ É importante sentir que controlas a tua vida?”*. O grupo respondeu em conjunto, dizendo que é muito importante sentir que se tem controlo na própria vida.

O sujeito G afirma que na clinica esta a aprender a retomar o controla da própria vida, o grupo afirma que a droga foi algo que fez com que perdessem o controlo das suas vidas, o sujeito I afirma que é preciso controlar a sua vida mas manter os seus medos e reticencias, porque o excesso de confiança, também leva a recaída, e o sujeito H reforçou a ideia anterior dizendo que devemos conhecermo-nos a nós próprios e ter noção dos nossos comportamentos.

Perguntamos aos sujeitos se preferiam desempenhar as tarefas diárias sozinhos, com ajuda ou ter alguém que as fizesse por eles, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: Se a pessoa não souber fazer nada prefiro fazer sozinho, mas gosto de estar acompanhada

Sujeito J: Se estiver chateado, ponho os fones nos ouvidos e estou a fazer as limpezas não quero que ninguém me chateie.

Sujeito G: Fazer a faxina do quarto se tiver um sonzinho para eu me ligar, eu faço tudo de uma ponta a outra não preciso de ninguém.

Sujeito I: Depende há alturas em que prefiro fazer sozinho, outras em que prefiro fazer acompanhado.

Colocamos a seguinte questão aos participantes *“E quando não confiam na pessoa com quem estão a limpar, gostam de fazer as coisas sozinhos?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: Somos obrigados, se a pessoa que esta estipulada no plano, estamos obrigados, temos que aceitar porque a logica da clinica é dois a dois.

Sujeito H: Quando não confio prefiro fazer sozinho porque se não tenho que estar atento.

Sujeito J: Eu gosto de fazer as coisas a minha maneira, e se me mandarem fazer de outra maneira eu não faço, e já tive discussões com o meu patrão porque ele mandava-me fazer as coisas de um jeito, eu não queria e mandava-o fazer a ele.

Mesmo sendo obrigatório na clinica a limpeza dos quartos ser feita a dois, vemos que a generalidade dos sujeitos prefere fazer sozinho (na companhia de musica), e que esta opção também depende do seu estado de humor. Podemos salientar a participação do sujeito J que se não puder fazer as tarefas a sua maneira, então prefere não as fazer.

Perguntamos ao grupo se conseguiam sair sozinhos sem se sentirem demasiado ansioso. O grupo respondeu afirmativamente e que as vezes até preferem sair sozinhos.

Seguidamente perguntamos aos sujeitos *“E antes da saída como é que é? A espera pela saída?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito F: É a ansiedade

Sujeito C: É a ansiedade como eu estou agora

Fizemos a seguinte devolução aos sujeitos “ *E á outros que já conseguem esperar esse acontecimento de forma natural*”

Sujeito I: Eu já não tenho ansiedade a meses, eu vou ter uma saída, vou a casa daqui a três semanas ter com as minhas filhas e está-se bem.

Sujeito G: Sinto ansiedade porque penso e repenso nas coisas boas e que posso fazer, planeio muitas vezes o dia na minha cabeça.

Perguntamos aos sujeitos “*E quando te vez a ti sozinho, imagina que te vez sozinho sem a tua família como é que te vez?*”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito D: Ansioso

Sujeito C: Eu sempre estive sozinha não faz diferença, so sinto ansiedade quando estou a espera dela (da família que a vem buscar).

Perguntamos aos sujeitos “*Consegues dizer adeus facilmente? Como vives com as despedidas*”, obtivemos as seguintes repostas:

Sujeito C: Eu fico um bocadinho apertada.

Sujeito F: Depende se é aquele adeus até já ou se é aquele adeus para sempre.

Sujeito I: Fazes como eu, da maneira mais fácil, estou a chegar ao metro entro no metro chau.

Fizemos a seguinte devolução ao sujeito I “ *mas isso é chau, não é adeus*”, obtivemos a seguinte reposta:

Sujeito I: Chau, até daqui a quatro ou cinco meses.

