UC/FPCE _ 2010

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Vinculação, Memórias de Infância e Estilos Defensivos na População Toxicodependente: Estudo Comparativo e Multivariado

Cláudia Sofia Craveiro Nunes Carriço (e-mail:Yasunari@sapo.pt)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – Subárea de Psicopatologia e Psicoterapia Dinâmica
Sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

Vinculação, Memórias de Infância e Estilos Defensivos na População Toxicodependente: Estudo Comparativo e Multivariado

Resumo

O presente artigo enquadra-se na linha de trabalhos sobre a vinculação e toxicodependência. Tem como objectivo avaliar as dimensões da vinculação na população toxicodependente, bem como as variáveis associadas a este construto, particularmente as memórias de infância, os mecanismos de defesa e os sintomas psicopatológicos. Numa primeira fase é feita a comparação entre um grupo de toxicodependentes (n=65) e um grupo de sujeitos da população normal (n=65) emparelhado ao nível do género, idade e escolaridade. As diferenças entre grupos mostraram-se significativas a nível da vinculação, memórias de infância e mecanismos de defesa específicos, como a clivagem e a supressão. Os sujeitos toxicodependentes apresentam um maior índice de perturbação emocional. Numa segunda fase, estudou-se a relação entre estas variáveis, tendo os resultados mostrado que a memória da rejeição da mãe e a clivagem têm um efeito preditor ao nível das dimensões da vinculação estudadas, sendo a clivagem um estimador mais consistente destas dimensões.

Palavras-chave: Vinculação, Modelos Internos Dinâmicos, Dependência de Substâncias, Memórias de Cuidados Parentais, Estilos Defensivos

Attachment, Child Memories And Defence Styles in Drug Abusers: A Comparative and Multivariated Study

Abstract

The present article follows the emerging line of research about Substance Misuse and Attachment. The aim of this work is the assessment of attachment dimensions in drug abusers, as well as other variables that are related to this concept: child memory, defence mechanisms and psychopathological symptoms. In a first moment of this work, the drugs abuser's group (n=65) was compared with a group of individuals from the normal population (n=65) match in terms of gender, age and education. Differences between the two groups were significant in the case of attachment, child memories and specific defence mechanisms. The subjects of the drug abusers group showed higher levels of emotional distress. In a second moment, the relationships between the variables were studied. The results showed that memories of mother rejection and splitting have a significant preditor effect in the dimensions of attachment. Splitting seems to be a better predictor of these dimensions.

Key-Words: Attachment, Internal Working Models, Substance Dependence, Memories of Parental Rearing Behaviour, Defence Profiles

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que estiveram comigo no percurso de Construção deste trabalho,

À minha mãe e meu pai pelo incansável apoio e por sofrerem por osmose,

Aos meus tios e avós, pela disponibilidade constante

Aos meus mestres, com quem dei os primeiros passos na clínica e que sempre recordarei com saudade, particularmente ao Doutor João Keating e Doutor José Carlos, que sempre marcarão o meu percurso
Ao Professor Rui Paixão, sem o qual esta tese certamente não existiria, agradeço toda a dor desenvolvimental por que me fez passar nestes últimos anos

À Luísa, sempre ao meu lado em todas as modalidades de comunicação possíveis,

À Ana, pelo seu mágico silêncio

Ao Nuno, por ter estado a meu lado em alturas difíceis

Ao Bruno, pelas preciosas dicas

Aos “meus utentes”, a quem sempre estarei grata pelo que aprendi com eles

A todos aqueles que colaboraram comigo nas instituições que contactei,

Muito Obrigada a Todos…

Índice

Introdução…… 01
I. Enquadramento Conceptual…… 02
1.A Teoria da Vinculação……..….. 02
1.1.Conceitos Essenciais …… 02
1.2.Vinculação e Representações Parentais…… 04
1.3.A Consciência e o Funcionamento dos Modelos Internos Dinâmicos 07
2.Vinculação e Dependência de Substâncias…… 11
2.1.Relação Conceptual entre Vinculação e Dependência de Substâncias…… 11
2.2.Dependência de Substâncias e Representações Parentais…… 18
2.3.Comorbilidade entre Dependência de Substâncias e outros Diagnósticos Clínicos…… 20
2.4.Dependência de Substâncias e Mecanismos de Defesa…….. 21
3.Apresentação do Construto: relações entre Vinculação, Dependência de Substâncias e Estilos Defensivos……... 22
II.Objectivos e Hipóteses…….. 23
III.Metodologia…… 24
1.Amostra…… 24
2.Intrumentos…….. 25
2.1.Questionário Sócio-demográfico e de Consumos…… 25
2.2.Escala de Vinculação do Adulto (EVA)…… 25
2.3.Memórias de Infância (EMBU)……... 26
2.4.Versão Portuguesa do *Defense Style Questionaire* (DSQ-40)…….. 27
2.5.Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI…… 27
3.Procedimentos…… 27
IV.Apresentação dos Resultados …….. 28
1.Caracterização do Grupo DS considerando o padrão de consumos e o percurso delinquencial……... 28
2. Caracterização grupo C considerando as suas principais características sócio-demográficas…… 29
3.Estudos…… 29
H1. Comparações entre os grupos em termos de Dimensões da Vinculação, Memórias de Infância, Mecanismos de Defesa Mentais e Psicopatologia…… 29
H2.Estudo da Relação entre as Dimensões da Vinculação, as Memórias de Cuidados Parentais, os Mecanismos de Defesa e a Psicopatologia…… 33
H3.Análise das Memórias de Infância dos Cuidados Parentais e dos Mecanismos de Defesa Enquanto Preditores da Vinculação (EVA)…… 35
V.Discussão Dos Resultados……... 36
IV.Conclusão……... 44
Bibliografia……... 45
Anexos…….. 51

Introdução

A Teoria da Vinculação, inicialmente proposta por Bowly (1958,1969/192) é um enquadramento conceptual que tem vindo a ser utilizado para compreender diversos aspectos do funcionamento psíquico associados à psicopatologia em geral e à dependência de substâncias em particular. Efectivamente, diversos estudos empíricos têm associado de forma consistente a dependência de substâncias com padrões não seguros de Vinculação, sendo que o padrão de vinculação seguro se encontra invariavelmente em menor proporção nas populações com dependência de substâncias do que em amostras da população normal (Shindler et al., 2005, Finzi-Dottan et at., 2003).

O presente trabalho centra-se no estudo dos fenómenos de vinculação na Dependência de Substâncias tal como esta é definida pelo DSM IV-TR (APA, 2002). Neste contexto, serão consideradas as Representações Parentais, avaliadas através da versão portuguesa do *Inventory For Assessing Memories of Parental Rearing Behavior* (EMBU) (Canavarro, 1996) e os Mecanismos de Defesa Mentais, avaliados pela versão portuguesa do *Defense Style Questionnaire* (Amaral, 2008), como fenómenos psíquicos directamente relacionados com a Vinculação.

Assim, na primeira parte do trabalho, dedicada ao enquadramento conceptual, apresenta-se um resumo dos conceitos essenciais da Teoria da Vinculação e da forma como estes se relacionam, em termos conceptuais, com as restantes variáveis em estudo, nomeadamente as Memórias dos Cuidados Parentais e os Mecanismos de Defesa. Seguidamente, serão apresentadas concepções e estudos empíricos relativos à relação entre as memórias dos cuidados parentais, mecanismos de defesa e dependência de substâncias serão também apresentados. Considerando, finalmente, que o problema da comorbilidade da dependência de substâncias é um factor de enviesamento significativo dos estudos que relacionam estas dependências com outras variáveis, serão apresentados numa última rubrica desta primeira parte os estudos sobre a importância destes mesmos fenómenos.

Na segunda parte do trabalho serão apresentados os estudos realizados com as variáveis de vinculação, antes estudadas, nos sujeitos dependentes e controlo. Neste caso considerar-se-á:

- Primeiro, a comparação entre sujeitos com dependência de substâncias e sujeitos de um grupo da população normal, equivalente a nível do género, idade e escolaridade. A comparação entre grupos será feita para os padrões e dimensões da vinculação, memórias de cuidados precoces, estilos de defesa e sintomas psicopatológicos;

- Segundo, considerando apenas o grupo com diagnóstico de dependência de substâncias, proceder-se-á à análise das relações de dependência entre as diferentes variáveis que caracterizam estes sujeitos. Neste caso, parte-se da hipótese de que experiências precoces de rejeição e negligência se traduzem em modelos internos dinâmicos negativos, de si e/ou dos outros, que por sua vez se traduzem em diferenças individuais a nível da vinculação;

- Terceiro, considerando as dimensões da vinculação medidas pela Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, Dias & Lima, 2006) procurar-se-á estudar, através de medidas retrospectivas, de que modo estes padrões se

relacionam com a memória dos cuidadores precoces e se traduzem em estilos defensivos específicos. Coloca-se como hipótese que os mecanismos de defesa e as memórias de infância se constituem como preditores ou estimadores das dimensões da vinculação assim obtidas.

I. Enquadramento Conceptual

1.A Teoria da Vinculação

1.1. Conceitos Essenciais

A Teoria da Vinculação, desenvolvida a partir de meados do Século XX por John Bowlby e seus colaboradores (1958; 1969/1982; 1980) é provavelmente uma das teorias com maior valor heurístico da actualidade. Baseando-se em dados de várias áreas do saber, como a psicanálise, a etologia e as ciências cognitivas, Bowlby, (1958) foi pioneiro ao propor que a criança tem uma *necessidade primária* de criar um laço afectivo com o cuidador, independente da gratificação das necessidades de alimentação, nascendo já com um conjunto de comportamentos inatos que têm como objectivo a criação dessa ligação, o chamado *sistema de comportamentos de vinculação*. Este conceito, adaptado da etologia, é utilizado para descrever um sistema de comportamento específico de uma espécie fundamental à sua capacidade de reprodução e manutenção (Bowlby, cit. in Cassidy, 2007). No caso humano, é a partir da relação com a figura de vinculação que a criança começa e estruturar a sua vida psíquica, organizando representações mentais, modelos internos dinâmicos (*internal working models*) que contêm dois aspectos recíprocos: modelo interno de si e modelo interno do outro; construídos com base nas experiências com o cuidador precoce (não necessariamente a mãe biológica). Nesta base, a criança cria concepções sobre o seu próprio valor e sobre a disponibilidade da figura de vinculação em situações de ameaça ou fragilidade.

A sensitividade e a responsividade[1] são aspectos do cuidador determinantes para o desenvolvimento do padrão de vinculação. Factores genéticos e o temperamento da criança desempenham também um papel importante no estabelecimento destas relações de vinculação (Belsky & Fearon, 2007).

Um padrão seguro funciona como um eixo organizador do psiquismo, essencial ao equilíbrio mental (Bowlby, 1958; Fonagy, 2001). A criança irá usar

[1] Responsividade é o termo português que nos parece mais próximo do conceito inglês original, isto é, *responsiveness*. Designa a capacidade da figura de vinculação dar resposta às necessidades da criança. Sensitividade é, do mesmo modo, o conceito que parece mais próximo do termo *sensitivity*, que se refere à capacidade da figura de vinculação reconhecer e ser sensível às necessidades da criança.

as representações mentais que derivam das relações precoces como guias heurísticos para interacções futuras. Estas representações permitem prever e interpretar o comportamento dos outros, estando na base do desenvolvimento da capacidade de mentalização[2] (Fonagy, 2001). Embora estes modelos sejam relativamente estáveis, é possível que sejam reformulados ao longo da vida, na sequência de relações reparadoras, ou de experiências traumáticas, como perdas de pessoas significativas. Dada esta possibilidade de alteração permanente foram adjectivados de dinâmicos (Bretherton, 1985)[3]. Ao longo do desenvolvimento estes modelos tornam-se cada vez mais complexos, evoluindo de um nível sensório-motor para um nível mais elaborado, tornando-se mentalmente manipuláveis, representacionais, e permitindo não só previsões a curto prazo como uma reflexão sobre as relações actuais, passadas e futuras através da simulação interna (Bowlby, 1969/1982). O autor rejeitou termos como "mapa cognitivo" para designar estes sistemas de representação, por este termo remeter para um arranjo meramente topográfico e estático, enquanto a expressão modelo operante interno se aproxima mais de um sistema representacional que permite integrar interacções e conversações com os outros, baseadas nas experiências prévias com esses mesmos outros.

Um dos conceitos essenciais da teoria de vinculação é a noção de *base de segurança (secure base)*, que emerge dos trabalhos de Ainsworth (1967). A autora utiliza esta designação para se referir à confiança que a criança tem na ideia de que uma figura de apoio, protectora, estará acessível e disponível. A proximidade física, necessária no início da vida, torna-se progressivamente num conceito mentalizado e emocional, que se associa ao conceito de acessibilidade da figura de vinculação (Fonagy, 2001). Ao crescer, a criança interioriza progressivamente o papel protector da figura de vinculação e liberta-se da situação de dependência dos primeiros meses. Ou seja, deixa de necessitar da presença física do outro para se acalmar e lidar com as suas emoções, sendo o seu aparelho psíquico que assume a função de regulador das tensões internas (Bowlby, 1980). A criança pode, assim, afastar-se do mundo externo, físico, para gerar o seu mundo interno. Se a interiorização da realidade física, de uma relação segura, não é possível, o indivíduo terá de continuar a procurar no exterior o que não conseguiu construir interiormente. As diferenças individuais na segurança da vinculação relacionam-se com a forma como as emoções são respondidas, partilhadas, comunicadas e reguladas, dentro da relação de vinculação (Bowlby, 1958, 1969/1982; Cassidy, 2007).

Ainsworthrth, Blehar, Waters e Wall (1978) operacionalizaram o modelo de Bowlby no *paradigma da situação estranha*, o que lhes permitirá estudar as diferenças individuais na vinculação. Dos seus trabalhos resulta a classificação dos padrões de vinculação em quatro tipos, com base na reacção das crianças à separação: evitante (A), seguro (B), ambivalente (C) e

---

[2] A mentalização é uma função simbólica específica, que se pode definir como a capacidade, adquirida pelo sujeito ao longo do seu desenvolvimento, de interpretar os seus próprios comportamentos e os dos outros, atribuindo-os a estados mentais específicos (Fonagy, 2001).

[3] Ao longo deste trabalho, pela razão antes apontada, o termo utilizado para designar estes modelos será o de "modelos internos dinâmicos".

desorganizado (D). Os autores estavam interessados em compreender o impacto da qualidade das experiências prévias na reacção da criança à separação.

São de extrema importância nesta área os trabalhos de Main e cols, que, com a construção da *Adult Attachment Interview* (Georges Kaplan, & Main, 1985, cit. in Guedeney & Guendey, 2004), irão dar lugar a novas investigações neste domínio. A construção deste instrumento permitirá avaliar a vinculação no adulto, não em função de comportamentos específicos em situações de abandono, mas tendo em conta as representações mentais do adulto sobre as figuras de vinculação. Assim, passa a ser a análise da coerência do discurso, e não tanto o seu conteúdo, que permite a classificação dos indivíduos nos padrões de vinculação definidos por Ainsworth.

1.2. Vinculação e Representações Parentais

Um dos postulados básicos da teoria da vinculação (Bowlby, 1958, 1969/1982,1980), como já foi referido, é que as representações mentais do *self* e dos outros emergem de relações precoces com os cuidadores, traduzindo-se em modelos internos dinâmicos com componentes afectivas e cognitivas (Levy, Blatt, & Shaver, 1998), que orientam o indivíduo nas relações posteriores.

Os maus-tratos físicos ou psicológicos na infância têm sido considerados como tendo um impacto negativo na vinculação e parecem ser o primeiro passo para o desenvolvimento posterior de psicopatologia (Fonagy, 2001). Contudo, embora as medidas retrospectivas dos cuidados parentais sejam sugestivas, não há evidência directa de que o estilo de vinculação no adulto derive de relações pais-criança específicas. Uma possibilidade, talvez demasiado simplista, de ligação entre as relações precoces e o padrão de vinculação no adulto é a manutenção do mesmo tipo de cuidados ao longo da vida (Fonagy, 2001). Outro dos mecanismos que poderá explicar esta continuidade envolve a actualização das representações mentais das relações, que se constroem a partir das experiências precoces internalizadas, no contexto de relacionamentos posteriores (Bowlby, 1969; Fonagy, 2001). Ainsworth (1967) considerava a construção de uma *base segurança* como essencial a todo o desenvolvimento e, uma vez adquirida, como podendo passar a funcionar ao longo de todo o desenvolvimento como um eixo do equilíbrio mental, determinando o modo como o indivíduo é capaz de lidar com diferentes estados afectivos.

Levy, Shaver e Blatt (1998), num estudo com população universitária, obtiveram resultados que indicam, efectivamente, uma ligação entre representações mentais dos pais por parte dos sujeitos que fizeram parte do estudo, diferenciadas em função do seu padrão de vinculação. Os sujeitos classificados como seguros tinham representações dos pais caracterizadas pela diferenciação, elaboração, benevolência e não punição[4].

No *background* da Teoria da Vinculação têm sido desenvolvidos questionários retrospectivos que medem o clima emocional criado pelo estilo de cuidados parentais na infância, dos quais os mais referidos na literatura são o

[4] Neste estudo, os autores avaliaram as representações parentais a partir de descrições escritas sobre o pai e a mãe.

PBI (*The Parental Bonding Instrument*; Parker, Tupling, & Brown, 1979) e o EMBU (*Inventory For Assessing Memories of Parental Rearing Behavior*, Perris, Jacobson, Lindstorm, Vanknorring, & Perris, 1980; Canavarro, 1996). Os estudos com estes instrumentos mostram que, de um modo geral, o padrão seguro de vinculação está ligado a representações dos pais positivas e calorosas, o padrão evitante liga-se a representações dos pais como frios e rejeitantes, enquanto o padrão ansioso está ligado a representações ambivalentes, com aspectos negativos e positivos emaranhados (Mickelson, Kessler, & Shaver 1996; Canavarro, Dias & Lima, 2006). Contudo, noutros estudos, o padrão ansioso e o padrão evitante apareceram associados mais significativamente, quando comparados com os indivíduos seguros, a descrições de pais ambivalentes (Levy, Shaver & Blatt, 1998).

De qualquer modo, este tipo de estudo deve ser relativizado pelo facto de estas medidas retrospectivas medirem representações, guardadas na memória declarativa sobre experiências precoces, susceptíveis de enviesamentos de vários tipos. Ainda assim, este tipo de medidas pode ser adequado, tendo em conta que algumas investigações mostram que as crianças tendem a recordar melhor as experiências que são congruentes com o padrão de vinculação estabelecido nos primeiros anos de vida (Alexander, Quas, & Goodman, 2002). Um outro aspecto, ainda, diz respeito ao facto dos instrumentos referidos remeterem apenas para a relação com os pais, quando as crianças, afinal, podem ter múltiplas figuras de vinculação, embora Bowlby (1969/1982) tenha proposto que a criança apresente apenas uma única figura de vinculação preferencial: aquela a que se socorre em caso de necessidade. Esta tendência é denominada *monotropia* e tem vantagens do ponto de vista evolutivo, uma vez que, em caso de ameaça, a criança sabe automaticamente a quem recorrer. Existe, assim, uma hierarquização das figuras de vinculação, até mesmo no caso de crianças institucionalizadas, que, se tiverem oportunidade, escolhem uma figura preferencial de vinculação, que se torna especial para elas. Ainsworth e cols. (1978) referem que a criança pode tolerar separações das figuras de vinculação subsidiárias com muito menos sofrimento do que aquilo que acontece com a perda ou separação da figura de vinculação principal. Há, ainda, que considerar que a mãe, quer pela afinidade genética quer pelo papel cultural que lhe é tradicionalmente atribuído, é a pessoa que naturalmente mais investe no estabelecimento de um laço (*bonding*) com a criança. Evidentemente, o pai é também uma figura de vinculação importante. Neste caso, Fonagy (2001) põe em evidência que, em famílias onde a mãe é a figura cuidadora principal, a relação desta com o bebé influencia a relação do pai com esse mesmo bebé, o que desde logo marca a natureza da vinculação do bebé com esse pai.

No entanto, é comum, nos estudos realizados com amostras de estudantes universitários, encontrar resultados que sugerem que a relação precoce com a mãe está geralmente mais associada ao estilo de vinculação no adulto do que a relação com o pai (Levy , Shaver & Blatt, 1996). Contudo, embora esta ligação, proposta por Ainsworth (1967), entre a sensitividade e responsividade da mãe e a organização da vinculação, tenha sido replicada várias vezes, nem sempre os resultados são consistente. Estudos de meta-análise mostram, por exemplo, uma associação significativa, mas modesta, entre os dois construtos (Van Ijzendoorn

& Bakerman-Kranenburg, 1996).