Reformulamos a questão e devolve-mos aos sujeitos “ *Imagina que é no fim de um relacionamento, dizes chau ou adeus?*”

Sujeito G: Para mim é finish...muito difícil dizer adeus, eu digo mais facilmente chau é muito difícil eu dizer adeus, adeus é para sempre mesmo

Sessão 3

Seguidamente foi perguntado aos participantes como era a sua relação com os seus familiares atualmente, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: A minha é boa, tem mais confiança em mim ainda não tem totalmente mas já estão a ter mais confiança em mim.

Após esta resposta, fizemos a seguinte devolução ao sujeito *“Então a tua relação melhorou, isto é o grupo partilha da mesma opinião?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito A: A minha também é como ela esta a dizer, gostava de ir lá estar um pedaço com eles, a minha mãe esta bué orgulhosa de eu estar aqui

Mediante a resposta do sujeito A acrescentamos *“Então consideras que a tua relação com a tua mãe melhorou”*. O sujeito A concordou com a nossa afirmação, completando da seguinte forma *“Sim, bastante”*. Questionamos os restantes membros do grupo, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito G: Também

Sujeito D: Também

Sujeito G: Mas também estão com o pé atras, e eu meio que concordo com isso, pelas coisas que já fiz nunca deixaram de acreditar em mim mas deixaram de confiar em mim, são duas coisas diferentes e hoje em dia, estão retornando as coisas, a confiança, tive uma conversa com a minha irmã, porque senti que ela estava a querer voltar aquela amizade que tinha mas pronto, sempre a dizer me para não fazer as coisas que fazia e tal e para fazer a serio o programa, mais vale cultivar as coisas boas que temos, as amizades das pessoas que temos e isso, do que ter momentos de alegria individual.

Perguntamos aos participantes *“ Se tivesses que classificar a tua relação com os teus familiares numa palavra, como é que classificarias?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito G: Para já estancou

Sujeito H: Comigo também esta boa, já estive melhor, mas já estive muito pior, mas acho que as coisas estão a melhorar

Sujeito D: Eu senhor Dr. felizmente nunca perderam a confiança em mim, mas continuaram me sempre a incentivar para deixar o álcool, mas nunca me fecharam a porta, deixavam.me la ficar ao fim de semana, uma semana ou

até um mês, a minha relação com os meus familiares foi sempre boa, nunca houve chatices nem nada.

Sujeito F: A minha já esteve melhor, agora não, esta tremida, mas acho que vou conseguir novamente ter a confiança deles.

Sujeito F: Eu tive uma recaída, e isso fez com que houvesse outra vez aquele intervalo que durou anos

Seguidamente perguntamos aos sujeitos *“Acho que, é uma coisa transversal a todos vocês a palavra confiança, no que toca aos relacionamentos familiares, o que é que vocês querem dizer com confiança neste contexto? Em relação aos pais, aos irmãos?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: Confiar mais em nós, não andar tanto em cima de nós, deixar-nos mais a vontade, se eu quiser ir dar uma volta sozinha deixam-me ir antes não, tinha que ficar sempre em casa, quando ia de fim-de-semana a casa não podia sair, agora já posso ir a casa dos meus amigos, já tem mais confiança, a minha filha, a minha cunhada, o meu neto, tudo, já tem mais confiança em mim.

Sujeito D: Eu nunca tive esse problema, embora andasse a beber e isso, mas ia para casa deles estava sozinho, bebia um copinho ou dois mas não exagerava, eles tinham la garrafeiras e não me escondiam

Sujeito H: Para mim confiança quer dizer naquela altura em que andava a consumir, era no sentido de mentir, não mentir, ter confiança deixar-me entrar em sua casa, ver se eu roubava alguma coisa sem elas verem e enganava, depois começam a abrir a porta livremente e a receber, e a falar comigo a darem me outra oportunidade

Sujeito F: Também me refiro a isso, confiança não é o facto de eu ir para casa roubar, é confiança em mim, de não ter recaídas, não consumir.

Foi perguntado ao sujeito F *“Falaste de confiança relativamente a ti própria, ou seja tu própria confiares nas tuas capacidades, em que não vais voltar a recair, e relativamente ao outro, achas que é importante?”*, obtivemos a seguinte resposta:

Sujeito F: Acho que é importante, acho que é muito mau, chegar a casa dos meus irmãos ou da minha mãe e estar com a casa um caos, e estarem sempre a dizer para arrumar o quarto ou arrumar a sala.

Seguidamente perguntamos aos participantes “ *A confiança influencia-vos de forma positiva? Se os outros confiarem em vocês o que é que isso vos transmite sobre a vossa maneira de ser?*”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito F: Transmite confiança a nós mesmos

Sujeito A: Atuo confiança

Sujeito D: E atuo estima

Depois das respostas dos sujeitos, foi feita a seguinte devolução, “*Então por aquilo que eu percebi, em termos de relação atual com os vossos familiares vocês dão bastante importância a confiança, a confiança é imprescindível para vocês não é? Também vos ajuda um bocado a sentir-se bem com aquilo que são digamos a forma como gostam de vocês próprios, é como se fosse um reforço para vocês*”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito H: Foi das primeiras coisas que fizemos no tratamento foi a confiança.

Perguntamos aos sujeitos “*E a vossa confiança relativamente aos familiares, como é que vocês traduzem?*”, os sujeitos responderam da seguinte forma:

Sujeito F: Eu confio nos meus

Sujeito H: Eu nunca perdi a confiança nos meus, sempre senti apoio dos meus

Foi feita a seguinte devolução aos sujeitos: “*Então toda a gente partilha da mesma opinião? Que percecionam que os outros confiam em vocês e vice-versa? Não aliás peço desculpa, é transversal a todos vocês que vocês confiam nos vossos familiares é isso?*”, Obtivemos a seguinte resposta:

Sujeito F: Para mim é

Sujeito H: para mim também é

Sujeito G: é igual, tem umas que eu sei que posso confiar para umas coisas, tem outras que não posso confiar porque elas falam para todo o mundo.

Seguidamente perguntamos aos participantes “*E como é que vocês definem a vossa relação atual com os vossos amigos fora do tratamento?*”

Sujeito D: Posso falar já por mim, relaciono-me bem mas também fiz uma certa escolha, pus algumas pessoas de parte, consegui adquirir isso aqui, a amigos positivos e negativos, você deve saber mais que ninguém, que o álcool é uma droga de eleição das fortes, que quando se tem muito dinheiro até

lhe pagam, mas depois no dia seguinte se pedir para beber um copo já não lhe pagam, quando eu tinha dinheiro andava com tudo por todo o lado era tudo amigo.

Sujeito A: Eu não posso falar disso porque não conheço ninguém aqui, por isso não sei

Mediante esta resposta do sujeito A, perguntamos como eram as suas relações na ilha da Madeira (região autónoma da qual é natural), a resposta que obtivemos por parte do sujeito foi a seguinte:

Sujeito A: Não tenho ninguém, foi-se tudo

Sujeito H: De momento não tenho

Perguntamos ao sujeito H se tinha optado pelo distanciamento, a sua resposta foi afirmativa neste sentido.

Sujeito C: Eu, amigos caretas, que é pessoas como você, que as pessoas da droga chamam caretas aqueles que não consomem droga, só tenho um, nunca tive amigos caretas direitos, só tive amigas da droga, amigos só tenho um que me vem ver aos sábados, desde a minha infância, de resto não tenho amigos em mais lado nenhum

Perguntamos ao sujeito como é que este encarava este relacionamento, o sujeito C respondeu da seguinte forma:

Sujeito C: Com o meu amigo? Boa, ele conhece-me desde os meus 14 anos de idade, sempre foi meu amigo, sempre me apoiou, já me matou a fome, já me ajudou muito, vem sempre visitar-me e é o verdadeiro amigo que eu tenho

Sujeito F: Eu não tenho amigos, tenho conhecimentos só de consumo, amigos não tenho

Sujeito G: Eu por acaso tenho amigos aqui que desde que estou aqui em Portugal, que sempre me ajudaram, mesmo sabendo que eu andava a consumir drogas, sempre me apoiaram, tinham sempre conversa para mim, já aconteceu de eu ter estado perto do sitio onde essas pessoas estão, por exemplo o meu antigo trabalho, estão lá três dessas pessoas e eu não tive coragem de ir lá falar com elas, desde que estou aqui só liguei para uma dessas pessoas e ele disse para eu aparecer para falar com ele eu disse que sim mas nunca mais lá fui, um dia destes estou a pensar ir lá, voltar ao meu antigo trabalho fazer uma visita, tenho lá amigos, bons amigos e depois os

outros amigos de consumo, mas sobretudo ver os bons amigos e aqueles que sempre me apoiaram.