De qualquer modo, Ainsworth (1967) notou uma relação especial entre o pai e a criança, mesmo nos casos em que ambos não estavam juntos frequentemente, uma ligação cuja intensidade poderia até considerar-se desproporcionada em relação ao tempo de interacção. Neste caso, alguns autores (Miljkovitch cit. in Guedeney, 2004) defendem que a segurança na vinculação com o pai se relaciona mais com o jogo e a resolução de problemas. Concluem, no entanto, que a natureza desta vinculação permanece pouco clara. Harlow (cit. in Guedeny, 2004) tinha já posto a hipótese de existir um sistema de cuidados diferenciado para o pai e para a mãe. Efectivamente, os autores da escola psicanalítica, desde os trabalhos de Freud (1923-1925), têm vindo a destacar a importância da figura paterna na capacidade de acesso ao pensamento simbólico e à regulação afectiva, mais concretamente no que diz respeito à interiorização do interdito e da lei, pedras angulares da estruturação do psiquismo.

Quando se consideram instrumentos que medem a vinculação a múltiplos cuidadores (no caso dos instrumentos referidos, o pai e a mãe) há um conjunto de questões que imediatamente se devem colocar. Uma delas relaciona-se com as semelhanças e diferenças entre cuidadores. Alguns estudos, de facto, mostram uma independência da vinculação a diferentes cuidadores (Belsky & Rovine, 1987), enquanto noutros trabalhos se encontra uma forma de vinculação específica da criança, que não varia segundo os cuidadores. Assim, consideram-se duas hipóteses relativas à integração da vinculação com múltiplas figuras: se as experiências de vinculação são semelhantes, a criança desenvolverá um conjunto consistente de modelos internos dinâmicos das figuras de vinculação, do *self* e das relações, mas não é claro o que sucede quando a criança tem de lidar com relações de vinculação que contribuem para a internalização de modelos diferentes do *self* e do outro (Cassidy, 2007). Betherton (1985) levanta inclusivamente a questão de saber se os modelos do *self* derivados de relações diferentes serão integrados, parcialmente integrados ou não integrados de todo.

Main e Hesse (1990) deram um contributo clássico ao ligar o padrão de vinculação desorganizado (avaliado com a *Adult Attachment Interview* - AAI) a relações precoces marcadas pelo medo, isto é, a crianças que não tinham como resolver o paradoxo de terem de recorrer a figuras ameaçadoras para se acalmarem, não tendo outra alternativa de sobrevivência. Nos anos 70 e 80 os investigadores desta área tornaram-se cada vez mais interessados nos maus-tratos, abuso físico e sexual. A categoria de padrão de vinculação desorganizado foi sistematicamente ligada aos maus-tratos da criança e trauma mal resolvido na história dos pais. Nestes casos, a figura de vinculação é simultaneamente sinal de segurança e de perigo, o que pode evidentemente destruir todo o sistema de vinculação. Assim, diversos estudos têm procurado associações entre as experiências precoces e o desenvolvimento de psicopatologia (Pauli-Pott & Mertessaceker, 2009; Bersntein, Stein, & Handelsman, 1998; Rodrigues et al., 2004).

Riggs, Sahl, Greenwald, Arkinson e Pauslon (2007), analisaram o ambiente familiar precoce de uma população de vítimas de abuso. Procuraram esclarecer os contributos relativos de cada uma destas variáveis na predição de tipos específicos de distúrbios. Encontraram uma relação entre o padrão de

vinculação e várias perturbações mentais, como perturbação dissociativa da identidade, abuso de substâncias, ansiedade, stress pós-traumático e somatização. Os resultados sugerem, ainda, uma associação muito significativa entre o padrão de vinculação evitante e a perturbação dissociativa da identidade.

1.3. A Consciência e o Funcionamento dos Modelos Internos Dinâmicos à luz dos Processos Defensivos

O sistema de vinculação é crucial na regulação emocional e na recuperação do equilíbrio em situações de *stress* (Milkulincer & Shaver, 2007). Embora esteja sempre latente, funcionando num nível mínimo de activação, é em situações de ameaça, real ou percepcionada, que este sistema é activado (Shaver & Milkulincer, 2005; Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Associada ao padrão de vinculação seguro, está aquela que Bowlby (1980) considera ser a *estratégia primária* de regulação emocional: a aproximação da figura de vinculação. Se, contudo, o indivíduo não valorizar a presença do outro como capaz de responder às suas necessidades (modelo interno dinâmico do outro negativo), ou não se considerar digno de ser amado e protegido (modelo interno dinâmico de si negativo), irá utilizar *estratégias secundárias de hiperactivação ou desactivação* do sistema de vinculação, associadas respectivamente aos padrões ansioso e evitante. A hiperactivação refere-se a esforços intensos para manter a proximidade com a figura de vinculação e assegurar a sua atenção e protecção. As pessoas que utilizam este tipo de estratégias procuram a proximidade e protecção de forma compulsiva, são hipersensíveis aos sinais de possível abandono ou rejeição e ruminam frequentemente sobre os defeitos pessoais e falta de adequação à relação. A desactivação refere-se à inibição da procura de proximidade e supressão ou desvalorização de todo o tipo de ameaças que possam activar o sistema de vinculação. As pessoas que utilizam estas estratégias tendem a maximizar a distância do outro, sentem-se desconfortáveis com a proximidade, procuram depender apenas delas próprias e tendem a suprimir pensamentos que causem sofrimento (Shaver & Milkulincer, 2005). De qualquer modo, segundo Bowlby (1969/1982), uma vinculação segura traduz-se no desenvolvimento de estratégias de regulação afectiva eficazes e um sentimento de valor próprio, uma visão de si como digno de ser aceite e amado.

À regulação do afecto podem-se associar dois conceitos, cuja distinção conceptual nem sempre é muito clara: os *mecanismos de defesa*, inconscientes, menos ligados à realidade externa, mais rígidos e ligados a questões do passado e as *estratégia de coping*, que são definidas como formas de resolução de problemas, através de esforços cognitivos ou comportamentais (Hann, 1977). Segundo a teoria da vinculação, a utilização de defesas psíquicas, tal como são concebidas pelas teorias psicodinâmicas actuais, é associada aos objectivos da utilização de estratégias de vinculação secundárias. Dito de outro modo, os mecanismos de defesa mentais inconscientes entram em acção quando a situação de conflito, sofrimento ou ameaça não é resolvida com a aproximação à figura de vinculação (que, segundo a teoria da vinculação, é a estratégia primária para lidar com o stress e o sofrimento) (Shaver & Milkulincer, 2005).

O desenvolvimento da Psicologia Cognitiva permitiu a Bowlby (1980) desenvolver uma forma alternativa de compreensão da concepção teórica proposta por Freud (1915), sobre a dinâmica inconsciente do funcionamento defensivo, em particular da repressão. Segundo Freud (1915), durante estados iniciais de desenvolvimento do ser humano, os mecanismos de defesa emergem como forma de lidar com a tensão interna, com os impulsos (ligados ao princípio do prazer) e as exigências da realidade, constituindo manifestações do ego contra agressões externas e internas que podem gerar desprazer. A sua acção é sobretudo inconsciente, embora possa também ter componentes conscientes. A propósito da sua proposta de compreensão, Bowlby (1980) refere que, apesar do seu interesse, há ainda um longo caminho a percorrer até que esta concepção teórica faça jus à multiplicidade e complexidade dos fenómenos defensivos observados na prática clínica.

Bowlby (1980) em vez de se referir à repressão tal como Freud (1925) a definiu, como um recalcamento de impulsos ou pulsões inaceitáveis, considera a *exclusão defensiva*, definida como a exclusão sistemática de futuro processamento de certa informação relacionada com a vinculação por longos períodos de tempo ou permanentemente. O que distingue este tipo de exclusão de outros tipos é o objectivo: o material é excluído para impedir que o indivíduo tenha consciência dos acontecimentos e pensamentos que seriam intoleráveis se fossem aceites como verdadeiros. O autor identifica duas situações que estão particularmente ligadas à exclusão defensiva, uma delas a activação de comportamentos de vinculação que são permanentemente ignorados, rejeitados ou ridicularizados pelo cuidadores, outra o facto de a criança saber algo sobre o adulto que este deseja manter em segredo. Uma das respostas comuns das crianças a este tipo de conflitos entre representações, para além da confusão intrínseca à representação do cuidador, é o desenvolvimento de dois modelos internos dinâmicos opostos, ou pelo menos muito divergentes, relativos ao self e ao cuidador. Muitos adultos com problemas emocionais parecem ter modelos operantes internos latentes, que estão em conflito com os modelos que o indivíduo tem acessíveis à consciência. Isto é, um indivíduo pode ter um modelo interno de si positivo na consciência e, simultaneamente, ter "desactivado" um modelo interno dinâmico de si negativo. Assim, além da exclusão defensiva, Bowlby (1980) propõe um segundo processo, a que chama *segregação de sistemas principais* e que se aproxima mais da dissociação do que da repressão propriamente dita. O termo "sistema principal" denota uma capacidade do *self* para se auto-percepcionar e dirigir. Os *selves* segregados têm cada um a sua própria secção de armazenamento na memória. Estes *selves* podem alternar na consciência, mas geralmente um *self* é dominante em dado tempo, enquanto o outro (juntamente com os modelos internos dinâmicos recíprocos a ele associados) está num estado de desactivação completa ou parcial. O sistema principal que está desactivado é, segundo Bowlby (1980), organizado e não menos consistente do que o sistema que está acessível à consciência e à acção. Estes mecanismos de segregação ligam-se a várias síndromes clínicas, como o narcisismo e o "falso *self*" ou outras formas de psicopatologia, como a psicose ou os casos de múltipla personalidade. Este conceito de segregação de sistemas principais é, do ponto de vista teórico, semelhante ao conceito de clivagem

(*splitting*) proposto por Kernberg (1977) e que o autor considera ser o principal mecanismo do funcionamento mental associado à patologia *Borderline*. A este mecanismo associam-se as chamadas defesas subsidiárias, como a idealização primitiva, a negação e a identificação projectiva.

De qualquer modo, Bowlby (1980) propõe ainda que modelos internos dinâmicos contraditórios derivam de diferentes fontes e são codificados na memória de forma distinta. Pegando na distinção de Tulving (1972) entre memória semântica (conceptual e geral) e episódica (particular e ligada a acontecimentos específicos), propõe que as representações conscientes do que os pais ou outros disseram à criança ser verdadeiro (por exemplo, num caso de abuso, pode ser dito à criança que tal nunca sucedeu) pode ser codificada na memória semântica como uma forma de conhecimento geral, enquanto as memórias da criança sobre eventuais experiências traumáticas poderão ser guardadas analogicamente no sistema de memória episódica. Isto explicaria certos fenómenos observados na prática clínica, por exemplo, que um paciente faça uma imagem uniformemente adversa dos pais, enquanto as suas memórias mais detalhadas mostram uma imagem mais favorável. A discussão deste autor sobre as consequências da persistência da exclusão defensiva inclui a maioria dos fenómenos descritos como defesas na literatura psicanalítica. Contudo, Bowlby (1980) rejeitou os termos usados pela psicanálise para identificar os mecanismos de defesa (termos como projecção, negação, deslocamento) por temer que o seu uso impedisse os clínicos de explorar as experiências reais da vida do sujeito[5].

Malgrado a concepção de Bowlby (1980), o conceito de defesa mental tornou-se numa das heranças mais incontornáveis e pervasivas da psicanálise. Desde 1987 que os mecanismos defesa passaram a fazer parte do DSM-III-R (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais III - Revista). No DSM-IV-TR, os mecanismos de defesa continuam a ser considerados como um dos aspectos da avaliação psicológica do sujeito, sendo aí definidos como "processos psicológicos automáticos que protegem o sujeito perante a ansiedade e as ameaças ou factores de stress de origem interna ou externa. Os sujeitos são frequentemente alheios a estes processos quando eles se encontram em acção. Os mecanismos de defesa medeiam as reacções pessoais aos conflitos emocionais e factores de stress interno e externo. Estes mecanismos de defesa foram divididos conceptual e empiricamente em grupos denominados "Níveis de Defesa" (APA, 2002 p. 807).

Shaver e Milkulincer (2005) referem que a psicologia académica, que enfatiza os processos normais em amostras de estudantes universitários, foi-se tornando cada vez mais afastada do estudo dos processos mais complexos e profundos, como as defesas e as suas causas desenvolvimentais e sociais, passando a enfatizar estudos ateóricos, de rápida publicação, que se baseiam em micro-teorias altamente focalizadas. Por outro lado, o estudo dos processos cognitivos trouxe novas técnicas que permitem investigar processos dinâmicos

[5] Uma das principais divergências de Bowlby (1958) em relação à teoria psicanalítica deriva do facto de dar maior ênfase à realidade externa (experiências) por comparação com a realidade interna (fantasia) e ainda a consideração da necessidade de vinculação como primária e não tanto secundária à satisfação dos impulsos orais.

inconscientes como a supressão de pensamentos ou a transferência. Os trabalhos na área da Psicologia Cognitiva mostraram a existência de processos psicológicos inconscientes, um requisito essencial para a existência das defesas.

Não há, provavelmente pelas razões atrás referidas, muitos estudos empíricos que procurem uma associação entre o estilo de vinculação e as defesas que lhe correspondem. No entanto, Barone. Lingiardi e Maffei (1996) encontraram uma associação entre padrões de vinculação inseguros e clusters imaturos de estilos defensivos. No mesmo sentido, numa amostra de estudantes universitários, Lopez (2001) estudou a contribuição da orientação da vinculação em medidas de clivagem da imagem de si (*self-splitting*) e da imagem do outro (*other splitting*). A clivagem da imagem do eu refere-se à descrição de experiências caóticas e difusas referentes ao próprio, enquanto a clivagem da imagem do outro (*other-splitting*), diz respeito a uma tendência para relatar percepções instáveis de pessoas próximas, acompanhadas de sentimentos contraditórios. Altos níveis de ansiedade na vinculação contribuíam, juntamente com outras medidas usadas no estudo, para a clivagem da imagem do ego e para a clivagem da imagem do outro.

Em estudos que se relacionam com os precursores da vinculação, Finzi, Dov Har-Evem e Weisman (2003) encontraram resultados que mostram que a violência parental tem implicações a nível do funcionamento do ego das crianças, o que se reflecte em dificuldades a nível da regulação afectiva, falta de controlo dos impulsos e utilização extensiva de mecanismos de defesa imaturos. Assim, pode pressupor-se que, como as crianças necessitam da intervenção do cuidador para lidar com as angústias, sendo este cuidador a figura de vinculação, comportamentos rejeitantes ou de sobreprotecção poderão levar a que a criança não consiga elaborar defesas mais sofisticadas, como a sublimação, permanecendo num nível primário para lidar com angústias, recorrendo a mecanismos regressivos como a projecção e a clivagem, entre outros. Estes autores concluíram, efectivamente, que o nível de maturidade dos mecanismos de defesa é mais fortemente determinado pelas experiências precoces do que pela percepção actual do sujeito em relação ao sofrimento psíquico (ansiedade e depressão). Vaillant (1998) encontrou resultados que mostram que problemas emocionais na infância, bem como climas negativos na infância, estavam associados com estilos defensivos imaturos. Contudo, quando os conflitos eram geridos e relações estáveis se estabeleciam, os mecanismos de defesa tornavam-se mais maduros. Segundo o autor, as experiências psicossociais influenciam o amadurecimento dos mecanismos de defesa.

De qualquer modo, considerando toda a teoria da vinculação, fica como hipótese a ideia que relaciona os indivíduos classificados como Seguros com os perfis defensivos mais adaptativos (tal como estes são considerados pela DSM-IV-TR)[6]. Numa perspectiva histórica, de facto, experiências precoces de suporte emocional e pouca rejeição tendem a traduzir-se num padrão de vinculação seguro e na utilização da estratégia primária para lidar com situações de stress: a

[6] Neste caso, são considerados os seguintes níveis: (1) nível adaptativo elevado; (2) nível de inibições mentais; (3) nível inferior de distorção das imagens; (4) nível de encobrimento; (5) nível superior de distorção das imagens; (6) nível de acção; (7) nível de desequilíbrio defensivo.

aproximação de uma figura protectora. Esta relação, que inicialmente se baseia na proximidade física, torna-se progressivamente internalizada. A criança adquire capacidade de regular os seus estados afectivos através da rememoração dos traços da figura de vinculação, evoluindo no sentido da autonomia e do estabelecimento de uma interdependência saudável (Shaver & Milkulincer, 2005). O estilo defensivo, associado aos modelos internos dinâmicos desenvolvidos na infância, pode, assim, constituir-se uma proposta interessante para a compreensão da continuidade entre as experiências precoces e o padrão de vinculação do adulto.

Na idade adulta, a concepção do indivíduo sobre a disponibilidade dos outros é composta a partir de centenas de experiências que incluem uma vasta quantidade de memórias relacionadas com momentos de vulnerabilidade (percepção de ameaça) e experiências associadas com figuras de vinculação. As situações que põem à prova a sensação de segurança e o seu restabelecimento através do recurso à figura de vinculação criam uma disposição interna associada a um sentimento de confiança e segurança, que se traduz em vários aspectos do desenvolvimento, da saúde mental e do ajustamento social. O estudo da Vinculação no adulto tem como marco inicial os trabalhos de Hazan e Shaver (1987) que adaptaram as classificações de Ainsworth (1978), ao contexto das relações românticas, fazendo um paralelo entra a vinculação na infância e na idade adulta. A medida criada por estes autores, o ASQ (*adult attachment questionaire*), é uma das mais referidas na literatura.

2. Vinculação e Dependência de Substâncias

2.1. Relação Conceptual entre Vinculação e Dependência de Substâncias

Independentemente do contexto histórico e social, das implicações culturais e do posicionamento moral em relação aos consumos de substâncias, a ciência tem contribuído com a construção de diversos enquadramentos conceptuais que são extremamente úteis na compreensão do fenómeno da Toxicodependência, embora muitos deles possam ser, inclusivamente, considerados contraditórios. É neste enquadramento que a própria utilização do termo toxicodependente não está livre de controvérsia. A palavra adicção, um anglicismo (derivado de *adiction*), tem sido assim cada vez mais vulgarizada, embora a sua utilização corra o risco de tornar o conceito sobreinclusivo, perdendo toda a especificidade. De facto, a adicção enquanto conceito aplica-se não apenas ao problema da dependência de substâncias psicoactivas, mas, também, a determinados hábitos, como o jogo, ou mesmo o trabalho compulsivo. Assim, ao longo deste trabalho será utilizada a expressão toxicodependência em vez de adicção.

O presente trabalho centra-se no estudo da dependência de substâncias enquanto forma específica de Psicopatologia, tal como é definida pelo DSM-IV-TR (APA, 2002). Neste manual é dedicada uma secção às Perturbações

Relacionadas com Substâncias, nomeadamente Perturbações relacionadas com o consumo de uma droga de abuso (incluindo álcool), Perturbações relacionadas com os efeitos secundários de um medicamento ou Perturbações que resultam da exposição a um tóxico". São consideradas onze substâncias: álcool, anfetaminas, cafeína, cannabis, cocaína, alucinogénios, inalantes, nicotina, opiáceos, fenciclidina (PCP), sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. No manual é ainda referido que "muitos medicamentos prescritos e de venda livre podem também causar perturbações Relacionadas com Substâncias" (p. 191). Estão, também, incluídas nesta secção a Dependência de Substâncias Múltiplas, Perturbações Relacionadas com outras Substâncias ou com Substâncias desconhecidas.

As Perturbações relacionadas com Substâncias dividem-se em Perturbações Induzidas por Substâncias e Perturbações pela Utilização de Substâncias. Esta última categoria subdivide-se ainda em duas categorias diagnósticas: Dependência de Substâncias e Abuso de Substâncias. Para se diagnosticar Dependência de Substâncias são considerados como critérios:

"1-Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:

a) necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado

b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância

2- Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

a) síndrome de abstinência característica da substância (recorrer aos critérios A e B para abstinência de substâncias específicas)

b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

3- A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia;

4- Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância;

5- É dispendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos;

6- É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância;

7- A utilização da substância é continuada, apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, manutenção da cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste" (DSM-IV, p. 197).

Diversas perspectivas sobre o problema dos consumos de substâncias têm sido exploradas; a dependência de substâncias tem sido estudada do ponto de vista neuropsicológico, comportamental e cognitivo, sistémico, psicanalítico e segundo a teoria da vinculação.

Nas últimas décadas, a pesquisa na área da vinculação reuniu uma enorme quantidade de estudos que evidenciam uma conexão entre estilos de

vinculação não seguros e psicopatologia (Milkuliner & Shaver, 2007).

O Estudo da relação específica entre a vinculação e a dependência de substâncias é importante uma vez que ambas as problemáticas têm a regulação emocional, os mecanismos de *coping* e os mecanismos de defesa como questões centrais, sendo teoricamente expectável que haja uma ligação entre as duas variáveis (Shindler et al., 2005). Alguns autores, como Walant (1995) consideram que pessoas vulneráveis ao consumo de álcool e substâncias ilícitas têm na etiologia destes estados vivências negligentes das suas necessidades de vinculação, compensadas artificialmente com os estados de fusão e tranquilidade obtidos com o abuso de drogas e álcool. Kohut (1977) põe a hipótese de que os consumos surgem quando o indivíduo não consegue internalizar a capacidade de ser confortado pelas figuras de vinculação precoce. O abuso de substâncias surge como uma forma de regular o afecto negativo, contornando as relações e angústias de separação em vez de as elaborar. Assim, a substância da qual o indivíduo passa a depender passa, também, a ser preferida em relação aos objectos humanos, vividos como imprevisíveis e de algum modo ameaçadores. A substância, ao contrário, não se constitui como ameaçadora, pois é inerte e assexuada, podendo o sujeito auto-gerir os seus estados de espírito e controlar as suas sensações. Esta dinâmica de defesa psíquica e função reguladora da substância pode perder valor com a repetição, tornando-se ausente de sentido, robotizado e puramente auto-estimulante (Braconnier et al., 2007).