Perguntamos ao sujeito G como é que ele considerava os relacionamentos acima referidos, o sujeito respondeu da seguinte forma:

Sujeito G: São bons, são bons e distantes, mais distante do que bom, são pessoas que eu sei que se aparecer ali vão ficar contentes, vão ficar felizes por saber que estou bem mas não preciso de dizer que estou em tratamento

Foi feita a seguinte pergunta aos participantes *“Como é que vocês consideram a vossa atual relação com os vossos amigos aqui em tratamento?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito D: Eu vou falar por mim, não tenho razão de queixa nem de ninguém que esta aqui nem de ninguém do grupo todo da comunidade, eu quero respeito, educação, ser humilde são três palavras que todo o ser humano devia ter, eu tenho essas três capacidades, talvez umas mais evoluídas outras menos, mas se tiver um bocadinho de cada uma dessas três capacidades não tenho problemas com ninguém

Sujeito A: Dou-me bem, sinto o apoio deles, sinto a amizade deles, confiança

Seguidamente perguntamos aos sujeitos *“Consideram positivos os relacionamentos que matem aqui? Toda a gente partilha dessa opinião?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito H: Aqui tenho aquelas pessoas que ajudo diariamente, e tenho amigos mesmo e é uma coisa que estou a notar, com o passar do tempo aqui mais amigos se tornam, mas eu dou-me bem com toda a gente, há dois ou três que notamos que são mais amigos mas dou-me bem com toda a gente

Sujeito C: Eu é assim, dou-me melhor com os outros grupos do que com o meu grupo, dizem que o meu grupo é funcional mas não é, há certas pessoas que não sabem funcionar em grupo, nem deviam estar no nosso grupo, eu sei que nos outros grupos vão funcionar, no nosso grupo não vai, tem pessoas que não batem bem mesmo por isso é que não é funcional, riem-se de tudo, riem-se de mim fazem palhaçada, é assim o grupo já teve duas vezes azar, veio um de Vila do Conde para aqui, mandei-o fazer as tarefas, não queria fazer as tarefas queria ser pulino, chamou-me alcoólica se há coisa que eu não sou é alcoólica, agora é este, tenho mais sorte com os outros grupos que não me

faltam ao respeito, são educados, são meus amigos, apoiam-me, tenho mais apoio deles do que tenho do meu grupo, do meu grupo não tenho grande apoio, nem é um grupo funcional

Após esta participação do sujeito C, foi feita a seguinte devolução *“E dos amigos que tens aqui em tratamento? Consideras que por exemplo, esses indivíduos que classificaste como não funcionais, são teus amigos?”*, obtivemos a seguinte resposta:

Sujeito C: Podem não ser meus amigos, mas aparentam e se eu pedir uma ajuda eles ajudam, para abrir uma janela ou pegar em coisas pesadas, tem mostrado ser meus amigos, agora o meu grupo não, o meu grupo não é funcional de maneira nenhuma

Perguntamos aos participantes que tinham filhos como é que estes caracterizavam a relação que tinham com os mesmos, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito F: Eu defino bem, tenho um bom relacionamento com os meus filhos

Sujeito C: Eu criei a minha filha desde que ela nasceu até aos 12 anos, depois quando ela fez doze anos eu tive uma depressão fui para a psiquiatria ela foi para os avós, eu ia visita-la mas não era a mesma coisa, porque ela estava entregue a família do pai, depois deixamos de ter uma relação porque estava muito afastada, depois deixou de falar para mim, depois eu andei em depressões e a portar-me mal, ela escreveu uma carta a dizer que não me queria ver, e depois antes de entrar para aqui as outras foram falar com ela para ver porque é que ela não falava comigo e ela começou a falar