Autores como Panksepp (1977) e Insel (2003) propõem que a dependência de substâncias, no caso específico dos opiáceos, seria uma tentativa de reposição dos opiáceos endógenos, normalmente activados pela interacção social. Estudos etológicos mostram que as endorfinas (opiáceos endógenos) têm um papel crucial na transmissão neuroquímica dos comportamentos de vinculação, particularmente no sofrimento ligado à separação, repetidamente estudado em animais. Experimentalmente, por exemplo, verifica-se que as vocalizações em ratinhos depois de serem separados das mães diminuem quando são administrados opiáceos e aumentam quando são administrados antagonistas (Panksepp, 1977). Estes resultados sugerem que os mesmos circuitos neurais estão associados à satisfação obtida através da interacção social com figuras de vinculação e aos efeitos do consumo de opiáceos. O sofrimento associado à vinculação pode ser aliviado através da administração de opiáceos aos ratinhos separados das mães. Assim, é legítimo questionar se, nos humanos, a atractividade dos opiáceos depende da qualidade das representações de vinculação (Shindler, Thomasius, Petersen, & Sack, 2009).

Efectivamente, vários estudos têm vindo a mostrar uma associação entre a dependência de substâncias em geral e os padrões de vinculação inseguros. Tanto o padrão de vinculação ansioso como evitante têm sido associados ao problema da toxicodependência, particularmente o padrão evitante (Shindler et al., 2005).

Na literatura especializada sobre a ligação entre Dependência/Abuso/Uso de Substâncias e Padrão de Vinculação encontram-se estudos que utilizam medidas que avaliam representações mentais relacionadas com a vinculação, com a AAI (*Adult Attachment Interview*; Main & Kaplan, 1985, cit. in Guedeny & Guedeny, 2004) e estudos que se referem a medidas de

auto-resposta que medem “estilos de vinculação”. Deste tipo de medidas as mais citadas são o modelo de três categorias de Hazan e Shaver (1987), o *Attachment Style Questionaire* (ASQ) e o modelo de quatro categorias de Bartholomew e Horowitz (1991). Estes dois tipos de medidas nem sempre produzem resultados que se correlacionam (as associações estatísticas entre os dois tipos de medida são geralmente fracas ou mesmo inexistentes) e representam duas linhas de investigação diferentes (a primeira mais ligada à Psicologia do Desenvolvimento e a segunda à Psicologia Social), o que torna os resultados assim obtidos difíceis de comparar (Shindler et al., 2005; Riggs et al., 2007).

De um modo geral, os estudos com a ASQ, mostram uma ligação consistente entre um padrão de vinculação evitante e a dependência de substâncias. Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir e Wiesman (2003) encontraram predominantemente este padrão num grupo clínico de heroinómanos. Mickelson, Kessler e Shaver (1997) num estudo com uma amostra representativa de adolescentes e adultos verificaram que a dependência de drogas e o abuso de álcool eram as únicas perturbações psiquiátricas que se encontravam preferencialmente ligadas ao padrão de vinculação evitante e não ao ansioso. Já Cooper, Shaver e Collins (1998), num estudo com uma amostra de adolescentes, mostraram que aqueles que foram classificados como ansiosos, reportavam mais problemas com excesso de bebida do que os adolescentes evitantes ou seguros. Dentro do grupo de adolescentes que já tinha usado drogas ou álcool, os grupos classificados como não seguros (evitantes ou ansiosos) reportavam maior nível de envolvimento com drogas que os adolescentes seguros. Contudo, considerando a amostra total, eram os adolescentes classificados como evitantes que tinham menor probabilidade de alguma vez ter experimentado drogas ou álcool, bem como outros comportamentos de risco, uma vez que tinham menor interacção social com os pares, o que poderia levar à inexistência de experimentação. Do grupo de adolescentes que consumiam marijuana, os classificados como não inseguros (evitantes ou ansiosos) reportavam um uso significativamente mais frequente do que os classificados como seguros.

Num estudo com o AAS (Collins & Read, 1990), uma escala dimensional obtida a partir do ASQ (Hazan & Shaver, 1987), Thorberg e Lyvers (2006) verificaram que os sujeitos com dependência de substâncias obtiveram resultados mais altos na escala *anxiety* e resultados mais baixos em *close*, comparativamente com os obtidos no grupo de controlo.

Os estudos com a AAI, mostram resultados inconsistentes e contraditórios. Rosenstein e Horowitz (1996) encontraram, utilizando a AAI numa amostra de adolescentes, resultados que mostram uma associação entre um padrão evitante e a dependência de substâncias associada a problemas de comportamento, enquanto os jovens com dependência de substâncias associada a problemas afectivos foram sobretudo classificados como ansiosos. Riggs e Jacobvitz (2002) não encontraram relações significativas entre o abuso de substâncias e um padrão de vinculação organizado, enquanto o padrão desorganizado, relacionado com o abuso, tinha um valor preditivo.

Fonagy, Leigh, Steele, Kennedy e Mattoon (1996) estudaram uma amostra de pacientes psiquiátricos não psicóticos, dos quais 37 tinham um diagnóstico adicional de dependência de substâncias (duplo diagnóstico). Estes

foram classificados maioritariamente como ansiosos utilizando as 3 categorias da AAI, enquanto que, quando se incluía a categoria "não resolvido" era esta a classificação mais frequente. No entanto, os autores não referem se o diagnóstico de consumo de substâncias era ou não primário, nem qual o padrão de consumo dos sujeitos diagnosticados.

Utilizando o modelo de Bartholomew e Horowitz (1991), de quatro categorias, baseadas em modelos operantes internos do *self* e do outro, que divide o padrão evitante da AAI em desligado e amedrontado, McNally, Palfai, Levine e Moore (2003) examinaram o consumo de álcool em estudantes universitários, diferenciando os consumos que poderiam ser problemáticos e a sua associação com padrões de vinculação inseguros. No estudo que conduziram avaliaram o efeito separado de duas dimensões que subjazem ao padrão de vinculação: modelo de si e modelo dos outros. Encontraram correlações significativas entre um modelo negativo de si e problemas com o álcool, mediado pela identificação do consumo de álcool como uma estratégia de *coping* (ou seja, adolescentes que diziam utilizar a bebida para lidar com emoções negativas). Estes resultados estão em consonância com a suposição teórica de que uma das funções principais da vinculação é a regulação das emoções. Shindler e cols. (2005) utilizando este mesmo modelo num estudo comparativo, verificaram que o padrão amedrontado era predominante nos adolescentes com dependência de substâncias, enquanto os sujeitos de controlo eram classificados como predominantemente seguros. A severidade da adicção (medida com o ASI) estava positivamente relacionada com o padrão amedrontado e negativamente com o desligado. A presença de comorbilidade psiquiátrica estava relacionada com o padrão amedrontado, mas não com a severidade da adicção.

Muitos dos estudos referidos foram conduzidos em amostras de adolescentes ou estudantes universitários. Os adolescentes saudáveis experimentam também algumas substâncias, no contexto de interacção com o grupo de pares. No entanto, existem diferenças em termos de motivação para este comportamento, tal como McNally e cols. (2003*)* mostraram no estudo antes referido, onde se verifica um efeito mediador dos estilos de *coping*. Alguns adolescentes apenas se comportam assim durante a adolescência, sendo estes comportamentos entendidos como um comportamento exploratório, não implicando necessariamente antecedentes psicológicos ou consequências psicopatológicas. Os comportamentos que se mantêm na idade adulta são normalmente tentativas para lidar com o stress e o sofrimento (Shindler et al., 2005). Os resultados obtidos são difíceis de comparar, pois além da diferença a nível das medidas utilizadas para avaliar a vinculação, o espectro de perturbações relacionadas com substâncias que são avaliadas são também muito diferentes.

Segundo Shindler e cols. (2005) o padrão ansioso está relacionado com estratégias de hiperactivação do sistema de vinculação (hipervigilância e sobrevalorização das ameaças) que não estão associadas com o consumo de substâncias; as estratégias de desactivação (desinvestimento nas relações e desvalorização das ameaças) associadas ao padrão evitante têm, por seu turno, um objectivo semelhante ao do consumo de drogas, se se pensar em termos de auto-medicação e anestesia. No entanto, há também que ter em conta que,

quanto mais bem sucedidas são as estratégias de desactivação, menor será a necessidade de consumir uma substância psicoactiva para a regulação do afecto.

Numa perspectiva divergente Cooper, Shaver e Collins (1998) propõem que os adolescentes ansiosos/ambivalentes são os mais vulneráveis a comportamentos de "passagem ao acto", em que se inclui o abuso de substâncias (bem como outros comportamentos de risco, como a promiscuidade sexual) por serem mais sensíveis à pressão dos pares, por temerem a rejeição e terem uma enorme necessidade de se integrar, contrastando com adolescentes evitantes que não se envolvem com o grupo e são relutantes em experimentar substâncias. Contudo, uma vez iniciado o comportamento de consumo, os adolescentes classificados como evitantes seriam mais vulneráveis, que os seguros, ao desenvolvimento de problemas subsequentes.

Dadas estas inconsistências pode levantar-se a questão da direcção da relação entre o consumo de drogas e o padrão de vinculação, ou seja, um adolescente pode inicialmente ter um padrão inseguro, começar a consumir substâncias de forma problemática, e, de certo modo, estes consumos acabarem por mimetizar as estratégias associadas ao padrão evitante, ou seja, a desactivação do sistema de vinculação. Além disso, o consumo de substâncias e os comportamentos que lhe estão associados podem ser responsáveis pela utilização de determinadas estratégias de vinculação, sendo que o padrão de vinculação do toxicodependente emerge dessas relações disfuncionais e não tanto dos modelos operantes internos gerados na relação precoce. Como vimos anteriormente, estes modelos não são estáticos e são susceptíveis de ser modificados pela experiência (Shindler et al., 2009; Bowlby, 1969/1982).

Neste sentido, alguns autores sugerem que os conceitos medidos pelos questionários de auto-resposta podem ser relatos de experiências de vinculação e não o padrão de vinculação em si, característico do sujeito (Bernier & Dozier, 2002, cit in Canavarro, Dias & Lima, 2006). Por outro lado, a utilização de questionários de auto-resposta relativos à severidade da adicção, pode, em alguns casos, levar à subestimação do padrão evitante, já que estes sujeitos tendem a reportar menos os comportamentos problemáticos, enquanto os sujeitos ansiosos tenderiam a sobrevalorizar esses comportamentos. Embora as entrevistas clínicas sejam mais confiáveis do que as medidas de auto-resposta sobre o abuso de substâncias, os resultados dependem, ainda assim, daquilo que o entrevistado decide ou não dizer. Algumas críticas têm sido feitas apontando para o facto de apenas alguns estudos recorrerem a medidas adicionais para verificar a veracidade dos relatos feitos pelos sujeitos. Caspers e cols. (2005), por exemplo, encontraram resultados que mostram que os indivíduos classificados como evitantes são os que menos se envolvem em tratamento para o abuso de substâncias, o que teoricamente levaria a supor que este estilo de vinculação poderá estar sub-representado. Assim, ainda que o padrão evitante esteja frequentemente associado à dependência de substâncias, esta associação poderá ser na realidade ainda mais forte e inequívoca.

Outra das questões que poderá estar na base da inconsistência dos resultados é relativa ao facto dos trabalhos referidos serem bastante heterogéneos, estudando o abuso/dependência de substâncias em amostras clínicas (Shindler et al., 2005, Fonagy et al., 1996, Finzi-Dotan et al., 2003), em

amostras retiradas da população geral (Mickelson, Kessler & Shaver, 1997), em amostras de adolescentes da população normal (Cooper, Shaver & Collins, 1998; Rosenstein & Horowitz, 1996) e em estudos com grupos clínicos de adolescentes (Shindler et al., 2005). Por outro lado, nem todos os autores referem as substâncias específicas que são consumidas ou estas são diferentes; por exemplo, no estudo de Finzi-Dottan e cols. (1996) os sujeitos estudados são heroinómanos, enquanto que no estudo de McNally e cols. (2003) os sujeitos estudados são jovens adultos alcoólicos.

De qualquer modo, a ligação conceptual mais bem estabelecida seria, segundo Shindlder e cols (2005), entre o padrão de vinculação amedrontado, proposto no modelo de quatro categorias de Bartholomew e Horowitz (1991). Nos sujeitos com este estilo de vinculação, as defesas tipicamente evitantes (de desactivação) não são eficazes, particularmente em situações de sofrimento intenso. Os indivíduos classificados como amedrontados procuram e desejam proximidade com a figura de vinculação, mas não conseguem confiar nela. O consumo da substância seria compreendido como um substituto artificial para esta figura.

O estudo da relação entre o padrão de vinculação e a dependência de substâncias específicas tem sido de algum modo descurado pela investigação. Contudo, e porque existem várias substâncias disponíveis, com diferentes actuações a nível neurológico, é provável que os consumidores utilizem a substância de acordo com o seu efeito emocional. Shindler e cols. (2009), por exemplo, consideram o caso particular dos opiáceos, por a sua acção estar neuroquimicamente relacionada com a vinculação, como foi explicitado anteriormente. Se esta relação se pode estabelecer entre o consumo de heroína (e outros opiáceos) e a regulação do sistema de vinculação, o mesmo se pode estender, por hipótese, a outras substâncias.

A nível do sistema de comportamentos de vinculação, Schindlder e cols. (2009) põem a hipótese de que o padrão ansioso, mais raramente encontrado nos estudos empíricos, possa desempenhar um papel no consumo de estimulantes. Os mesmos autores consideram que as substâncias com um efeito sedativo (álcool, opiáceos, cannabis, benzodiazepinas) resultam no aumento da distância em relação aos outros, na desactivação emocional e lentificação cognitiva. Os estimulantes (como a cocaína, as anfetaminas e o ecstasy) activam os processos psicológicos, afectivos e cognitivos, conduzindo em simultâneo a distorções na apreciação da realidade e a uma sensação ilusória de proximidade, podendo por isso ser substâncias atractivas para os indivíduos ansiosos, que utilizam estratégias de hiperactivação e de procura de proximidade. Esta distinção, entre consumidores de estimulantes ou sedativos, pode pôr-se em causa uma vez que, como o próprio autor indica, a diferenciação entre estes grupos é de algum modo grosseira. Há que ter em conta que os consumidores de drogas são cada vez mais policonsumidores, daí que seja extremamente difícil definir e distinguir com clareza um heroinómano de um cocainómano, ou, de um modo mais geral, um abusador de estimulantes de um abusador de sedativos. Pode-se, também, apontar a aproximação do consumo de heroína do consumo de álcool, que são substâncias com efeitos semelhantes a nível neurológico, mas radicalmente

diferentes em termos de contextos de consumo, pois, desde logo, uma das substâncias é lícita e a outra ilícita, o que faz com que se esteja a falar de realidades diferentes do ponto de vista social. A percepção social é marcada pela natureza legal ou ilegal da substância, determinando a dimensão que o impacto deste uso terá no indivíduo, particularmente no que se refere à dimensão da resposta social (Filho & Borges, 2008).

Shinlder e cols. (2009) estudaram indivíduos com dependência de opiáceos, consumidores de ecstasy, cannabis e sujeitos de um grupo de controlo, procurando encontrar diferenças entre os grupos a nível da vinculação. Os autores encontraram níveis de segurança na vinculação igualmente baixos para os consumidores de heroína e ecstasy. No entanto, considerando a categorização proposta por Horowitz (1991), os consumidores de opiáceos tinham níveis mais altos do padrão amedrontado do que os consumidores de ecstasy e os sujeitos do grupo de controlo. Os consumidores de cannabis, substância neuroquimicamente mais próxima da heroína (ambas têm um efeito sedativo), tinham níveis mais baixos de padrão amedrontado que os outros grupos de consumidores, o que de alguma forma põe em causa a relação específica entre o padrão de vinculação e a dependência de substâncias com efeito sedativo em geral.

Considerando estes resultados, sobretudo no que diz respeito à classificação em maior proporção dos heroinómanos como amedrontados em relação aos restantes grupos, os autores propõem que outros sistemas motivacionais, que não o da vinculação, poderão estar relacionados com o consumo destas substâncias, enquanto o consumo de heroína tem uma proximidade directa com o sistema neuroquímico associado à vinculação. Uma das limitações deste estudo é que o único grupo clínico validado era o de consumidores de opiáceos, uma vez que os consumidores de ecstasy e marijuana foram recrutados em discotecas.

2.2. Dependência de Substâncias e Representações Parentais

Nos estudos feitos em população com dependência de substâncias, a vinculação é avaliada quer através de entrevistas focadas nas representações mentais, quer através de questionários de auto-resposta focados nos “estilos de vinculação”, mas considerando sempre as características individuais do adulto.

Com estes grupos de sujeitos dependentes de substâncias tem sido estudado o impacto das experiências precoces e da representação mental que o indivíduo tem dos seus cuidadores. Os abusos físicos, sexuais e emocionais colocam aqueles que os vivem em risco de sofrer consequências negativas; há, por isso, um enorme interesse em compreender de que modo é que uma história de abuso pode influenciar a saúde mental ou o tratamento de dependência de substâncias. A ocorrência de abuso pode ser não só um factor que contribui para o desenvolvimento de problemas de dependência de substâncias, mas também um factor que complexifica o próprio tratamento (Branstetter, Bower, Kamien, & Amass, 2008).

Neste contexto, foram realizados estudos alguns comparativos entre populações com diagnóstico de dependência de substâncias e sujeitos de

controlo. Emmelkamp e Heeres (1988), por exemplo, encontraram diferenças em todas as dimensões avaliadas pelo EMBU[7]. No grupo de toxicodependentes o estilo de cuidados parentais era mais marcado pela rejeição, falta de suporte emocional e controlo rígido. As diferenças mais evidentes diziam respeito à rejeição e falta de suporte emocional por parte do pai. Resultados semelhantes foram encontrados por De Jong (1991), que comparou sujeitos controlo com alcoólicos e sujeitos com abuso de substâncias (policonsumidores), tendo verificado que a rejeição e falta de suporte parental era menor nos alcoólicos e nos sujeitos com dependência de substâncias, sendo a privação maior neste último grupo. Anasagasti e Denia (1988, cit in Zimmer-Hoffer & Kooyman), com o mesmo instrumento, acompanhado de uma entrevista, encontraram, nos dependentes de opiáceos, uma descrição do estilo parental como rígida e severa, mas indiferente do ponto de vista emocional, que tem sido denominada na literatura como "*affectioneless control*. Anderson e Eiseman (2003), também utilizando o EMBU, obtiveram resultados que mostram que os cuidados parentais sentidos como rejeitantes e de sobreprotecção estão ligados ao desenvolvimento de comportamentos mal-adaptativos, como a dependência de substâncias. Utilizando como medida o PBI[8], Shweitzer e Lawton (1998) encontraram também diferenças entre o grupo de adictos e o grupo de controlo, que vão no mesmo sentido: os sujeitos dependentes de substâncias sentem os pais como frios, indiferentes, controladores e intrusivos. Todos os estudos referidos utilizaram amostras clínicas. Nos estudos citados, em populações com dependência de substâncias, embora não seja directamente avaliado o padrão de vinculação, são as dimensões relativas ao pai que parecem ter mais peso e apresentar diferenças mais marcadas.

As investigações nesta área mostram que existe um efeito negativo das experiências precoces nos modelos operantes internos. As crianças que não conseguem lidar com situações emocionais críticas, recuperando o equilíbrio emocional, são susceptíveis de sofrer vários problemas emocionais. Uma vez que a criança não é ainda capaz de organizar respostas complexas, é necessária a ajuda dos pais para lidar com estas situações. Se esta base não existe, será muito difícil que, na adolescência, a transição dos laços de vinculação, dos pais para outras figuras, nomeadamente o grupo de pares, se faça de forma harmoniosa e sem rupturas. O consumo de substâncias tem, geralmente, início na adolescência, altura em que as relações de vinculação são revistas e transformadas. Nestas idades, finalmente, o sujeito pode passar a ver-se a ele próprio como um cuidador e entrar em relações de intimidade, sendo o pai e mãe gradualmente substituídos pelos pares (Anderson & Eisman, 2003).

---

[7] O EMBU mede seis dimensões: rejeição da mãe, suporte emocional da mãe, sobreprotecção da mãe; Rejeição do pai, Suporte Emocional do Pai, Sobreprotecção do Pai

[8]O PBI é composto por duas escalas, uma que remete para a protecção e outra para o suporte emocional (care). Estas subescalas são conceptualizadas como eixos ortogonais, que permitem classificar os pais em quatro quadrantes: alta protecção/baixo suporte; alta protecção/alto suporte; baixa protecção/alto suporte; baixa protecção/baixo suporte

2.3. Comorbilidade entre Dependência de Substâncias e outros diagnósticos clínicos

Um dos problemas que se levanta na investigação de dependência de substâncias é precisamente a questão da comorbilidade com perturbações do Eixo I e do Eixo II do DSM-IV-TR. A dependência de substâncias aparece frequentemente associada à Perturbação *Borderline,* Perturbação Bipolar, Esquizofrenia e Perturbações do Humor (Conrod & Stuart, 2005). A este respeito, Mickelson, Kessler e Shaver (1997) consideram que, embora haja uma frequente comorbilidade entre a depressão e a dependência de substâncias, a primeira perturbação estaria mais relacionada com o padrão ansioso, enquanto a segunda se ligaria ao evitante. Como já foi referido, os autores verificaram que as únicas perturbações psiquiátricas utilizadas no seu estudo que estavam preferencialmente ligadas a um padrão evitante eram o abuso de álcool e a dependência de drogas, o que sugere uma especificidade na relação entre o padrão de vinculação e abuso de substâncias. Nos estudos com população clínica e com sujeitos que eventualmente têm duplo diagnóstico, é essencial referir qual a perturbação primária. Assim, não é claro até que ponto as diferenças no padrão de vinculação resultam da psicopatologia, de interacções precoces traumáticas, ou do consumo de substâncias em si. No caso dos estudos com amostras clínicas é crucial referir qual o diagnóstico primário, no caso de o sujeito ter duplo diagnóstico (Shindler et al., 2005).

As associações entre dependência de substâncias e outras perturbações mentais são múltiplas e não exclusivas. Inclusivamente, o abuso de substâncias tem sido considerado um risco geral para o desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas, ou mesmo um comportamento sintomático estruturalmente inespecífico. Nestes últimos casos, contudo, o tratamento da dependência de substâncias não significa linearmente que esses outros sintomas, ou perturbações subjacentes, desaparecem linearmente; muitas vezes, ao contrário, mantêm-se após o tratamento e estão na base das futuras recaídas. Assim, uma outra via de compreensão foi proposta, considerando que cada perturbação se relaciona com uma etiologia específica, mas o curso de ambas as perturbações acaba por se encontrar e exacerbar mutuamente. Pode-se, também, conceber a existência de uma terceira variável, que liga ambas as perturbações, como factores de personalidade (Conrod & Stewart, 2005).

De qualquer modo, e ainda neste contexto, Teixeira (2005) verificou, numa amostra de toxicodependentes, uma alta incidência de sintomas psicopatológicos avaliados com o BSI. Os resultados deste estudo mostraram que 53% dos sujeitos da amostra preenchiam critérios para psicopatologia, dos quais 29.5% eram sintomas obsessivos-compulsivos. Do mesmo modo, Paixão (2008) verificou que os sujeitos com dependência de substâncias tinham valores mais elevados em todas as escalas do BSI, comparados com os sujeitos do grupo de controlo (maioritariamente constituído por estudantes universitários).

2.4. Dependência de Substâncias e Mecanismos de Defesa

As defesas têm sido estudadas em população com dependência de substâncias. Um estudo com mulheres dependente de opiáceos e alcoólicas revelou que não existem diferenças significativas em termos de defesas maduras; no que dizia respeito às defesas neuróticas, as mulheres alcoólicas utilizavam-nas preferencialmente, enquanto as dependentes de opiáceos utilizavam sobretudo defesas imaturas, de entre as quais se destacavam a clivagem, negação, fantasia, isolamento e desvalorização. Entre as mulheres alcoólicas, os mecanismos predominantemente utilizados eram o pseudo-altruísmo, a idealização e a denegação (Raketic et al., 2009).

Comings, McMurray, Johnson, Dietz e Mulheim (1995), verificaram num estudo com o DSQ (Bond et al., 1983) que os sujeitos com dependência de substâncias diferem significativamente do grupo de controlo a nível da utilização de vários mecanismos de defesa, nomeadamente a nível das defesas maduras, onde os indivíduos com dependência de substâncias obtiveram resultados significativamente mais baixos no Humor. Neste estudo os sujeitos com dependência de substâncias foram também comparados com sujeitos com Síndroma de Tourette. Ambos os grupos se diferenciaram do grupo de controlo mas não um do outro. Quanto às defesas neuróticas, os sujeitos com dependência de substâncias pontuaram mais alto no factor que agrupa estas defesas. No caso das defesas imaturas, os sujeitos com dependência de substâncias distinguiam-se por usarem significativamente mais o isolamento, a dissociação, a desvalorização e a dissociação. Observou-se, também, uma tendência geral nos resultados no sentido de os sujeitos com Síndroma de Tourette e com dependência de substâncias diferirem significativamente do grupo de controlo, mas não entre si.

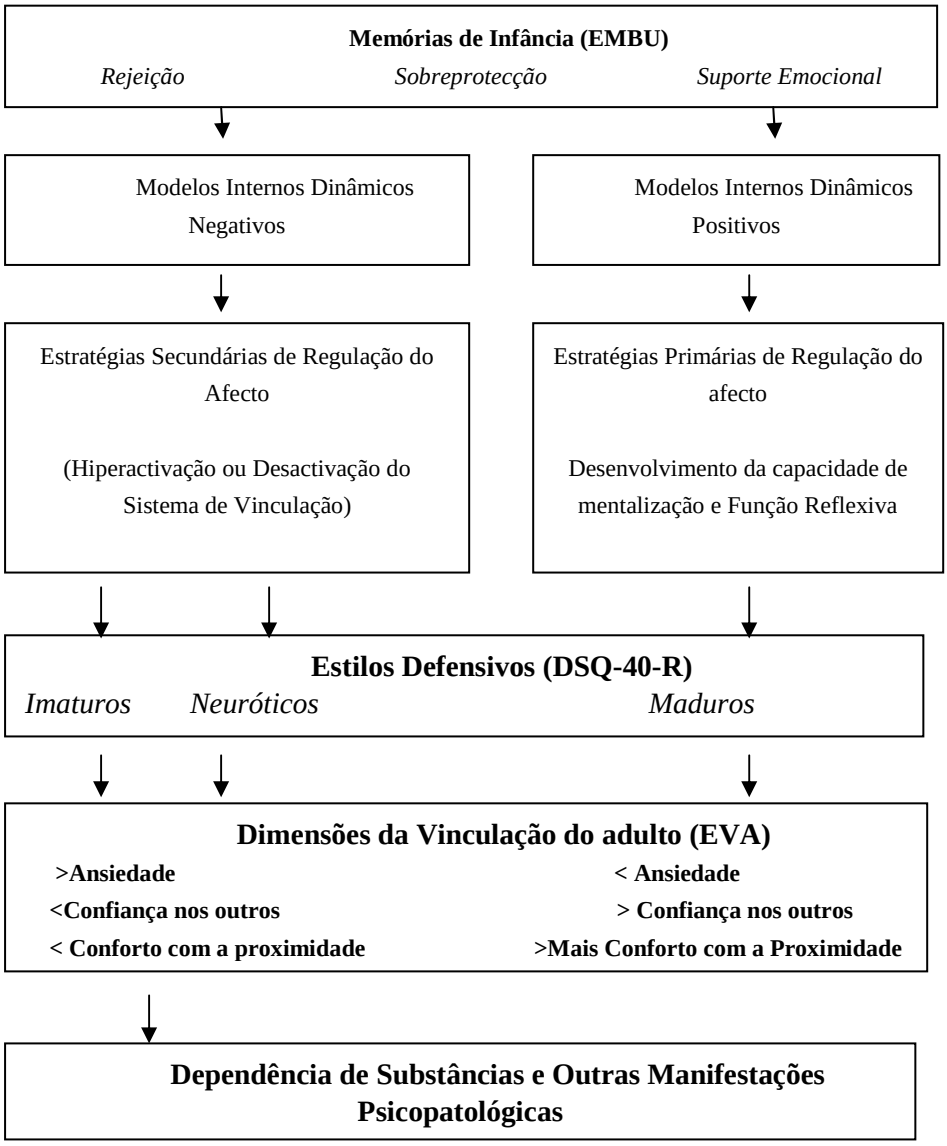
As diferenças individuais na organização da vinculação emergiriam na sequência de contextos de interacção que possibilitam a formação de modelos internos dinâmicos. Os padrões de vinculação não seguros emergiriam em contextos de interacção em que o comportamento da criança fosse seguido de rejeição e inconsistência. A criança desenvolveria modelos internos dinâmicos negativos e estratégias de hiper e hipoactivação do sistema de vinculação para reduzir a ansiedade, que poderiam ser adaptativos num contexto inicial mas desadaptativos noutros contextos (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Uma vez que a criança precisa, no estado inicial de desenvolvimento, de uma figura que a ajude na regulação de emoções negativas, podemos pressupor que, quando não existe uma figura que faça esta função, a criança permaneça num nível de fragilidade, sem que o ego possa desenvolver mecanismos adaptativos para a regulação afectiva, mantendo-se em funcionamento as defesas arcaicas características dos primeiros anos de vida. A utilização destes estilos defensivos pode ser uma hipótese para compreender a continuidade entre os padrões de vinculação na infância e a experiência precoce e a vinculação no adulto. Um dos mecanismos de defesa regressivos que poderá manter-se é a clivagem, que se traduz na incapacidade de integrar aspectos bons e maus do cuidador, que permanecem segregados (bem como os aspectos bons e maus do *self*). A origem deste mecanismo defensivo remete para dificuldades a nível do primeiro

momento de separação-individuação; se a criança não é capaz de sentir segurança em relação ao cuidador e integrar os impulsos libidinais e agressivos, permanecerá num nível de instabilidade que torna o ego frágil e incapaz de lidar com a angústia (Kernberg, 1977).

3. Apresentação do construto: relações entre vinculação, dependência de substâncias e estilos defensivos

Na figura seguinte (figura 1), serão apresentadas as relações conceptuais entre as variáveis em estudo: memórias de infância, mecanismos de defesa mentais, dimensões da vinculação, Dependência de substâncias e outras formas de psicopatologia.

Figura 1



II. Objectivos e hipóteses

O presente estudo tem como objectivo avaliar as dimensões da vinculação, tal como são operacionalizadas na escala de vinculação do adulto (EVA) e variáveis relacionadas (Memórias de Infância, Mecanismos de Defesa Mentais e Sintomas Psicopatológicos) em sujeitos toxicodependentes. Na prossecução deste objectivo comparou-se, em primeiro lugar, o grupo de toxicodependentes com uma amostra da população geral, sem problemas de abuso/dependência de substâncias ao longo da vida, emparelhada por género, idade e escolaridade. Esta comparação incidiu, numa primeira fase, no eventual impacto da variável toxicodependência na variação das dimensões de vinculação, memórias de infância, mecanismos de defesa mentais e sintomas psicopatológicos. Numa segunda fase, considerando apenas o grupo de sujeitos com dependência de substâncias, a investigação teve como objectivo avaliar o tipo de relações entre as variáveis e esclarecer o possível efeito preditor no padrão de vinculação do adulto das experiências precoces com figuras de vinculação e dos mecanismos de defesa mentais utilizados por estes sujeitos.

O estudo organiza-se em torno das seguintes hipóteses:

H1: Os grupos diferem nas pontuações nas dimensões da vinculação, na distribuição dos padrões de vinculação, nas memórias de cuidados parentais, nos mecanismos de defesa mentais utilizados e no nível de sintomas psicopatológicos. Especificando:

$H1_1$: Os sujeitos toxicodependentes obtêm pontuações menores a nível das dimensões *conforto com a proximidade* e *confiança nos outros* e pontuações mais elevadas na dimensão *ansiedade*, da EVA (escala de vinculação do adulto);

$H1_2$: Os sujeitos toxicodependentes têm memórias de infância mais marcadas pela rejeição e sobreprotecção;

$H1_3$: Os sujeitos toxicodependentes utilizam mecanismos de defesa mentais menos adaptativos;

$H1_4$: Os sujeitos toxicodependentes apresentam maior índice de sintomas psicopatológicos.

H2: Dentro do grupo toxicodependente, as memórias de ambos os pais estão correlacionadas. Os mecanismos de defesa mentais utilizados, a psicopatologia e a memória de experiências precoces correlacionam-se com o padrão de vinculação. Especificando:

$H2_1$: No grupo toxicodependente as memórias de ambos os pais estão significativamente correlacionadas;

$H2_2$: No grupo toxicodependente os níveis imaturos/neuróticos de defesa correlacionam-se significativamente com as dimensões de vinculação do adulto (*maior ansiedade, menor confiança nos outros e menor conforto com a proximidade*), tal como são medidas pela EVA;

$H2_3$: No grupo toxicodependente o nível de psicopatologia (BSI) correlaciona-se com as dimensões antes referidas de vinculação (EVA);

$H2_4$: No grupo toxicodependente as memórias precoces de

rejeição/sobreprotecção correlacionam-se com as mesmas dimensões de vinculação (*cf.* Figura 1).

H3: As memórias de cuidados parentais e os Mecanismos de defesa Mentais são preditores do padrão de vinculação do adulto.

III. Metodologia

1. Amostra

A amostra em estudo é constituída por 130 sujeitos, divididos em dois grupos: Grupo com Dependência de Substâncias (DS) (n=65) e Grupo de Controlo (C) (n=65). Os sujeitos do grupo com dependência de substâncias constituem uma amostra de conveniência. Os participantes foram recrutados em instituições de tratamento ou de redução de riscos. Do total de sujeitos avaliados, três foram excluídos: um por se encontrar sob o efeito de substâncias psicoactivas e dois por apresentarem défices cognitivos acentuados, resultantes de Acidente Vascular Cerebral. Foi também excluído um sujeito com diagnóstico primário de psicose (não especificada). A amostra do Grupo de Controlo foi emparelhada nas variáveis género [χ^2(n=130)=.000,p=1.00], idade [$F_{(1,\ 128)}$=1.666, p=.199] e escolaridade [$F_{(1,128)}$=2.230, p=.138] (*cf.* Anexo I, Tabelas 1 e 2). Os participantes que compõem o grupo C foram recrutados na sua maioria em turmas de ensino nocturno ou profissional, tendo alguns sido pessoalmente contactados. A caracterização sócio-demográfica dos dois grupos é apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Características sócio-demográficas do grupo toxicodependente (n=65) e de Controlo (n=65)

		Grupo DS (Toxicodependentes)		Grupo C (Grupo de Controlo)	
		n	%	n	%
Género	Masculino	53	81.5	53	81.5
	Feminino	12	18.5	12	18.5
Idade	Mínimo	20		20	
	Máximo	54		59	
	Média	34,154		32.269	
	Desvio Padrão	6.243		7.629	
Estado Civil	Solteiro	41	63.1	30	46.143
	Casado/união de facto	14	21.6	27	41.438
	Viúvo	0	0	0	0.00
	Divorciado/Separado	10	15.408	8	12.308
Anos de Escolaridade Completos	Mínimo	4		5	
	Máximo	18		17	
	Média	8.569		8.723	
	Desvio-Padrão	2.889		1.916	

Situação Laboral Actual	Estudante	0	0	4	6.154
	Trab.NãoQualificado	5	7.7	23	35.385
	Desempregado	60	92.3	23	35.385
	Pessoal de Serviços/ Vendedores	0	0	10	15.385
	Outro	0	0	4	5.285
Habitação	Pais/familiares	33	50.8	25	38.462
	Sozinho	11	16.9	6	9.231
	Cônjuge/Companheiro	17	26.1	24	36.923
	Filhos	0	0.0	4	6.154
	Outro	4	6.2	6	9.23

Nota: Os sujeitos que se encontravam a residir em Comunidade Terapêutica (CT) responderam ao questionário considerando a sua situação antes de entrar na instituição (por exemplo, com quem moravam antes de entrar na CT e se estavam, ou não, nessa altura a trabalhar).

2. Instrumentos

2.1. Questionário Sócio-demográfico e de Consumos;

Os sujeitos de ambos os grupos responderam a um questionário sócio-demográfico para as variáveis Género, Idade, Estado Civil, Anos de Escolaridade Completos, Situação Laboral Actual e Habitação. Do questionário fazia ainda parte uma secção destinada a avaliar os consumos de substâncias ao longo da vida. No caso dos sujeitos do Grupo C, foi critério de exclusão a existência de problemas conhecidos de abuso/dependência de substâncias ao longo da vida. O mesmo critério se aplicou à existência de problemas com a justiça.

No caso do Grupo DS foi dada uma maior atenção às variáveis relacionadas com os consumos. Assim, neste grupo o consumo de drogas ao longo da vida foi ainda reavaliado, depois de aplicado o protocolo comum, através de uma entrevista estruturada, de modo a obter uma caracterização mais rigorosa da amostra em estudo, em termos das substâncias consumidas, via de administração, anos de consumo e outras variáveis relacionadas. Estas entrevistas foram todas elas realizadas pela autora deste estudo.

2.2. Escala de Vinculação do Adulto (EVA; AAS-R)

A escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, Dias & Lima, 2006) resulta da adaptação para português da AAS-R (*Adult Attachment Scale* – R; Collins & Read, 1990). Esta escala foi inicialmente construída por Collins e Read (1990) para ultrapassar as limitações metodológicas da medida de vinculação de Hazan e Shaver (1987). Assim, este instrumento mede dimensões da vinculação, subjacentes aos diferentes padrões de vinculação, em vez de os classificar, apenas, numa categoria. Na versão original é constituída por 18 itens, que se distribuem por três factores, correspondentes a dimensões da vinculação: *close*, *depend* e *anxiety*. A primeira dimensão avalia o grau de conforto nas relações íntimas, a segunda a forma como os indivíduos se sentem em relação à dependência de outros e a terceira a preocupação do indivíduo em ser abandonado ou rejeitado. Na versão portuguesa, a escala é constituída também por 18 itens tipo Lickert (variando entre o "nada característico em mim" até ao

"extremamente característico em mim") distribuídos por três factores denominados: ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros. O factor 1 refere-se "ao grau de ansiedade sentido pelo indivíduo, relacionada com questões interpessoais de receio de ser abandonado ou de não ser bem querido; o factor 2, conforto com a proximidade, refere-se ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade; e, por último, o factor 3, confiança nos outros, diz respeito ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária" (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

A partir das pontuações obtidas na EVA, para cada factor, foi possível classificar os sujeitos com as categorias definidas por Bartholomew e Horowitz (1991). Seguiu-se o método recomendado por Collins (1996), segundo referência de Canavarro, Dias e Lima (2006). Foi criado um novo factor, denominado Conforto-Confiança a partir da média da pontuação de cada sujeito nas dimensões "confiança nos outros" e "conforto com a proximidade". Seguidamente os sujeitos foram classificados da seguinte forma: os indivíduos com valores superiores ao valor médio (3) no factor Conforto-Confiança e valores inferiores ao valor médio no factor ansiedade foram classificados como *seguros*; os sujeitos que obtiveram pontuações superiores a 3 no factor conforto-confiança e também superiores a 3 no factor ansiedade foram classificados como *preocupados*; os sujeitos que obtiveram valores inferiores a 3 nos dois factores foram classificados como *evitantes* (*dismissing avoidant*) e os que obtiveram valores superiores ao valor médio no factor ansiedade e inferiores no factor conforto-confiança foram classificados como *amedrontados* (*fearful avoidant*).

2.3. Memórias de Infância (*Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behavior*) (EMBU)

A versão utilizada neste estudo refere-se à versão abreviada (Arrindel et al., 1983) do instrumento original, constituído por 81 itens (Perris et al., 1980). O instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1996). A aferição foi feita para a Zona Centro do País, considerando apenas a população urbana. O instrumento avalia as memórias dos cuidadores parentais dos sujeitos, considerando as suas experiências até aos 16 anos.

A escala é constituída por 23 itens do tipo Lickert, que vão desde "não, nunca" até "sim, frequentemente". Os itens agrupam-se em três factores: rejeição, suporte emocional e sobreprotecção. A rejeição foi definida como os comportamentos dos pais de modificação da vontade dos filhos, sentido por estes como uma pressão para se comportarem de acordo com o desejo dos pais; operacionalmente esta variável é resultante das frequências dos comportamentos dos pais, como castigos físicos, privação de objectos ou privilégios ou, ainda, aplicação directa da força com o objectivo de influenciar o comportamento do filho. O suporte emocional foi definido como os comportamentos dos pais perante o filho que fazem este último sentir-se confortável na sua presença, confirmando a ideia de que são aprovados pelos pais; operacionalmente esta dimensão é um somatório de comportamentos dos pais em relação aos filhos, tais como aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e

física de amor e carinho. A sobreprotecção reflecte o comportamento de controlo parental, que comporta intrusão por parte dos pais na vida do filho, contacto excessivo e infantilização, comportamento cujo objectivo comum é prevenir comportamentos de independência por parte do filho (Canavarro, 1996).