Sujeito F: Eu sempre tive um bom relacionamento com os meus filhos, alias o mais velho assistiu a coisas que o mais novo não assistiu dos meus consumo, e o meu filho percebeu que a mãe era diferente das outras mães e já aceitou, ele diz-me que compreende o que eu sofria mas sempre me dei bem com eles nunca me afastei, agora o relacionamento esta mais forte porque fui eu que quis ir para a clinica e reforçou a confiança, o mais novo ainda não esta dentro do assunto, ele na escola também sabe das coisas e vê as coisas mas não associa aquilo a mãe.

Foi perguntado ao sujeito F se a relação que tinha com os dois filhos era igual, o sujeito F respondeu da seguinte forma:

Sujeito F: Não, de todo o mais velho se eu tivesse que ir comprar as minhas doses levava-o comigo, não tinha onde o deixar, eu estava a ressacar, tinha que ir comprar mas não ia deixar o menino sozinho

Seguidamente perguntamos ao sujeito F se atualmente havia alguma diferença na relação que tinha com os filhos, obtivemos a seguinte resposta:

Sujeito F: Não, atualmente não noto diferença nenhuma.

Quanto ao relacionamento com os filhos podemos ver que existem diferenças entre as histórias das duas participantes, contudo as duas apresentam realidades e vivências duras, podemos distinguir duas alturas o passado quando os participantes estavam em consumos e a relação agora que estão em tratamento, podemos ver que a houve um aumento da confiança, e que as relações são mais estáveis. No caso do sujeito F podemos ver pelos relatos da participante que na altura dos consumos existia mesmo uma diferença significativa entre a relação que esta tinha com um filho e com o outro, e as diferentes situações que experienciou com eles.

Foi perguntado aos sujeitos se estes tinham discussões frequentes com a família, o grupo respondeu em simultâneo, afirmando que não, que as discussões não são frequentes e que quando surgem são sequência de divergências de opinião e são facilmente resolvidas.

Seguidamente perguntamos como era esta situação no passado, ao que os sujeitos responderam que, no passado tinham várias discussões, maioritariamente relacionadas com os consumos.

Seguidamente foi feita a seguinte pergunta aos participantes “Tens algum relacionamento que consideres perfeito? Obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito F: Nada é perfeito

Sujeito G: Refe que até ter caído na droga, até ter metido o “pé na bola” tinha tido um relacionamento muito positivo, com uma pessoa que o ajudava muito, mas que terminou porque ele tinha feito muita coisa e tinha vindo para Portugal, ela estava no Brasil “do outro lado do mundo

Sujeito H: A relação que eu tinha com a minha mulher eu achava que era perfeita, mas depois de estar aqui e das coisas que se passaram, acho que devemos fazer das relações o melhor possível agora perfeito, nada é perfeito.

Sujeito D: Para mim, perfeição não existe, pode haver relacionamentos mais estáveis ou menos estáveis mas perfeição não existe

Posteriormente, perguntamos aos participantes “*Daqueles que tem um relacionamento amoroso, como é o relacionamento com o marido ou a esposa, companheiro ou companheira?*”, obtivemos as seguintes repostas:

Sujeito D: Para mim é igual

Sujeito C: Eu a seis anos não tenho nenhum

Sujeito F: Boa, eu compreendo, eu tenho-me andado a portar mal e se fosse outra pessoa ele já não percebia da maneira que percebe, e ele continua a apoiar-me

Após a resposta do sujeito F, fizemos a seguinte questão “*Gostas de saber sempre onde é que ele está e o que é que está a fazer?*”, obtivemos a seguinte repostas por parte do sujeito F:

Sujeito F: Gosto

Perguntamos a este sujeito se ela tinha a necessidade constante de saber o que é que o companheiro está a fazer, obtivemos a seguinte repostas:

Sujeito F: Não é constante, é óbvio que ele esta lá fora e eu estou aqui fechada, eu só sei aquilo que ele acha que eu devo saber, mas gosto de saber.

Seguidamente perguntamos ao sujeito F “*Mas sentes-te apreensiva antes de perguntares?*”, ao que o sujeito F respondeu “*Não*”.