2.4. Versão Portuguesa do *Defense Style Questionaire* (DSQ-40)

O DSQ-40 avalia os correlatos conscientes dos mecanismos de defesa. Mede vinte defesas, das quais 18 pertencem ao DSM-IV-R e duas foram acrescentadas pelos autores: a sublimação e a antecipação. Na versão original, a escala era composta por três factores: o factor maturativo que incluía as defesas de sublimação, humor, antecipação e supressão. O factor neurótico que incluía as defesas de denegação, pseudo-altruísmo, idealização e formação reactiva. O factor imaturo que englobava as restantes doze defesas: projecção, agressão passiva, *acting out*, isolamento, desvalorização, fantasia autística, negação, deslocamento, dissociação, clivagem, racionalização e somatização.

Na versão portuguesa, Amaral (2008) encontrou seis factores, distribuindo-se estes num continuum que vai desde o menos adaptativo ao mais adaptativo: F1 - defesas imaturas (Projecção, Agressão Passiva, *Acting Out*, Clivagem); F2 - defesas de distorção de imagem (Desvalorização, Isolamento, Fantasia Autística); F3 - defesas neuróticas 1 (Supressão, Negação, Dissociação); F4 - defesas de encobrimento (Racionalização, Denegação); F5 - defesas neuróticas 2 (Somatização, Pseudo-Altruísmo, Formação Reactiva, Deslocamento, Idealização); F6 - defesas maduras (Sublimação, Antecipação e Humor).

2.5. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI

O BSI é a versão Portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982), traduzida e adaptada por Canavarro (1982). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de psicopatologia e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas, Total Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos). Os Índices Globais constituem-se como avaliações sumárias de perturbação emocional. As nove dimensões primárias são: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo.

3. Procedimentos

Os dados apresentados nesta investigação dizem respeito a dois grupos de sujeitos: um definido como grupo de controlo, já identificado como grupo C, constituído por sujeitos sem problemas psicopatológicos, particularmente de dependência de substâncias tóxicas, e um outro constituído por sujeitos toxicodependentes, já identificado como grupo DS. Os dados relativos a este último grupo foram recolhidos em várias instituições de tratamento da

toxicodependência (Comunidade Terapêutica Arco-Íris, Comunidade Terapêutica Encontro, Comunidade Terapêutica Provilei, Equipa Giros e Centro de Acolhimento o Farol), após a autorização dos responsáveis destas instituições.

Alguns dos sujeitos do Grupo de Controlo foram contactados pessoalmente. Outros foram recolhidos em turmas de ensino nocturno da Escola Secundária Avelar Brotero, Escola Secundária Quinta das Palmeiras e em cursos de formação profissional do Centro Tecnológico das Indústrias Têxteis e do Vestuário de Portugal (CITEVE).

A aplicação do protocolo de investigação para os dois grupos foi precedida de uma explicação dos objectivos e benefícios da investigação, assim como de esclarecimentos sobre a confidencialidade dos dados.

IV. Apresentação dos resultados

O tratamento estatístico dos dados foi feito com SPSS, versão 17, para Windows. Relativamente às comparações entre grupos, foram efectuadas *ANOVAs One way*. Para comparações da distribuição de variáveis categoriais foi utilizado o teste do Qui-Quadrado. Foi ainda efectuada uma *MANOVA* (multivariated analysis of variance) para avaliar o efeito do grupo (C ou DS) considerando as três dimensões da vinculação em estudo.

O estudo da relação entre as variáveis foi feito, num primeiro momento, através de correlações de *Pearson* e, num segundo momento, através da técnica de regressão múltipla standard (método *enter)*.

1. Caracterização grupo DS considerando o padrão de consumos e o percurso delinquencial

A maioria dos sujeitos do grupo DS indica como droga principal a heroína (60%, *n*=39), seguida da cocaína (32.3%, *n*=21). Dois sujeitos apontam o haxixe (3.1%), dois o LSD (3.1%) e um o álcool (1.5%). A heroína é injectada ou fumada, tal como a cocaína, embora o número de sujeitos que injecta heroína (*n*=21), seja muito superior ao número de sujeitos que injecta cocaína (*n*=8). A via de administração do haxixe é fumado e o álcool e LSD são ingeridos.

A droga inicial, para a maioria dos sujeitos da amostra heroína ou cocaína, começa a ser consumida em média pelos 18.3 anos de idade.

Podemos dizer que a amostra é constituída por policonsumidores (todos os sujeitos já consumiram mais de três substâncias incluídas na lista), mas que a dependência de heroína aparece como problemática central na maioria dos casos.

Os participantes do estudo têm em média 15.7 anos de consumo. Todos os sujeitos da amostra estão a ser tratados para a toxicodependência: a grande maioria em Comunidade Terapêutica (n=47; 72%), e a quase totalidade dos

restantes (n=17; 26%) numa Equipa de Tratamento (ET)[9], tendo apoio psicológico regular. Apenas um dos sujeitos, recrutado no Centro de Acolhimento Farol, está a fazer um programa com antagonista, sem qualquer seguimento psicoterapêutico (para uma caracterização mais detalhada da amostra, *cf.* Anexo I, Tabelas 3,4 e 5).

2. Caracterização do Grupo C considerando as suas principais características sócio-demográficas

O grupo C foi constituído de forma emparelhada com o grupo de DS em três variáveis: sexo[χ^2(n=130)=.000,p=1.00], idade [$F_{(1,\ 128)}$=1.666, p=.199] e escolaridade [$F_{(1,128)}$=2.230, p=.138] (cf anexo I, tabelas 1 e 2). Assim, este grupo é constituído por sujeitos na sua maioria do sexo masculino, com baixa escolaridade (a média é de 8.5 anos) e pertencentes a um baixo estatuto Sócio-Económico

3. Estudos

H1. Comparação entre os grupos em termos de Dimensões da Vinculação, Memórias de Infância, Mecanismos de Defesa Mentais (DSQ-40) e Sintomatologia Psicopatológica (BSI)

Antes de efectuar os procedimentos estatísticos relativos à hipótese H1 ($H1_1$, $H1_2$, $H1_3$ e $H1_4$), e cujos resultados serão apresentados a seguir, salienta-se o facto da amostra ter sido estudada considerando a eventual existência de *outliers* no grupo C e DS (particularmente no caso do grupo C, considerando a importância que os valores extremos no BSI podem ter no enviesamento dos resultados). Não foram encontrados *outliers* cuja exclusão pudesse ter impacto significativo nos resultados.

É de salientar, ainda, que 12 sujeitos do grupo toxicodependente não responderam aos itens do EMBU que remetiam para memórias de infância do pai, por não terem convivido com ele ou com qualquer outra figura paterna substituta.

Tabela 2. Comparação entre grupos das pontuações obtidas nas dimensões EVA

	Grupo DS (n=65)		Grupo C (n=65)					
	M	DP	M	DP	F	p	η^2	Observed Power
Ansiedade	2.757	.767	2,362	0.783	8.404	.004	.062	.820
Conforto	3.214	.476	3.492	0.548	9.596	.002	.070	.867
Confiança	2.987	.590	3.221	0.465	6.336	.013	.047	.705

[9] Equipas de tratamento correspondentes às existentes nos antigos Centros de Atendimento a Toxicodependentes.

Relativamente às dimensões da Vinculação avaliadas pelo EVA, verifica-se que os grupos diferem de forma estatisticamente significativa em todas as dimensões. O grupo DS apresenta valores mais altos na ansiedade [$F_{(1,128)}$=8.4804,p=.004] e valores mais baixos nas dimensões confiança nos outros [$F_{(128)}$=9.596,p=.002] e conforto com a proximidade [$F_{(1,128)}$=6.336,p=.013]. A proporção da variância que se pode atribuir ao efeito do grupo (η^{2}[10] (controlo ou toxicodependente) é, para a dimensão *ansiedade* 6.3% (η^2=.062), sendo este valor considerado médio; para dimensão *conforto com a proximidade* 7% (η^2=.07), sendo este valor também médio; para *dimensão confiança* 4.7% (η^2=.047), sendo este valor considerado pequeno. A variável grupo está assim associada de forma média à variância nas dimensões *ansiedade* e *conforto com a proximidade*, enquanto que, no caso da dimensão *confiança nos outros*, a associação é fraca.

No que diz respeito ao poder estatístico do estudo, nas dimensões *ansiedade* e *conforto com a proximidade*, o valor obtido é superior a .80, referido na literatura como o valor standard para a adequabilidade do modelo do estudo, enquanto na dimensão confiança nos outros fica abaixo (.705). Ainda assim, embora o poder observado na dimensão ansiedade seja mais baixo, aproxima-se de .80

Tabela 3. Comparação entre grupos para o Efeito Multivariado das Dimensões Vinculação (MANOVA)

	Pillai's Trace	F	p	η^2	Observed Power
Dimensões da Vinculação	.120	5.706	.001	.120	.943

Se se considerar o conjunto das várias dimensões da vinculação em conjunto, as diferenças entre grupos são também estatisticamente significativas [$F_{(1,128)}$=5.706, p=.001], o que significa que existe uma diferença entre os dois grupos na medida geral da vinculação quando consideramos a contribuição de cada uma das dimensões em estudo. Uma vez que estas dimensões, de um ponto de vista teórico, estão subjacentes a diferentes padrões de vinculação, podemos concluir que os dois grupos diferem a esse nível, ou seja, os padrões de vinculação distribuem-se de forma diferente nos dois grupos. A associação entre a variável grupo e o conjunto das dimensões da vinculação é média (η^2=.120), sendo que *12% da variância no conjunto das dimensões da vinculação se pode atribuir ao efeito do grupo*. O poder observado é grande (.943).

A partir dos resultados nas dimensões da EVA, foi possível classificar os sujeitos em diferentes categorias, que correspondem aos Padrões de Vinculação definidos por Bartholomew e Horowitz (1991), através do procedimento

[10] O eta^2 é uma estimativa do tamanho do efeito (*effect size*) que descreve o grau em que um preditor está associado à variável dependente. Os valores de eta^2 obtidos no estudo são interpretados com base nos critérios referidos por Kittler, Menard e Philips (2007): .01-pequeno; .06- médio; .14-grande

proposto por Collins (1996, cit. in Canavarro, 2006) que foi detalhadamente explicado na rubrica *metodologia*. Analisando os padrões de vinculação assim encontrados (*cf.* Tabela 6, Anexo I), verifica-se que no grupo DS há consideravelmente menos sujeitos classificados como seguros, sendo apenas 38.5% (*n*=25) considerados como tendo este padrão de vinculação, enquanto no grupo C a percentagem é 70.8% (*n*=46). As diferenças a nível do Padrão Amedrontado são, também, bastante marcadas. Considerando este estilo de vinculação, no grupo DS 20.0% (*n*=13) dos sujeitos são assim classificados, enquanto no grupo C encontramos apenas 3.2% (n=2) dos sujeitos nesta classificação. As diferenças entre as percentagens encontradas nos dois grupos são estatisticamente significativas [χ^2 (N=130)=16.874, p=.001].

Tabela 4. Comparação entre grupos nas Dimensões do EMBU (Memórias de Infância), relativas ao Pai

	Grupo DS (n=53)		Grupo C (n=65)					
	M	DP	M	DP	F	p	η^2	Obs. Power
R Pai	15.287	5.430	11.406	3.561	22.031	.000	.157	.996
SE Pai	14.870	4.952	15.861	4.065	1.450	.231	.012	.223
SB Pai	15.596	3.419	13.461	3.419	12.065	.001	.093	.931

Legenda: R Pai - rejeição emocional do pai; SE Pai – suporte emocional do pai; SB Pai, sobreprotecção do pai

Tabela 5. Comparação entre grupos nas Dimensões do EMBU relativas à Mãe

	Grupo DS (n=65)		Grupo C (n=65)					
	M	DP	M	DP	F	p	η^2	Obs. Power
R Mãe	16.000	5.491	13.419	4.241	8.904	.003	.066	.842
SE Mãe	17.120	4.746	18.523	4.552	2.934	.089	.023	.398
SB Mãe	16.000	3.943	14.297	3.943	4.082	.045	.031	.518

Legenda: R Mãe - rejeição da mãe; SE mãe - suporte emocional da mãe, SB Mãe - sobreprotecção da mãe

Tendo em conta as diferentes dimensões do EMBU (memórias de infância), os sujeitos do grupo DS não diferem de forma significativa dos sujeitos do grupo C na dimensão Suporte Emocional do Pai. Têm, no entanto, memórias do pai mais relacionadas com a rejeição [$F_{(1,\ 116)}$=22.01;*p*=.000]. Assim, a associação entre a variável grupo e rejeição do Pai é grande ($\eta^{2=}$.157), sendo 15.7% das diferenças observadas atribuíveis ao efeito da variável *grupo*. O poder estatístico é também grande (.0996). O Grupo DS tem, também, valores significativamente maiores para o factor sobreprotecção do pai [$F_{(1,116)}$=12.065; *p*=.001]. A proporção da variância nesta variável explicada pelo factor grupo é de 9.3% (η^2=.093), o que corresponde a uma associação moderada entre as variáveis.

Considerando as dimensões do EMBU relativas à mãe, os sujeitos do grupo DS e do Grupo C não diferem a nível do Suporte Emocional da Mãe. Os

sujeitos do Grupo DS obtém valores mais altos na Rejeição da Mãe [$F_{(1,63)}$=8.904; p=.003] e na Sobreprotecção da Mãe [$F_{(1,63)}$=4.082,p=.045), de modo semelhante ao que se verificou para as dimensões deste instrumento relativas ao pai. A associação entre a variável grupo e a rejeição da mãe é moderada (η^2=.066), sendo 6.6% das diferenças encontradas atribuíveis à variável *grupo*. A associação entre a sobreprotecção da mãe e o factor grupo é pequena (η^2=.045), sendo apenas 4.5% da variância entre os grupos explicada pela inclusão no grupo C ou DS. O poder estatístico observado é adequado no caso da Rejeição da Mãe, sendo bastante inferior aos .80 considerados como critério standard no caso da sobreprotecção da mãe.

Tabela 6. Comparação entre grupos para os factores da versão portuguesa do DSQ -40

	Grupo DS (n=65)		Grupo C (n=65)					
	M	DP	M	DP	F	P	η^2	Obs. Power
D. I	3.692	1.142	3.557	1.101	.488	.486	004	.107
D.N1	3.653	1.077	3.228	1.053	5.137	.025	.039	.614
D.N2	3.590	.872	3.495	.866	.382	.537	.003	.094
D.M	4.500	1.029	4.344	.956	.797	.374	.006	.144
D.D.I	3.235	1.111	3.092	1.096	.540	.456	.004	.113
D.E	4.192	.948	4.106	.908	.278	.599	.002	.082

Legenda: D.I: defesas Imaturas; D.N1: defesas neuróticas 1; D.N2: defesas neuróticas 2; D.M: Defesas maduras; D.DI: Defesas de distorção de imagem; D.E: defesas de encobrimento

Partindo da estrutura factorial da versão portuguesa do DSQ-40 (Amaral, 2008), verifica-se que os grupos diferem apenas no factor *defesas neuróticas 1* [$F_{(1,128)}$=5.137, p=.025]. O valor do η^2 é pequeno, sendo a proporção de variância observada neste factor que se atribui ao efeito do grupo (C/DS) apenas de 3.9%. Relativamente ao poder estatístico, o valor fica também aquém dos .80 convencionados na literatura. Este factor é composto pelas defesas Supressão, Negação e Dissociação. A defesa Supressão estava incluída no factor composto pelas defesas maduras, na versão original (Andrews, 1993).

Considerando as 20 defesas medidas pelo DSQ-40, verifica-se que os grupos apenas diferem na supressão [$F_{(1,128)}$=7.891; p=.006] e na clivagem [$F_{(1,128)}$=5.757, p=.018], defesas onde os sujeitos do Grupo DS obtêm pontuações mais altas. A associação entre a variável *grupo* e as defesas consideradas é pequena no caso da clivagem (η^2=.043). A associação entre o grupo e a variável supressão é também pequena (η^2=.058). No caso da clivagem, 4.3% da variância observada pode ser explicada pelo efeito grupo; no caso da supressão a variabilidade atribuível ao grupo é 5.8%. O poder estatístico observado é baixo no caso da clivagem (.379) e aproxima-se do critério .80 no caso da supressão (.796), definido como standard para a adequabilidade do estudo (*cf.* Tabela 7, Anexo I).

Analisando as pontuações obtidas no BSI, conclui-se que os sujeitos do Grupo DS obtêm pontuações significativamente mais altas em dois índices

gerais: IGS [$F_{(128)}$]=6.360, *p*=.013] e ISP [$F_{(128)}$=11.310; *p*=.001]. A associação entre a variável grupo e a pontuação no IGS é pequena (η^2=.047), podendo apenas 4.7% da variância nesta dimensão ser atribuída ao efeito grupo. No caso do ISP, 8.2% (η2=.082) da variância pode ser atribuída ao efeito grupo, sendo a associação entre as variáveis moderada. O poder estatístico do estudo é grande no caso do ISP (.916), ultrapassando o valor .80 considerado como critério standard. No caso do IGS, o poder estatístico fica aquém dos .80 convencionados, embora não se afaste muito desse valor (o poder observado é .706).

A nível das nove dimensões de psicopatologia, só são encontradas diferenças entre grupos para as subescalas Obsessões-Compulsões [$F_{(128)}$=5.379;*p*=.022], Depressão [$F_{(128)}$=11.353,*p*=.001] e Psicoticismo [$F_{(128)}$=28.305, *p*=.000], em que os sujeitos DS pontuam mais alto. A associação entre a variável grupo e a subescala Psicoticismo é elevada (η^2=.181), sendo 18.1% da variância encontrada nesta subescala explicada pela variável grupo. O poder observado neste caso atinge o valor máximo (1). A associação entre a Depressão e a variável grupo é moderada (η^2=.081) sendo 8.1% da variância nesta subescala atribuível ao factor grupo. O poder estatístico atinge também um valor adequado. Quanto à subescala Obsessões-Compulsões, apenas 4% da variância observada se deve ao factor grupo, sendo a associação entre as variáveis pequena (η^2=.040). O poder estatístico é relativamente baixo (.633) (*cf.* Tabela 8, Anexo I).

H2: Estudo da relação entre as Dimensões da Vinculação, as Memórias de Cuidados Parentais, os Mecanismos de Defesa e Psicopatologia

No estudo da hipótese **H2** ($H2_1$, $H2_2$, $H2_3$ e $H2_4$), relativa ao grupo DS, as memórias de infância de ambos os pais parecem ser semelhantes. O suporte emocional do pai e da mãe estão moderadamente correlacionados de forma positiva [r(53)=.656, p<.01). A Rejeição do pai e a Rejeição da mãe apresentam uma correlação positiva, fraca, mas estatisticamente significativa [$r_{(53)}$=.308, *p*<.05]. A Sobreprotecção do Pai e da Mãe correlacionam-se moderadamente, de forma positiva [$r_{(53)}$=.628, *p*<.01]. A Rejeição do Pai e a Sobreprotecção do Pai estão também positivamente correlacionadas, [$r_{(53)}$)=.364, *p*<.01]. Também a sobreprotecção da Mãe está associada com a Rejeição da mãe, sendo a correlação fraca, mas estatisticamente significativa [$r_{(53)}$=.208, *p*<.05] (*cf.* Tabela 9, Anexo I).

Considerando as correlações entre os factores do EMBU e as Dimensões da vinculação medidas pela EVA, a rejeição do pai tem uma correlação positiva fraca, mas estatisticamente significativa com a *ansiedade* [$r_{(53)}$=.282, *p*<.05], assim como a rejeição da mãe [$r_{(65)}$=.283, *p*<.05]. A dimensão *conforto com a proximidade* não está correlacionada com nenhuma dimensão do EMBU. A dimensão *confiança nos outros* apresenta uma correlação fraca, negativa, com a rejeição da mãe [$r_{(53)}$=-252, *p*<.05].

A dimensão da Vinculação Conforto com a Proximidade não se correlaciona com nenhuma das escalas do EMBU (*cf.* Tabela 10, Anexo I).

Tabela 7. Correlação entre as Dimensões da Vinculação e os factores da Versão Portuguesa do DSQ-40

	DI	DN1	DN2	DM	D.D.I	D.E
Ansiedade	.486**	.271*	.302*	-.046	.414**	.259*
Conforto	.092	-.228	-.108	.199	-.183	-.217
Confiança	-.363**	-.006	-.243	.007	-.213	-.153

*p<.05 **p<.01

Legenda: DI- Defesas Imaturas; DN1- Defesas Neuróticas 1; DN2- Defesas Neuróticas 2; DM- Defesas Maduras; D.D.I – Defesas de Distorção de Imagem; D.E – Defesas de Encobrimento.

A *Ansiedade* está correlacionada, de forma estatisticamente significativa, com todos os níveis defensivos, à excepção das *Defesas Maduras*. A correlação entre a ansiedade e as *Defesas Imaturas* [$r_{(64)}$=.486, p<.01] e as defesas de Distorção de Imagem é moderada [$r_{(64)}$ =.414; *p*<.01]. A correlação entre a *Ansiedade* e as *Defesas Neuróticas* 1 [$r_{(64)}$=.271, *p*<.05], *Defesas Neuróticas 2* [$r_{(64)}$=.302, *p*<.05] e as Defesas de Encobrimento [$r_{(64)}$=.259, *p*<.05] é pequena mas estatisticamente significativa. A dimensão Conforto com a Proximidade não se relaciona com nenhum nível defensivo do DSQ-40. A análise dos resultados mostra, ainda, uma correlação negativa entre a Confiança nos Outros e as Defesas Imaturas [$r_{(64)}$=-.363, p<.01].

Considerando as defesas individualmente, concluímos que a dimensão *ansiedade* está positiva e moderadamente correlacionada com a clivagem [$r_{(64)}$=.491, *p*<.01], a *Projecção* [$r_{(64)}$=.410, *p*<.05] e a *Negação* [$r_{(64)}$=.405, *p*<.01]. A ansiedade apresenta correlações baixas com a *Fantasia Autística* [$r_{(64)}$=.347, *p*<.01], o *Acting Out* [$r_{(64)}$=.373, *p*<.01], a *Agressão Passiva* [$r_{(64)}$=.279, *p*<.05], a *Dissociação* [$r_{(64)}$=.246, *p*<.05], o *Pseudo-Altruísmo* [$r_{(64)}$=.262, *p*<.05], a *Formação Reactiva* [$r_{(64)}$=.351, *p*<.05], a *Idealização* [$r_{(64)}$ =.263, *p*<.05], a *Desvalorização* [$r_{(64)}$=.326, *p*<.01], O *Isolamento* [$r_{(64)}$=.374, *p*<.01] e a *Denegação* [$r_{(64)}$=.322, *p*<.01]. Resumindo, a ansiedade correlaciona-se positivamente com todas as defesas consideradas como imaturas na versão original da escala (Andrews, 1993) e com uma defesa neurótica, o *Pseudo-Altruísmo*. Relativamente ao *Conforto com a Proximidade*, esta dimensão apenas está correlacionada, de forma fraca mas estatisticamente significativa, com a Sublimação [$r_{(64)}$=.268, *p*<.05]. Esta é uma defesa madura, de nível mais adaptativo.

A dimensão Confiança nos outros correlaciona-se negativa e moderadamente com o isolamento [$r_{(64)}$=-.417, *p*<.01] e o *Acting Out* [$r_{(64)}$=-437, *p*<.01]. Esta dimensão apresenta correlações também negativas, fracas mas estatisticamente significativas com a clivagem [$r_{(64)}$=-.329, *p* <.01], a Negação [$r_{(64)}$ =-.331, *p* <.01], a Somatização [$r_{(64)}$ =-.277, *p*<.01], a Idealização [$r_{(64)}$ =-.318, *p* <.05] e a Antecipação [$r_{(64)}$ =-250, *p* <.05] (*cf*. Tabela 11, Anexo I).

Considerando a correlação entre as subescalas e índices globais do BSI e as pontuações na EVA, verifica-se que a *Ansiedade* na vinculação está correlacionada de forma positiva e moderada com a *Sensibilidade Interpessoal* [$r_{(65)}$=.492, p<.01] e correlaciona-se de forma fraca, mas estatisticamente significativa, com as *Obsessões-Compulsões* [$r_{(65)}$=.368, p<.01], a Depressão [$r_{(65)}$=.268, *p*<.05], a Ansiedade [$r_{(65)}$=.292, *p*<.05], a *Ansiedade Fóbica* [$r_{(65)}$=.296, *p*<.05], a *Ideação Paranóide* [$r_{(65)}$=.250, *p*<.05], o *Psicoticismo* [$r_{(65)}$=.355, *p*<.01], o IGS [$r_{(65)}$ =.359, *p*<.01], o TSP [$r(_{65})$=.289, *p*<.05] e o *ISP*

[$r_{(65)}$=.246, *p*<.05].

A dimensão Conforto com a Proximidade está negativamente correlacionada com a Sensibilidade Interpessoal [$r_{(65)}$=-.251, *p*<.05].

A Dimensão Confiança nos Outros, apresenta correlações significativas estatisticamente, mas baixas, com as dimensões *Sensibilidade Interpessoal* [$r_{(65)}$=-.368, *p*<.01], Depressão [$r_{(65)}$=-.320, *p*<.01], Ansiedade [$r_{(65)}$=-364, *p*<.01], *Ideação Paranóide* [$r_{(65)}$ =-.384, *p*<.01], *Hostilidade* [$r_{(65)}$=-.366, *p*<.01], IGS [$r_{(65)}$=-392, *p*<.05], TSP [$r_{(65)}$=-.268, *p*<.05] e o *ISP* [$r_{(65)}$=-.341, *p*<.01] (*cf.* Tabela 12, Anexo I).

H3: Análise das Memórias de Infância dos Cuidados Parentais e dos Mecanismos de Defesa Mentais, enquanto preditores das Dimensões da Vinculação (EVA)

Uma vez que a amostra é composta por 65 sujeitos, poderíamos incluir no modelo dois ou três preditores (Vis) (Hair, Anderson, Black & Tatham, 2007). No nosso caso considerámos como preditores as variáveis Rejeição da Mãe e Clivagem, pelas razões a seguir expostas.

Analisando as correlações obtidas, verificamos que a *Rejeição da Mãe* (EMBU) está correlacionada com a *Ansiedade* e *Confiança nos Outros* (EVA), o que sugere que este é o factor do EMBU que mais contribui para as pontuações nas dimensões da vinculação. Do ponto de vista teórico, a rejeição da mãe é também considerado um dos principais factores na origem da insegurança na vinculação. Tendo em conta as defesas, a clivagem é que a apresenta uma correlação mais elevada com *Ansiedade*, estando também correlacionada com a *Confiança*. A clivagem é, segundo Kernberg (1977), o mecanismo de defesa principal associado à perturbação *Borderline*. O funcionamento *Borderline*, em sentido lato, tem sido associado à DS, sobretudo pelos autores da escola analítica (Bergeret, 1998; Braconnier et al., 2007). Assim, pelas razões atrás expostas (existência de correlações significativas e importância teórica), serão incluídos no modelo de regressão linear múltipla a *rejeição da mãe e a clivagem*. A inclusão destes dois preditores possibilitará uma espécie de sumário da contribuição de ambos para a dimensão da vinculação (EVA) considerada. Não estando aqui em causa encontrar um efeito mediador, procura-se ter uma visão conjunta do impacto da experiência de rejeição materna e da clivagem nas dimensões da vinculação medidas neste estudo. Considerando as duas variáveis em simultâneo, poderemos ter uma visão mais clara da sua contribuição conjunta e, analisando o impacto relativo de cada uma das variáveis, verificar qual o melhor estimador das diferenças observadas a nível das dimensões da vinculação.

A dimensão *Conforto com a Proximidade* não se correlaciona com nenhum factor do EMBU, não sendo por isso aqui analisada.

Os pressupostos estatísticos para a aplicação da regressão (Tabachnick & Fidell, 1996; Moroco & Bispo, 2003) foram verificados, nomeadamente a normalidade, independência e variância constante (homocedasticidade) dos resíduos (*cf.* Anexo II), bem como a multicolinearidade entre as Vis

(VIF=1.065)[11].

Tabela 8. Análise do poder preditivo da Clivagem e Rejeição da Mãe na Dimensão Ansiedade

Variável	B	Erro Padrão	B
Clivagem	.203	.302	.437*
Rejeição da mãe	.030	.015	.218

Nota:R^2=.285 (N=65,p<.01
*p<.05

O modelo apresentado explica 28.5% da variância, sendo considerado estatisticamente significativo ($F_{(1,63)}$=12.164, *p*=.000).

Numa análise aos coeficientes de regressão, verifica-se que apenas a clivagem tem um poder preditivo estatisticamente significativo (β=.437; $t_{(62)}$=3.908, *p*<.000) na dimensão ansiedade da vinculação, sendo portanto um melhor estimador das diferenças observadas nessa dimensão.

Tabela 10. Análise do poder preditivo da Clivagem e Rejeição da Mãe na Dimensão Confiança nos Outros

Variável	B	Erro Padrão	B
Clivagem	-.093	.042	. -.267*
Rejeição da mãe	-.025	.012	-.248*

Nota:R^2=.166 (N=65,p<.01
*p<.05

O modelo apresentado explica 16.6% da variância observada na dimensão Confiança nos Outros, sendo estatisticamente significativo [F $(_{1,62})$ =6.062), *p*=004]. Analisando os coeficientes de regressão verifica-se que tanto a rejeição da mãe [β=-.267, $t(_{62})$ =-2.055, *p*=.031] como a clivagem [β=-.248, $t_{(62)}$=-2.14, p=-.048] são preditores da *Confiança nos Outros*. Há que realçar que o sentido da relação entre as variáveis é negativo, ou seja, aumento da rejeição da mãe e da clivagem determinam uma menor *Confiança nos Outros*.

V. Discussão dos resultados

Hipótese H1

Os resultados da comparação entre o grupo C e o grupo DS nas dimensões da vinculação – *Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros*-, são semelhantes aos obtidos por Thorberg e Lyvers (2006). Os sujeitos Toxicodependentes obtém pontuações médias mais elevadas na dimensão ansiedade e pontuações mais baixas em *Confiança* e *Conforto.* Estes resultados sugerem que os sujeitos com esta perturbação sentem mais receio de ser abandonados ou de não ser amados, pontuando por isso mais alto na

[11] O factor de inflação da variância (VIF) não deve ser maior que 10, uma vez que, acima desta valor, as variáveis independentes apresentam um alto grau de multicolinearidade (Hair et al., 2007).

ansiedade. Sentem-se, ainda, pouco confortáveis com a proximidade e a intimidade e não confiam na disponibilidade dos outros em situações de necessidade (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Estes resultados não correspondem directamente às categorias da Vinculação, são antes dimensões que lhes estão subjacentes. Transformando estas pontuações em estilos, os resultados podem ser mais claramente integrados com a investigação anterior. Optámos por transformar as pontuações nas escalas nos Padrões de Vinculação propostos por Bartholomew e Horowitz (1991), uma vez que, do ponto de vista conceptual, estes serão os padrões com uma ligação mais bem estabelecida com a toxicodependência, embora considerando os estudos empíricos, a ligação mais evidenciada seja entre o consumo de substâncias e o padrão evitante do *Adult Syle Quesionaire* (Shindler, 2005). Os resultados sugerem que, considerando o perfil global, os sujeitos do grupo DS têm modelos internos dinâmicos negativos de si (o que se traduz em maior ansiedade) e dos outros (o que se reflecte em menor confiança nos outros e menor conforto com a proximidade). A combinação de modelos internos dinâmicos e modelos internos dinâmicos negativos do outro, corresponde, na categorização de Bartholomew e Horowitz (1991), ao padrão de vinculação Amedrontado.

No grupo DS a percentagem de indivíduos classificados como seguros é significativamente mais baixa do que no grupo C. A maioria dos sujeitos é classificado como não seguro, no entanto não há um padrão não seguro que se destaque particularmente dos outros. De qualquer modo, somando o número de sujeitos na categoria desligado (*dismissing-avoidant*) e amedrontado (*fearful-avoidant*), conclui-se que é nestas duas categorias que os sujeitos do grupo DS são mais frequentemente classificados. Estes padrões têm em comum modelos internos dinâmicos dos outros negativos.

Analisando as diferenças entre os dois grupos, dentro dos padrões não seguros, é quando consideramos o padrão *amedrontado* que o contraste se torna mais evidente, sendo este padrão claramente mais frequente na população Toxicodependente (n=13 no Grupo DS e n=2 no grupo C). Os indivíduos com este padrão de vinculação têm necessidade de se aproximar de uma figura de vinculação, parecem perceber as ameaças do mesmo modo que os indivíduos preocupados, mas não sentem suficiente confiança na sua disponibilidade nem na sua própria capacidade de serem amados e confortados, não vendo por isso a aproximação da figura de vinculação como uma alternativa viável para lidar com o sofrimento. Estes indivíduos utilizam estratégias de desactivação, tipicamente evitantes, mas sem sucesso. Assim, estas estratégias entram em colapso, sobretudo em situações de muito stress, não tendo estes indivíduos uma estratégia de vinculação definida (Shindler, 2005). Na ausência de uma estratégia eficaz para regular o afecto negativo, o consumo de substâncias pode ser visto como uma forma artificial de desactivar o sistema de vinculação, sendo uma tentativa de lidar com a elevada ansiedade sem recorrer ao outro, utilizando um objecto controlável, que faz a função de *base segura* (Ainsworth, 1967), sendo utilizado na regulação afectiva. Do ponto de vista da teoria da vinculação, a toxicodependência pode ser vista como uma forma de lidar com a ansiedade da

vinculação, diminuir o sofrimento emocional e regular as relações interpessoais (Shindler et al., 2005).

O padrão *desligado* do modelo de Bartholomew e Horowitz (1991) pode estar sub-representado em relação à sua prevalência na população toxicodependente. Uma vez que os indivíduos classificados como desligados têm modelos positivos de si e modelos negativos dos outros, será de prever se envolvam menos em tratamento do que sujeitos com outros padrões de vinculação. Caspers, Yucui, Troutman e Spinks (2006) mostraram que os sujeitos classificados como evitantes na AAI eram os que menos se envolviam em tratamento, apesar de poderem terem problemas de abuso de substâncias. Apesar da categoria evitante da AAI e desligada do modelo de Bartholomew e Horowitz (1991) não terem uma correspondência directa, a falta de confiança necessária para procurar apoio junto de uma figura de vinculação, em tempos de stress e sofrimento, é característica de ambas as categorias. Uma vez que todos os sujeitos da amostra DS estão a ser seguidos por instituições ligadas ao tratamento da toxicodependência, podemos pressupor que os indivíduos toxicodependentes que têm, de facto, um padrão evitante, não tenham participado no estudo, pois mais dificilmente se envolveriam no tratamento.

No que toca à utilização das defesas, o único factor, tendo em conta a estrutura factorial da população portuguesa (Amaral, 2008), em que os sujeitos do grupo DS pontuaram significativamente acima dos sujeitos do grupo C foi o factor *defesas neuróticas*, composto pela *supressão, negação e dissociação*. Este factor da versão portuguesa contém duas defesas imaturas da estrutura factorial da versão original (Andrews, 1993), a negação e dissociação, e uma defesa considerada madura, a supressão. No caso da amostra em estudo, a maioria dos sujeitos foi classificada em categorias que têm subjacentes modelos internos dinâmicos negativos do outro (desligado e amedrontado), a que se associa uma desvalorização das ameaças e do próprio sofrimento, objectivo que parece estar também subjacente à utilização dos mecanismos de defesa que compõem o factor defesas neuróticas.

A supressão pode ser conceptualmente aproximada daquele que Bowlby (1980) considera ser o mecanismo defensivo inerente às estratégias de desactivação características do padrão evitante, a *exclusão defensiva*, que consiste em manter fora da consciência conteúdos específicos que causem sofrimento relacionado com a vinculação. A *segregação de sistemas principais*, outro dos mecanismos descritos pelo autor, aproxima-se, em termos teóricos, mais da dissociação e da clivagem e consiste em manter sectores da consciência segregados. Cada um desses sectores tem autonomia própria.

Embora seja considerada uma defesa madura (Andrews, 1993; APA, 2002), a supressão de pensamentos pode ter vários efeitos, só se tornando eficaz se estiver acompanhada de estratégias defensivas que redireccionem a atenção para pensamentos não relacionados com o pensamento suprimido. Caso isto não aconteça, os pensamentos suprimidos tenderão a voltar à consciência criando uma hiper-vigilância e um aumento da consciência do pensamento que está a ser evitado (Fraley & Shaver, 1997). Os resultados não evidenciam uma maior utilização de defesas imaturas no grupo com dependência de substâncias, sendo que ambos os grupos obtêm pontuações que não diferem entre si. Além disso, tal

como acontece no grupo de controlo, os sujeitos do grupo DS utilizam preferencialmente defesas maduras, obtendo até pontuações mais altas (não estatisticamente significativas) em mecanismos de defesa específicos como o humor e a antecipação. Estes resultados estão em contraste com os dados referidos na literatura (Comings, McMurray, Johnson, Dietz, & Mulheim, 1995). No entanto, há que considerar o facto de todos os sujeitos desta amostra se encontrarem em tratamento, incluindo a psicoterapia, o que poderá estar na base deste funcionamento mais saudável. Por outro lado, a falta de consenso sobre uma taxonomia das defesas (Bond et al., 1993) pode dificultar a interpretação dos resultados.

Tendo em conta os mecanismos de defesa específicos, os sujeitos do Grupo DS pontuam significativamente mais alto na Clivagem/Polarização e na Supressão. A *Supressão* faz parte do factor *defesas neuróticas* e pode ser associada a estratégias secundárias de regulação do afecto, segundo a teoria da vinculação. A clivagem pode ser, tal como a dissociação, associada à *segregação de sistemas principais*. Este mecanismo de defesa é de extrema importância na compreensão da Toxicodependência. Autores de formação psicanalítica, têm muitas vezes aproximado esta patologia às patologias limite (*Borderline*) da personalidade (Kernberg, 1977; Braconnier, 1987). Efectivamente, vários estudos apontam para a elevada comorbilidade entre estas duas perturbações (Conrod & Stuart, 2005; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2002) e Kernberg (1977), nos seus trabalhos sobre os estados-limite, define precisamente como mecanismo central de funcionamento da *Patologia Borderline* a clivagem (*spliting*).

Relativamente às escalas do EMBU, os sujeitos do grupo DS reportam mais rejeição de ambos os pais, mas não se distinguem dos sujeitos do grupo C em termos de Suporte Emocional. A pontuação obtida pelos sujeitos do grupo C fica abaixo da pontuação da média observada no estudo de Canavarro (1996) o que pode provavelmente relacionar-se com o facto do grupo C ser de um estatuto socioeconómico muito mais baixo do que o grupo da amostra de adaptação da escala. Além de diferir a nível da Rejeição de ambos os pais, o grupo DS apresenta também níveis mais elevados de Sobreprotecção, o que se enquadra no estilo de cuidados parentais geralmente referidos pelos Toxicodependentes, caracterizados por um controlo sem afecto (*affectionless control*) (De Jong, 1991; Emmelkamp & Heeres, 1988; Anderson & Eiseman, 2003; Shwitzer & Lawton, 1998). Tal como nos estudos anteriores, as dimensões relativas ao pai parecem ser particularmente diferentes entre os grupos. Em grande parte dos casos, a análise do contexto familiar permite compreender a toxicodependência como um sintoma de interacções disfuncionais entre os vários membros da família (Braconnier et al., 2007).

Relativamente ao ambiente familiar precoce, é de salientar, também, que no grupo DS 12 dos sujeitos não responderam às questões sobre o pai, porque não conviveram com ele ou com qualquer outra figura substituta. No grupo C nenhum dos sujeitos abordados se encontrava nesta situação. Efectivamente, a perda e as patologias do luto têm sido frequentemente associadas à toxicodependência (Braconnier, 2007).

Em termos de Sintomatologia Psicopatológica, os sujeitos do grupo DS apresentam mais sintomas de depressão, obsessões-compulsões e psicoticismo. Apresentam também resultados mais elevados no Índice Geral de Sintomas (IGS) e Índice de Sintomas Positivos (IGS). Uma vez que não diferem no Total de sintomas positivos, pode-se concluir que as diferenças entre os grupos se relacionam não com a presença de sintomas (uma vez que não diferem no ISP; que se reporta ao número de sintomas positivos), mas com a sua frequência e intensidade.

Os resultados mais elevados na escala de Psicoticismo estão particularmente associados à variável grupo. Há que ter em conta que, nesta escala, são consideradas dificuldades cognitivas gerais, que podem ser mais elevadas no grupo DS como resultado do consumo de substâncias ao longo da vida. Esta escala fornece um contínuo desde o isolamento pessoal ligeiro à evidência dramática de psicose. Ainda que os grupos difiram nesta dimensão, os resultados de conjunto do grupo DS não estão muito acima da norma (sensivelmente um desvio-padrão acima) para a população normal, sendo até a média do grupo inferior à média do Grupo com Perturbação Emocional da amostra normativa. Podemos, pois, concluir que a sintomatologia psicopatológica não foi um factor que pudesse enviesar os resultados, visto que não se encontrava significativamente acima da média. Os resultados globais do grupo C, são resultados médios considerando os dados normativos (*cf.* Tabela 13, Anexo I).

Uma vez que a grande maioria dos sujeitos em estudo estava sem consumos no último mês, a interpretação dos sintomas nos últimos 15 dias pode ser vista não como uma resultante dos consumos, mas como uma resultante da sua interrupção. Assim, a elevação na escala psicoticismo pode ser compreendida como resultado de dificuldades relacionais do sujeito, associadas a um estilo de vida esquizóide, uma vez que, privado da substância, o sujeito não se sente confortável na interacção com o outro; por outro lado, o consumo de substâncias pode ser, para os sujeitos psicóticos, uma forma de mascarar ou justificar os sintomas (Bergeret, 1998), que emergiriam com a interrupção dos consumos. Há que ter em conta que, embora os sujeitos com diagnóstico conhecido de psicose primária fossem exlcuídos, alguns dos sujeitos entrevistados relataram episódios de psicose aguda devida ao consumo excessivo de substâncias, sobretudo alucinogénios, não ficando muito claro e bem delimitado o significado clínico desses episódios (isto é, se foram episódios de intoxicação aguda ou sintomas que se inscrevem numa estrutura psíquica frágil).