Perguntamos ao sujeito F “*Sentes necessidade de lhe dizer o quanto gostas dele e o quanto ele é importante para ti?*”, obtivemos a seguinte repostas:

Sujeito F: Sim

Continuamos a explorar as questões sobre a relação com o sujeito F com a seguinte questão “*Porque é que achas que tens essa necessidade?*”

Sujeito F: Porque ele é um homem muito importante na minha vida, ele é mesmo importante para mim.

Perguntamos ao sujeito F “*Fazes questão de lhe mostrar isso?*”

Sujeito F: Faço questão de lhe mostrar isso, ultimamente não tenho mostrado, tem-me dececionado, mas o gostar dele e o que sinto, não mudou nada

Quanto aos relacionamentos amorosos, podemos ver que são poucos os sujeitos que mantem um relacionamento amoroso. Os sujeitos estão em consenso quanto a insistência de um relacionamento perfeito. O sujeito F,

demonstra alguma ansiedade e preocupação relativamente as atividades do marido, e demonstra a necessidade de lhe mostrar aquilo que sente, podemos notar este acontecimento na expressão “eu só sei aquilo que ele acha que eu devo saber”.

Seguidamente, perguntamos aos sujeitos “*É frequente vocês sentirem a necessidade de partilhar?*”, os sujeitos responderam da seguinte forma:

Sujeito H: Partilhar acaba por nos ajudar e ajudar a outra pessoa também, as pessoas ao nos ouvir, acabam por falar delas também.

Colocamos a seguinte questão aos sujeitos “*Vocês tem necessidade que as pessoas vos deem grandes provas de confiança?*”, obtivemos as seguintes repostas:

Sujeito F: Eu tenho necessidade que realmente mostrem que tem confiança, eu estou a lutar por mim, sito é para mim mas tem outras pessoas por traz, e gosto de notar que elas vêm que estou a mudar

Sujeito H: Com a confiança que perdi das pessoas, qualquer mostra de confiança é importante para mim

Seguidamente perguntamos aos sujeitos “*Sentes que as pessoas fizeram tudo que podiam por ti até ao momento atual ou viraram as costas a primeira oportunidade?*”, os sujeitos responderam da seguinte forma:

Sujeito C: A mim viraram me as costas, todos

Sujeito D: Eu não concordo, a mim não me viraram costas

Sujeito F: A mim também não

Sujeito H: Eu sinto que a determinada altura as pessoas viraram um bocado as costas mas agora já começo a ver que as pessoas voltam a mais e ajudam mais

Sessão 4

A primeira questão colocada aos sujeitos neste âmbito foi “*Como é que as vossas famílias reagem as recaídas?*”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito D: A mim é mal

Após a resposta do sujeito D, o grupo responde afirmativamente a esta questão dizendo que as famílias reagem mal as recaídas, assim sendo pedimos aos sujeitos para especificar através da seguinte questão “*O que é que vocês querem dizer com reagir mal?*”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: A minha filha por exemplo, diz “O mãe tu vê-la, se tornares a ir para a droga, eu deixo de falar contigo, nunca mais te quero ver, não te deixo ver o menino, ficas sozinha”

Sujeito H: Das minhas recaídas os meus familiares não se apercebiam porque eu trabalhava na mesma, mas quando descobriam eu sabia que era uma desilusão para eles

Seguidamente perguntamos aos sujeitos “*Como é que a vossa família reage aos vossos progressos terapêuticos, aos vossos progressos aqui na clinica*”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: A minha filha esta muito feliz, até já me deu 5 dias de request, coisa que nunca me tinha dado, num ano e seis meses nunca me tinha dado, era sempre um dia e meio, e já me esta a prolongar as saídas, esta muito contente

Sujeito D: A mim é igual, estão muito satisfeitos

Sujeito H: Eu noto que eles agora querem estar mais presentes no meu tratamento, preocupam-se mais comigo

Posteriormente, colocamos a seguinte pergunta aos participantes “*Tens indivíduos que te apoiam?*”, obtivemos as seguintes repostas:

Sujeito H: Eu sentia mais apoio dos meus familiares e dos amigos que tem reconquistado e dos vários colegas que tenho aqui, assim como dos terapeutas

Sujeito D: Sim eu partilho, tenho muito apoio das minhas

Sujeito: C: Tenho familiares e amigos

Seguidamente perguntamos aos participantes “*A quanto tempo é que estes indivíduos vos apoiam? Assim em termos de acontecimentos, que acontecimentos é que vocês conseguem atribuir que a partir aquele momento*

começaram a perceber, a ver que as pessoas vos começaram a apoiar mais?”, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: A minha filha começou a apoiar-me quando vim para o centro de recuperação, viu que eu estava em tratamento começou-me a apoiar, começou a sentir mais confiança em mim, o meu amigo sempre me apoiou, sempre me ajudou

Sujeito D: A mim foi uma vez que eu estive no centro de desemprego, nos primeiros meses bebia mas comia bem e fazia os testes, estava a viver com um colega meu num T2 e o dinheiro que juntava-mos pagava-mos o apartamento e bebíamos umas bebidas, depois fomos conhecendo mais gente, vieram os amigos dos consumos, e os meus familiares começaram a alertar-me das mas companhias, e dos exageros nos gastos do dinheiro e comecei a ter problemas de saúde

Prosseguimos com a seguinte questão *“O que vos levou aos consumos? Quais os motivos pelos quais consumiste pela primeira vez?”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: 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 restaurantes (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 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.

Sujeito J: Curiosidade

Sujeito A: Também curiosidade e queria experimentar

Sujeito B: Curiosidade

Sujeito G: 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.

Após as respostas anteriores foi feita a seguinte devolução aos sujeitos *“Eu gostaria de perguntar ao grupo qual o papel dos outros no primeiro consumo.”*, obtivemos as seguintes respostas:

Sujeito C: 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.

Sujeito 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 disser muito bem que...

Sujeito A: Não foi influenciado, queria mesmo experimentar. (importância dos outros no primeiro consumo) Nenhuma... Foi a primeira vez

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

Sujeito G: 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 nenhuma... 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.

Seguidamente perguntamos aos sujeitos “*Todos os presentes tiveram recaídas?*”, as repostas obtidas foram:

Sujeito C: Eu tive aos nove meses, fumei haxixe

Sujeito B: eu tive a semana passada

Sujeito J: Sim

Sujeito A: Sim

Sujeito F: Sim

Sujeito G: Antes de entrar na clinica sim, depois de entrar na clinica ainda não tive

Foi perguntado aos participantes “ *O que vos levou a recair?*”, obtivemos as seguintes repostas:

Sujeito C: 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

Sujeito A: 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.

Sujeito 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.

Sujeito B: Foi a minha vontade própria, foi espontâneo. Estava em casa, deu-me vontade e fui... Não aguentei

Sujeito G: Eu me identifico com o que o sujeito J disse... Não passei tanto tempo, no máximo passei cinco 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. (consumiste como forma de lidar com alguma coisa?) Conflito, com o *stress* ou alguém me tratar mal... Talvez as pessoas não me tratavam mal mas dava 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 um 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 às 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.

Foi perguntado aos sujeitos se alguém partilhava a opinião do sujeito G, obtivemos a seguinte resposta:

Sujeito F: Sim

Sujeito F: 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!

Após esta resposta do sujeito F, foi-lhe perguntado, o que é que essa situação lhe fazia sentir, ao que o sujeito F respondeu "*Ainda pior*"

Foi perguntado ao sujeito F, se essa situação a levava a recair, a resposta foi a seguinte:

Sujeito F: A recair e a fumar ainda mais.

Sujeito C: Eu nunca fui muito de desabafar

Perguntamos aos sujeitos "*Qual a influência dos outros nas vossas recaídas?*", as respostas foram:

Sujeito A: A mim foi verem-me bem e chegarem-se ao pé de mim com um pacote... Apresentar os produtos

Reformulamos a questão e devolvemos aos participantes "*Os outros significativos de que forma influenciam as fossas recaídas?*"

Sujeito F: eu recaí pela minha vontade própria

Sujeito C: 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.

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