Relativamente ao resultado mais elevado nas obsessões-compulsões, este vai no mesmo sentido do estudo de Teixeira (2005), que, estudando um grupo de toxicodependentes, verificou que eram estes os sintomas mais frequentes nesta população. O comportamento toxicodependente facilmente se associa ao comportamento obsessivo-compulsivo, sendo um comportamento robotizado e defensivo contra a emergência de angústias. Assim, na ausência da substância, os sujeitos desenvolveriam sintomas deste tipo.

Quanto aos valores mais altos na subescala depressão, esta é uma das perturbações mais vulgarmente associadas ao consumo de substâncias (Conrod & Stewart, 2006; Braconnier, 2007). Uma fragilidade depressiva primária

(Bergeret, 1998) parece estar na origem de muitos consumos de drogas. O consumo da substância pode ser entendido como uma tentativa de auto-medicação; assim, na ausência da substância, emergiriam novamente sintomas depressivos. A não elaboração dos lutos poderá estar na origem deste funcionamento psíquico (Braconnier, 2007).

Hipótese H2

A integração das imagens mentais de diferentes cuidadores é uma das questões centrais que se levanta quando consideramos medidas retrospectivas para mais de um cuidador (Bretherton, 1958; Cassidy, 2007). A análise das correlações entre as escalas do EMBU mostra que o estilo de cuidados parentais é recordado pelos sujeitos de modo semelhante. Isto é, os sujeitos que recordam as mães como rejeitantes têm tendência a recordar os pais do mesmo modo (as duas escalas estão positivamente correlacionadas). O mesmo se estende à dimensão sobreprotecção. A correlação mais forte é entre o Suporte Emocional do Pai e da Mãe. Estes dados sugerem que, de um modo geral, os sujeitos tendem a recordar o Pai e a Mãe de forma semelhante.

De qualquer modo, há que reter as semelhanças das memórias entre cuidadores, que remetem para um estilo de vinculação e memórias de infância associadas que será característico do sujeito independentemente da figura de vinculação considerada. Não obtivemos resultados que sugiram disparidades nas memórias de infância entre cuidadores, remetendo para a possibilidade de a criança desenvolver estratégias de vinculação e modelos internos dinâmicos diferentes em função do cuidador (Bretherton, 1985; Cassidy, 2007). Além disso, a Sobreprotecção do Pai e a Rejeição do Pai estão também correlacionadas de forma positiva. O mesmo se aplica às práticas de rejeição e sobreprotecção da Mãe. Estes resultados vêm reforçar os dados que sugerem um estilo de cuidados parentais característico das famílias com filhos toxicodependentes marcado pela rejeição e falta de afecto e apoio, mas também pela protecção e controlo excessivos, que de algum modo frustram as tentativas de autonomização. Este estilo de cuidados parentais é referido na literatura como um controlo sem afecto (*affectionless control*) (De Jong, 1991; Emmelkamp & Heeres, 1988; Anderson & Eiseman, 2003; Shweitzer & Lawton, 1989). Uma vez que a maioria dos sujeitos em estudo é classificado em padrões não seguros de vinculação, os resultados estão de acordo com a concepção de que representações dos pais ambivalentes, frias e rejeitantes se associam com os padrões de vinculação ansioso e evitante (Mickelson, Kessler, & Shaver, 2006; Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

A dimensão *Ansiedade* da vinculação do adulto está correlacionada com a Rejeição do Pai e da Mãe. As restantes práticas de cuidados parentais não apresentam correlações significativas com esta dimensão. Estando a alta ansiedade relacionada com modelos internos dinâmicos negativos do *self*, que se formam a partir da interacção precoce com o cuidador, os resultados corroboram a hipótese de que estes modelos se formam na interacção do dia-a-dia com os cuidadores, e são actualizados nas relações que são estabelecidas na idade adulta (Bowlby, 1969; Fonagy, 2001; Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

O *Conforto com a Proximidade* não está correlacionado com nenhuma dimensão do EMBU. O mais previsível seria que o conforto com a proximidade se associasse ao suporte emocional dos pais. Os sujeitos do Grupo DS obtêm pontuações baixas quer para o suporte emocional de ambos os pais, quer para o conforto com a proximidade. Assim, os dados sugerem que a memória do Suporte Emocional na infância não é muito frequente, estando, pela sua pouca relevância no estilo de cuidados parentais, na origem da formação de modelos internos dinâmicos positivos de si ou do outro.

A dimensão *Confiança nos outros* está negativamente correlacionada com a Rejeição da Mãe. A percepção, por parte da criança, de uma mãe pouco responsiva e sensitiva, levaria a que esta construísse uma representação interna (modelos internos dinâmicos) negativos dos outros, não tendo confiança na sua disponibilidade e capacidade de estar presente em tempos de necessidade. A rejeição do Pai não se correlaciona com a confiança nos outros. Podemos entender esta diferença entre o pai e a mãe pela diferença de papéis, uma vez que a mãe é mais precocemente a figura a quem a criança mais recorre em tempos de necessidade, sendo também aquela que mais investe na criação de um laço – *bonding* - com a criança (Ainsworth, 1967); muitas vezes o contacto com o pai é mais escasso e assenta noutros aspectos que não remetem para a sensitividade às necessidades da criança e capacidade para lhes responder, mas para uma vinculação mais assente nas vertentes lúdicas e resolução de problema, ainda que a natureza desta vinculação permaneça pouco clara.

Relativamente aos Mecanismos de Defesa observados, verifica-se que a ansiedade está positivamente correlacionada com todas as escalas que agrupam mecanismos de defesa imaturos. Assim, os indivíduos ansiosos utilizam defesas mais regressivas para lidar com a angústia. Se considerarmos as defesas específicas, a ansiedade da vinculação correlaciona-se positivamente com a utilização de treze mecanismos de defesa, nenhum deles maduro, sendo 12 deles definidos como imaturos na versão original da escala (Andrews, 1993).

Os indivíduos mais ansiosos parecem utilizar várias estratégias defensivas para fazer face à angústia, sendo estas estratégias pouco adaptativas.

Em termos de mecanismos de defesa específicos, aquele que mais fortemente se correlaciona com a ansiedade é a clivagem, que tem uma aproximação conceptual com a segregação de sistemas principais proposta por Bowlby (1980). O autor considera que, muitas vezes, os adultos têm modelos internos dinâmicos acessíveis à consciência que estão em conflito com modelos internos dinâmicos formados na infância e que são contraditórios com os modelos conscientes, desenvolvidos a partir de outras experiências. Esta situação de confusão interna pode estar na base da oscilação e instabilidade entre a imagem que o sujeito tem de si e dos outros (muito bom ou muito mau, anjo ou demónio) e na utilização da clivagem como mecanismos defensivo.

O Conforto com a proximidade apenas se relaciona com um mecanismo de defesa maduro, a sublimação. De facto, tendo em conta a perspectiva de Bowlby (1980), seria de esperar que o Conforto com a Proximidade, que está na base de um Padrão seguro de Vinculação, não se relacionasse com muitos mecanismos de defesa. Os indivíduos seguros (com alta confiança nos outros) tenderão a recorrer à proximidade com a figura de vinculação em situações de

stress, sendo esta a sua estratégia primária de regulação afectiva. Por outro lado, a segurança da vinculação (para a qual o conforto com a proximidade contribui fortemente, juntamente com a confiança) está associada ao desenvolvimento da capacidade de mentalização e simbolização, bem como à capacidade do sujeito se desligar da necessidade concreta da presença do outro, passando a ser mais autónomo e capaz de se auto-regular afectivamente (Fonagy, 2001). Uma maior energia fica disponível para investir a outros níveis, de um modo geral. Assim, a capacidade de sublimação surge ligada ao desenvolvimento de aspectos mais saudáveis do Ego, no contexto de uma relação de vinculação marcada pela segurança.

A *Confiança nos Outros* está correlacionada negativamente com as defesas imaturas no seu conjunto e com várias defesas específicas. A incapacidade de recorrer ao outro e senti-lo como disponível em tempos de necessidade surge assim associada a estratégias secundárias de regulação do afecto, mais regressivas, tal como sucede com a ansiedade.

De um modo geral, pode-se dizer que o conforto com a proximidade está associado a um funcionamento mental mais saudável e adaptativo, enquanto a baixa confiança no outro (modelos internos dinâmicos negativos do outro) e a alta ansiedade (modelo interno dinâmico negativo de si) se relacionam com um funcionamento menos adaptativo, com recurso a defesas mentais mais regressivas, mais dispendiosas para o ego e associadas à psicopatologia.

Os resultados no BSI vão no mesmo sentido: a *Ansiedade* está correlacionada com o aumento de sintomas psicopatológicos em todas as nove subescalas à excepção da somatização. O conforto com a proximidade apenas apresenta uma correlação negativa, significativa, com a Sensibilidade Interpessoal. Mais uma vez, o conforto com a proximidade aparece ligado ao funcionamento saudável, enquanto a baixa confiança e baixa ansiedade surgem ligadas à sintomatologia psicopatológica. Estes resultados corroboram os dados da literatura que ligam a segurança da vinculação à saúde mental e os padrões não seguros a várias manifestações psicopatológicas (Milkulincer & Shaver, 2007)

Hipótese H3

Uma vez que nenhuma das escalas do EMBU (memórias de infância) se correlaciona com a dimensão conforto com a proximidade, a análise de regressão múltipla não foi efectuada para esta dimensão.

Quanto à dimensão ansiedade, verificou-se que apenas a clivagem tem um poder preditivo. A rejeição da mãe fica no limiar de significância estatística. Uma vez que os mecanismos de defesa emergem na primeira infância (Freud, 1925), pode-se especular que a utilização de determinados mecanismos de defesa seja um factor que contribui para a continuidade entre as experiências na infância e a vinculação do adulto. A clivagem remete para instabilidade na representação do eu e dos outros, oscilando entre o negativo e o positivo. Este modo de funcionamento pode associar-se à existência de modelos internos dinâmicos opostos relativos a si e aos outros, desenvolvidos em momentos diferentes, que são activados alternadamente (*segregação de sistemas principais*, segundo Bowlby, 1980). Por exemplo, um modelo interno dinâmico negativo

formado na infância, poderia ficar sempre latente, enquanto outros modelos internos dinâmicos, mais positivos, seriam desenvolvidos posteriormente, noutros contextos (Bowlby, 1980). Ainda que os modelos internos dinâmicos negativos, formados na infância, estejam "adormecidos", ou seja, não sejam conscientes, o sujeito que vive este paradoxo interno será sempre marcado pela instabilidade e dificuldades de regulação afectiva. Assim, a existência destes modelos internos dinâmicos discrepantes está na origem, segundo o modelo proposto, de dúvidas em relação ao próprio valor, receio de ser abandonado e percepção aumentada de ameaças à relação, ou seja, da ansiedade na vinculação. Estes resultados vão no mesmo sentido dos obtidos por Lopez (2001) que verificou que altos níveis de ansiedade estavam associados à clivagem da imagem do outro e do *self*.

Relativamente à dimensão confiança, verificou-se que tanto a rejeição da mãe como a clivagem determinam menores pontuações nesta dimensão. Assim, experiências com uma mãe rejeitante levarão a uma representação do outro como pouco confiável e incapaz de dar conforto em tempos de necessidade. A clivagem determinaria a dimensão confiança nos outros de modo semelhante ao que foi descrito para a dimensão ansiedade: a instabilidade relativa à imagem do outro estaria na origem da incapacidade de construir uma representação estável do outro como alguém capaz de responder às necessidades e dar conforto em situações de sofrimento.

A clivagem pode assim ser compreendida como um mecanismo de defesa associado a dimensões que determinam padrões não seguros de vinculação.

VI. Conclusões

Os resultados mais interessantes e relevantes da presente investigação prendem-se com a existência de diferenças estatisticamente significativas quando se consideram as três dimensões da vinculação medidas neste estudo (*Ansiedade*, *Conforto Com a Proximidade* e *Confiança nos outros*). Assim, conclui-se que a toxicodependência e os aspectos da vinculação estudados são variáveis correlacionadas, o que pode ser útil em investigações futuras e na prática clínica. É de salientar que, quando consideramos o conjunto das três VDs, o tamanho do efeito e o poder estatístico são suficientemente grandes para que se possam extrair conclusões válidas. Assim, e de um modo geral, o grupo toxicodependente é caracterizado por dimensões da vinculação que estão subjacentes a padrões não seguros, particularmente o padrão *amedrontado*, de Bartholomew e Horowitz (1991), que se relaciona de forma previsível teoricamente (Shindler et al., 2009) com as restantes variáveis em estudo, estando o padrão ligado a memórias de experiências precoces de rejeição e à utilização de estratégias secundárias de regulação do afecto (por oposição ao recurso à figura de vinculação), menos adaptativas.

As diferenças entre grupos nas memórias de infância corroboram os resultados já encontrados noutros estudos, sendo as memórias dos sujeitos toxicodependentes mais marcadas pela sobreprotecção e rejeição. As diferenças entre grupos, no que toca ao suporte emocional, não é significativa; os sujeitos

do grupo C, de estatuto socioeconómico baixo, têm pontuações mais baixas do que a amostra estudada por Canavarro (1996). O grupo DS obtém pontuações a nível dos mecanismos de defesa que diferem dos resultados de outros estudos, sendo as defesas maduras preferencialmente utilizadas. Ainda assim, quando se consideram defesas específicas, os sujeitos toxicodependentes recorrem mais à supressão e à clivagem. A pontuação elevada na clivagem relativamente ao grupo de controlo é particularmente interessante, uma vez que este mecanismos de defesa está, teoricamente, relacionado com o funcionamento mental característico da toxicodependência, considerada, pelos autores de orientação analítica (Braconnier, 2007; Bergeret, 1998), como uma forma de patologia estado-limite (*Borderline*), marcada pelos aspectos depressivos, o luto patológico e a instabilidade interna (resultante da utilização da clivagem como mecanismo preferencial). Kernberg (1977) considera a clivagem como o mecanismo de defesa central da perturbação *Borderline*.

A análise da regressão permitiu ter uma visão conjunta das memórias de experiências precoces (mais concretamente da rejeição da mãe) e da utilização da *clivagem* enquanto preditores das dimensões da vinculação do adulto estudadas. Ambas as variáveis contribuem parcialmente para estas dimensões; a clivagem parece ser um melhor estimador de maior *Ansiedade* da vinculação no adulto e menor *Confiança nos Outros*. Estes resultados sugerem que os mecanismos de defesa poderão estar na base da continuidade entre a experiência precoce e a vinculação do adulto (associando-se a outros factores, como a personalidade), o que poderá ser útil na compreensão do funcionamento mental característico da toxicodependência.

O estudo tem algumas limitações que é importante referir; uma delas prende-se com a natureza dos instrumentos utilizados, que se reportam a características actuais dos sujeitos (representações dos pais, mecanismos de defesa e dimensões da vinculação). Estudos longitudinais poderiam esclarecer sobre a sequência dos fenómenos em causa e trazer uma concepção mais clara acerca da experiência precoce.

Outra das limitações diz respeito à sub-representação de sujeitos do sexo feminino. Contudo, uma vez que a amostra estudada é uma amostra de conveniência, onde foram incluídos os sujeitos em tratamento nas instituições contactadas, este dado pode apenas ser reflexo do facto de haver menos mulheres em tratamento. De todo o modo, a diversificação da amostra toxicodependente, não só tendo em conta o sexo mas também variáveis como a escolaridade (que na amostra estudada é muito baixa, havendo poucos sujeitos com frequência de ensino superior), poderia trazer mais riqueza ao estudo. Em alguns casos o poder estatístico do estudo ficou aquém dos .80 convencionados na literatura para extrair conclusões válidas. Seria, portanto, importante estudar uma amostra maior, para refinar a percepção de diferenças entre os grupos.

Bibliografia

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall. (1978). *Patterns of attachment.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth (1967). *Infancy in Uganda:Infant care and the growth of love*. Baltimore:Johns Hoppkins University Press

Alexander, K.W.,Quas, J.A., & Goodman, G.S.(2002). Theoretical advances in understanding children's memory for distressing events:The role of attachment. *Developmental Review, 22*, 490-519

Amaral, I.(2008). Versão Portuguesa do DSQ-40.Tese de Mestrado.Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação:Coimbra

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - texto revisto. (4ª ed)*. Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3rd ed)*. Washington (DC):American Psychiatric Association.

Anderson, R.R., & Lawton, P.A.(1998).Drug abusers perceptions of their parents.*British Journal of addiction,84*, 209-314

Anderson,P., & Eismann. (2003).Parental rearing and individual vulnerability to drug addiction: a controlled study in a swedish sample.*Nord Journal of Psychiatry, 57*,147-156

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The defense style questionnaire. *The Journal of nervous and mental diseases, 181*, 4, 246-256.

Barone, L., Lingiardi V., & Maffei, C. (1996) Attachment patterns and defense mechanism in personality disorders: a preliminar study.*European Psychiatry, 11*, 238-248

Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology,61*, 226–244.

Belsky, J., & Rovine, M. (1987). Teperament and attachment security in the Strange Situation: An empirical rapprochement. *Child Development, 58*, 787-795.

Belsky, J.,& Fearon, R.M.(2007). Percursors of attachment Security.In Cassidy, J. & Shaver, P. (eds)., *Handobook of attachment.:Theory, research and clinical implication*(pp-295-310).New York:Guilford

Bergeret, J., Bécache, A.,Boulanger., J-J.,Chartier, P.(1998).*Psicologia patológica:Teórica e clínica*.Lisboa:Climepsi Editores

Filho, H.C, Borges, &, C.F.(2008).*Uso de Susbstâncias: Álcool, Tabaco e Outras Drogas*:Gestão de Problemas em meio escolar.Lisboa:Coisas de Ler Edições

Bernier, A. & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachmentresearch.*Psychotherapy:Theory/Research/Practice/Training, 39*, 32-43.

Bond, M., Gardner ST. Christian J., & Sigal JJ (1983): Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry, 40*, 333-338.

Bowlby,J (1958).The Nature of the childs tie to his mother. *International Journal of psycho-analysis,39*,350-373

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss. Attachment*. New York:Basic Books

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*: *Loss*. New York: Basic Books.

Braconnier,A., Corbobesse, F., Deschamps, F., Duriez, N., Gailard-Janin, N., Jourbet-Chain, C., Laugier, F., & Saint-Georges, C.(2007). *Manual de Psicopatologia*. Lisboa:Climepsi Editores

Branstetter, S.A., Bower. E.H., Kamien, J., & Amass, L.(2008) A history of sexual, emocional, or physical abuse predicts adjustment during opioid maintenance treatment.*Journal of Substance Absuse Treatment, 34*, 208-214

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters. *Growing points of attachment theory and research. Monographsof the Society for Research in Child Development, 209*. 3-35.

Bretherton, I., & Munholland, K.A. (2007).Internal Working Models in Attachment Relationships: elaborating a central construct in Attachment theory. In Cassidy, J., & Shaver, P. *Handobook of attachment:Theory, Research an clinical applications* (pp102-114).New York:Guilford Press

Canavarro, M.C., Dias, P.,& Lima., M.(2006).A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da addulto attachment scale ASS-R na população portuguesa.*Psicologia XX (1)*,11-36

Canavarro, M.C. (1996).A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos.*Psychologica, 16*, 5-18

Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I.. In Simões, M., Gonçalves, M. & Almeida L. (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II) (pp. 96-109), Braga: SHO.

Cassidy, J., & Shaver, P. (2007), (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implication*. NY: Guilford Press.

Cassidy, J. (2007). The nature of the child's tie. In Cassidy, J. & Shaver, P. (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* (pp. 3-20). New York: Guildford.

Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology,58*, 644-683.

Comings, D.E., McMurray, J.,Johnson, P., Dietz, &Muhleman,D.(1995). Dopamine D2 Receptor Gene(DRD2)Haplotypes and the defense style questionnaire in substance abuse, tourette syndorme and controls.*Biological Psychiatry*,37,798-805

Conrod, P.J., & Stweart, S.H. (2005). A critical look at dual focused Cognitive-Behavioural treatments for comorbid substance use and psychiatric Disorders: Strenghts, Limitations an Future Directions. *Journal of cognitive psychother*apy,16, 261-284

Cooper, M.L., Shaver, P.R., & Collins (1998).Attachment styles , emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and social Psychology, 74*, 1380-1397

Caspers, K.M., Yucuis.R., Troutman, B., & Spinks, R. (2006).Attachment as an organizer of behavior:implications fpr substance abuse problems and willingness to seek treatment. Substance abuse treatment, Perevention, and policy, *1*, 1-10

De Jong, C.A., Harvefeld, F.M., van der Wlelen, G.E.M., & van der Stank, C.P F. (1991). Memories of parental rearing in alcohol and drug addicts: A comparatwe study. *International Journal of Addiction,23*, 207-216.

Dozier, M., Stovall, K. C., & Albus, K. E. (2007). Attachment and

psychopathology in adulthood. In J.Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp.497–519). New York:GuilfordPress.

Emmelkamp P. M. G., & Heeres H.(1988) Drug addiction and parental rearing style: A controlled study. *International. Journal of Addiction.* 1988; 23(2)207–216

Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman,A.(2003).The drug user husband and his wife:Attachment styles,family cohesion and adaptability. *Substanse Use and Misuse, 38*, 271 -292

Freud, S. (1915-1916). Introductory lectures on psycho-analysis. Parts I & II. In Strachey, J. (Ed.) (1966). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. v.15*. London: The Hogarth Press.

Freud, S. (1923-1925). The ego and the id and other works. In Strachey, J. (Ed.) (1966). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. v.19*. London: The Hogarth Press.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele., H., Kennedy, R., & Matoon, G.(1996).The relation af attachment satus, psychiatric classification and response to psychoteherapy.*Journal of counselling and consultinh psychology, 64,* 22-31

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.

Fraley, R.C., & Shaver, P.R.(1997).Adult attachment and the supression of unwanted thoughts.*Journal of Personality and social Psychology, 73*, 1080-1091

Guedeney, N., & Guedeney, A.(2004).*Vinculação-Conceitos e Aplicações.* Lisboa: Climepsi Editores

Haan, N. (1977).*Coping and defending: Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511–524.

Insel, T.R, (2003).Is social attachment an addictive disorder?.*Physiology and Behavior., 79*, 351-357

Kernberg, O.F.(1977).The structural diagnosis of Borderline personality organization.In *Borderline Personality disorders: The concept, the syndrome, the patient*. Narcotaliis, P. (ed).New York:International University Press

Kittler, J.E., Menard, W. & Phillips, K.A. (2007). Weight concerns in individuals with body dysmorphic disorder. *Eating Behaviors*, *8*, 115–120.

Kohut, H.(1977). *The Restauration of the Self.*New York:International University Press

Levy,K.N., Blatt, S.J., & Shaver, P.R. (1998).Attachment styles and parental representation.*Journal of Personality and Social Psychology,74*, 407-419

Lewis.M(1994).Does attachment imply a relationship or a multiple relationshiop? *Psychology Inquiry, 5*, 47-51

Lopez, G. (2001).Adult Attachment Orientations, Self-Other Boudanry Regulation, and splitting tendencies in a college sample.*Journal of Counseling Psychology,48*, 440-446

Main, M., & Hesse, E. (1990).Parent's unresolved traumatic experiencies are related to infant disorganized attachment status: Is frightened an/ or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greene, M., Chiceti, D., & Cummings, E.M.(eds), *Attachment and Preschool years: Theory , Research, and Intevention* (pp 161-182).Chicago:University of Chicago Press

McNally, A.M., Palfai, T.P., Levine, R.V., & Moore, B.M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: the mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, *28*, 1115–1127.

Mickelson, K.D., Kessler, R.C., & Shaver, P.R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 73,* 1092–1106.

Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood.* New York: Guilford.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

Paixão, B. (2008).Acontecimentos Traumáticos e PTSD:estudo comparativo entre sujeitos toxicodependentes e não toxicodependentes.Tese de Mestrado.Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação:Coimbra

Panksepp, J.(1977).*Affective Neuroscience*. New York:Oxford

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L.B.(1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medecine Psychology, 53,* 1-10

Paulli-Pot, U., & Mertesacker, B.(2009).Affect expression in mother-infant interaction and subsequent attachment development. *Infant Behavior an Development, 37*,1-8

Perris, C., Jacobson, L.,Lindstorm, H., vom knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for accessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiyarica Scandinavica, 61*, 265-274

Raketic, D.,Kovacevic,M., & Djuric(2009),Women addiction and defense mechanism style.*European Psychiatry, 24*, 35-78

Riggs, A., Paulson, A., Tunnell, E., Sahl, G., & Atkinson,H., & Ross, C.A. (2007) Attachment, personality, and psychopathology among adult inpatients:Self-reported romantic attachment style versus Adult Attachment Interview states of mind. *Development and Psychopathology 19*, 263–291.

Riggs, A., Sahl, G., Greenwald, E; Atkinson, H; & Paulson, A. (2007). Family Environment and Adult Attachment as Predictors of Psychopathology and Personality Dysfunction Among Inpatient Abuse Survivors. *Violence and Victims,5,* 577-600.

Riggs, S.A., & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents' representations of early attachment relationships: associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 195–204.

Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C., & Magarinho, R.(2004).Memórias de cuidados da infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas:Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica, 22,* 643-665

Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 244–253.

Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.M., Gemeinhardt, B., Kustner, U.J., &

Eckert, J.(2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development, 7*, 207–228.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, *4*, 133–161.

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality, 39,* 22–45.

Shindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., & Sack, P.M.(2009).Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment and Human Development, 11*, 307-330

Shweitzer, R.D., & Lawton, A.P. (1989).Drugs Abuser's perceptions of their parents.*British Journal of addicition, 84,* 309-314

Tabachnik, B.G., & Fidell, L.S. (1996*). Using multivariate statistics (3rd ed)*. New York: HarperCollins.

Teixeira, J.M., & Fernandes, R.P. (2005).Comorbilidade psiquiátrica em heroinodependentes de rua.*Saúde Mental, 7,* 11-14

Thorberg, F.A., & Livers(2006).Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients ins substance disorder facilities. *Addictive Behaviors,31*, 732-727

Tulving.E.(1972).Episodic and semantic memory.In E.Tulving & W.Donaldson (Eds).*Organizations of Memory*.New York:Academin Press.Inc

Trull, J.T., Kenneth, J.S., Minks-Brown, C., Durbin, J., Rachel, B.(2000). *Borderline Personality Disorder and substance use disorders: a review and integration, 20*, 235-243

Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptative ego mechanisms: a 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry, 24*, 2, 107-118.

Vaillant, G. E. (1976/1993). *The wisdom of the ego*. Cambridge: Harvard University Press.

Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 44-50.

Van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 8–21.

Walant, K.B.(1995).*Creating the capacity for attachment:treating addictions and the alienated self.*Northvale:Jason Aronson Inc

Weiss, R.S., (1991).The attachment bond in childhood and adulhood. In P.Marris, J Stevenson-Hinde & C.Parkes(eds). *Attachment across the life cycle* (pp.66-76).New York:Routledge

Zimmer Hofler, & D., Kooyman, M. (1996). Attachment transition and therapeutic Bonding-An integrative approach.*Journal of substance abuse treatment*, 13, 511-519

ANEXOS

ANEXO I

Tabelas

Tabela 1. Anova para as variáveis Escolaridade e Idade

	Grupo DS (n=65)		Grupo C (n=65)			
	M	DP	M	DP	F	p
Escolaridade	8.569	2.889	9.446	4.654	1.666	.199
Idade	34.185	6.210	32.354	7.633	2.230	.138

Tabela 2. Qui-Quadrado para a Distribuição do Sexo nos dois Grupos

	Grupo DS (n=65)	**Grupo C (n=65)**		
	n (%)	N(%)	X^2	p
Feminino	12	12	.000	1.000
Masculino	53	53		

Tabela 3. Dados Relativos ao Padrão de Consumos

		n	**%**
Droga Principal	Heroína	39	60.0
	Cocaína(base)	21	32.3
	Haxixe	2	3.1
	LSD	2	3.1
	Álcool	1	1.5
Droga Inicial (Considerando substâncias ilícitas)	Cannabis	59	90.8
	Cocaína	2	3.1
	Heroína	3	4.6
	LSD	1	1.5
Idade Início Consumo Droga Inicial (Substâncias Ilícitas)	Mínimo	6	
	Máximo	38	
	Média	15.015	
	Desvio-Padrão	4.601	
Idade Início Consumos Droga Principal	Mínimo	8	
	Máximo	38	
	Média	18.339	
	Desvio-Padrão	5.298	
Número de Anos de Consumo da Droga Principal	Mínimo	3	
	Máximo	37	
	Média	15.569	
	Desvio-Padrão	6.342	

Idade Primeiros Consumos de Tabaco e/ou Álcool	Mínimo	6	
	Máximo	19	
	Média	12.846	
	Desvio-Padrão	2.938	
Substâncias de que Dependeu ao Longo da Vida	Heroína e Cocaína(base)	22	
	Heroína Cocaína e Haxixe	15	
	Heroína Cocaína Haxixe e Alcool	9	
	Heroína	9	
	Cocaína (base)	4	
	Haxixe	2	
	Álcool	1	
	Heroína/metadona/álcool	2	
	Todas as drogas na Lista	1	
Abuso de drogas Associadas a Contextos Recreativos		25	33.8
Tipo de Tratamento Actual	CT	47	72.3
	CT e Sub.Opiácea	1	1.5
	ET e Sub.Opiácea	6	9.2
	ET	8	12.3
	Entrevista em CT	2	3.1
	Antagonista	1	1.5
Consumos nos últimos 30 dias	Sem Consumos	58	89.2
	Haxixe	1	1.5
	Álcool	3	4.6
	Cocaína Espor.	3	4.6

Legenda:CT-comunidade Terapêutica; ET-Equipa de Tratamento para a Toxicodependência

Tabela 4.Dados Relativos ao Percurso Delinquencial

		n	%
Problemas com a Justiça	Não	24	36.92
	Sim	41	63.07
Tipologia do Crime	Tráfico de Estupefacientes	15	36.58
	Furto	16	39.02
	Tráfico e Furto	7	17.0
	Ameaças à Integridade Física	1	2.22
	Consumos (antes da Descriminalização)	2	4.44
	Desconhecido	1	1.5
Tipo de Pena	Prisão Efectiva	14	34.1
	Multa/Pena	23	56.1
	Suspensa	1	2.4
	Trabalho Comunitário		
	Tratamento Compulsivo	1	2.4
	Absolvição	2	4.9

Tabela 5.Motivação Para os Consumos

		n	%
Primeiros Consumos da Droga Principal	Influência Do Grupo de Pares	26	40.0
	Problemas Familiares	18	27.7
	Lidar com Emoções Negativas	3	4.6
	Perda de Pessoas Próximas	9	13.8
	Ligação Afectiva com Consumidor	3	4.6
	Nada em Particular	6	9.2
Recaídas	Lidar Com EmoçõesNegativas	23	35.4
	Desejo Intenso de Consumir	16	24.6
	Perda de Pessoas Próximas	12	18.46
	Influência do Grupo	5	7.692
	Problemas Familiares	4	6.15
	Ligação Afectiva com Consumidor	2	3.07
	Não houve paragens	3	4.6

Tabela 6. Comparação da Distribuição dos Padrões de Vinculação nos dois grupos, segundo o modelo de quatro categorias de Bartholomew e Horowitz (1991)

	Grupo DS (n=65)		Grupo C (n=65)			
	n	%	n	%	X^2	p
Seguro	25	38.5	46	70.8	17.874	.001
Desligado	10	15.4	7	10.8		
Preocupado	8	12.3	7	10.8		
Amedrontado	13	20.0	2	3.1		
NC	9	13.8	3	4.6		

Tabela 7. Comparação entre grupos considerando os 20 mecanismos de defesa medidos pelo DSQ-40

	Grupo DS (n=65)		Grupo C (n=65)					
	M	DP	M	DP	F	p	η^2	Obs. Power
Sublimação	4.642	1.459	4.750	1.079	.131	.719	.002	.065
Humor	4.210	1.410	3.854	1.624	1.680	.197	.013	.251
Antecipação	4.457	1.308	4.410	1.308	.010	.919	.000	.051
Supressão	4.164	1.349	3.523	1.242	7.891	.006	.058	.796
Denegação	4.123	1.362	3.641	1.407	3.912	.050	.030	.501
P. Altruísmo	4.127	1.218	4.215	1.296	.159	.691	.001	.068
Idealização	3.406	1.281	3.269	1.410	.323	.571	.003	.099
F. Reactiva	4.071	1.433	3.750	1.487	1.562	.214	.012	.237
Projecção	3.206	1.482	3.077	1.373	.265	.608	.002	.080
A. Passiva	3.129	1.330	3.242	1.308	.237	.627	.002	.077
Acting out	4.242	1.723	4.062	1.432	.420	.518	.003	.099
Desv.	3.617	1.264	2.523	1.324	.168	.682	.001	.069
Negação	3.266	1.445	3.092	1.481	.452	.502	.004	.102
F. Autística	3.475	1.672	3.139	1.510	1.418	.236	.011	.219
Desloc.	3.189	1.509	3.008	1.506	.446	.506	.003	.102
Dissociação	3.492	1.430	3.069	1.430	2.772	.098	.021	.379
Clivagem	4.444	1.603	3.800	1.444	5.757	.018	.043	.379
Raciona.	4.274	1.405	4.554	1.143	1.541	.217	.012	.234
Somatização	3.143	1.544	3.385	1.438	.847	.359	.007	.150
Isolamento	3.701	1.471	3.615	1.367	.119	.731	.001	.064

Tabela 8: comparação Entre Grupos Nas Dimensões e Índices Gerais do BSI

	Grupo DS (n=65)		Grupo C (n=65)					
	M	DP	M	DP	F	p	η^2	Obs. Power
Somatização	.729	.469	.603	.469	1.839	.177	.014	.270
Ob.Comp.	1.410	.728	1.133	.633	5.370	.022	.040	.633
Sens.Interp.	1.113	.821	1.087	.682	.039	.845	.000	.054
Depressão	1.411	.787	.976	.681	11.353	.001	.081	.917
Ansiedade	1.013	.611	.867	.500	2.240	.137	.017	.318
AnsiedadeF.	.494	.492	.447	.444	.325	.570	.003	.087
IdeaçãoP.	1.303	.759	1.343	.653	.107	.744	.001	.062
Psicoticismo	1.153	.646	.609	.552	28.305	.000	.181	1.00
Hostilidade	1.138	.831	.892	.616	3.656	.058	.028	.475
IGS	1.118	.579	.889	.445	6.360	.013	.047	.706
TSP	32.00	11.99	29.76	13.08	1.026	.313	.008	.171
ISP	1.773	.458	1.532	.350	11.310	.001	.081	.916

Legenda: Ansiedade F: ansiedade Fóbica, Ideação P.: Ideação Paranóide; IGS: Índice Geral de Sintomas; TSP:Toal Sintomas Positivos; ISP: Índice Sintomas Positivos

Tabela 9. Correlação entre as memórias de (Factores do EMBU) dos dois cuidadores (Pai e Mãe)

	R Pai	SE Pai	SP Pai	R Mãe	SE Mãe	SP Mãe
R Pai	-					
SE Pai	.138	-	.			
SP Pai	.364**	.138	-			
R Mãe	.308*	.053	.182	-		
SE Mãe	-.232	.656**	-.025	-.225	-	
SP Mãe	.249	.105	.628**	.280*	.103	-

*p<.01, **p<.05

Legenda: R Pai- Rejeição do Pai; SE Pai- Suporte Emocional do pai; SP Pai-Sobreprotecção do pai; R Mãe – Rejeição da Mãe; SE Mãe – Suporte Emocional da Mãe; SP Mãe –Sobreprotecção da Mãe

Tabela 10. Correlação entre as Dimensões da Vinculação avaliadas pela EVA e os factores do EMBU

	R Pai	SE Pai	SP Pai	R Mãe	SE Mãe	SP Mãe
Ansiedade	.282*	-2.50	.070	.283*	-1.28	.183
Conforto	.-.091	-0,27	.185	-118	.054	.187
Confiança	-1.32	.036	.-.249	-.252*	.107	.-100

*p<.01, **p<.05

Legenda: R Pai – rejeição do pai; SE pai – Suporte Emocional do Pai, R Mãe- Rejeição da Mãe; SE Mãe – Suporte Emocional Mãe; SP Mãe – Sobreprotecção Mãe

Tabela 11. Correlação entre as Dimensões da Vinculação (EVA) e as Defesas Definidas pelo DSQ-40

	Ansiedade	Conforto	Confiança
Sublimação	.039	.268*	.067
Humor	-230	.005	.194
Racionalização	.012	-.180	-.170
F.Autística	.347**	-.186	-.104
Clivagem	.491**	-.018	-.329**
Act.Out	.373**	-.178	-.437**
Projecção	.410*	-.043	-.331
Ag.Passiva	.279*	-.131	-.176
Negação	.405**	-043	-.331**
Dissociação	.246*	-.168	.004
Supressão	-041	-.082	-071
Somatização	.165	-.094	-.277*
PAltruísmo	.262*	-.048	-.232
F.Reactiva	.351*	-.040	-0.59
Deslocamento	.093	-.156	-.212
Idealização	.263*	-.049	-.318*
Antecipação	.114	.121	-.250*
Desvalorização	.326**	-.238	-.135
Isolamento	.374**	-.125	-.417**
Denegação	.322**	-147	-.023

**p<.01*p<.05

Tabela 12. Correlação Entre as Dimensões da Vinculação (EVA) e as Subescalas ou dimensões do BSI

	Ansiedade	Conforto	Confiança
Somatização	.243	-.078	-.205
Ob.Compulsões	.368**	-.240	-.311
Sens.Interpessoal	.492**	-.251*	-.368**
Depressão	.268*	-.200	-.320**
Ansiedade	.292*	-074	-364**
Ansiedade F.	..296*	-.104	-.159
Ideação Paranóide	.250*	-.007	-.384**
Psicoticismo	.355**	-225	-.283
Hostilidade	.210	-.131	-366**
IGS	.359**	-.184	-.392**
TSP	.289*	-.131	-.268*
ISP	.246*	-.167	-.341**

*p<.05,**p<.01

Tabela 13.Dados normativos para as pontuações do *BSI*

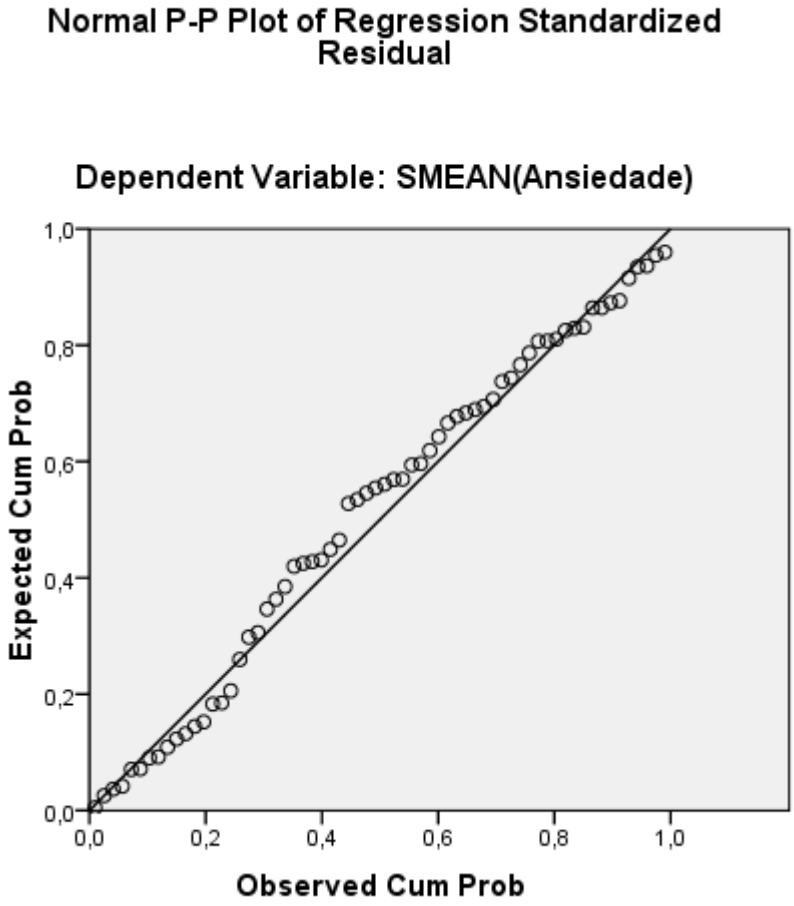
	Ind. pop. geral		Ind. pert. emoc.	
	Média	DP	Média	DP
Somatização	0.573	0.916	**1.355**	**1.004**
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	**1.924**	**0.925**
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	**1.597**	**1.033**
Depressão	0.893	0.722	**1.828**	**1.051**
Ansiedade	0.942	0.766	**1.753**	**0.940**
Hostilidade	0.894	0.784	**1.411**	**0.904**
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	**1.020**	**0.929**
Ideação Paranóide	1.063	0.789	**1.532**	**0.850**
Psicoticismo	0.668	0.614	**1.403**	**0.825**
IGS	0.835	0.480	1.430	0.705
TSP	26.993	11.724	37.349	12.166
ISP	1.561	0.385	2.111	0.595

(fonte: Canavarro, M.C. (2006). Inventário de Sintomas Psicopatológicos- B.S.I.. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds) *Testes e Provas Psicológicas em Portugal,* vol.II, Braga: APPORT)

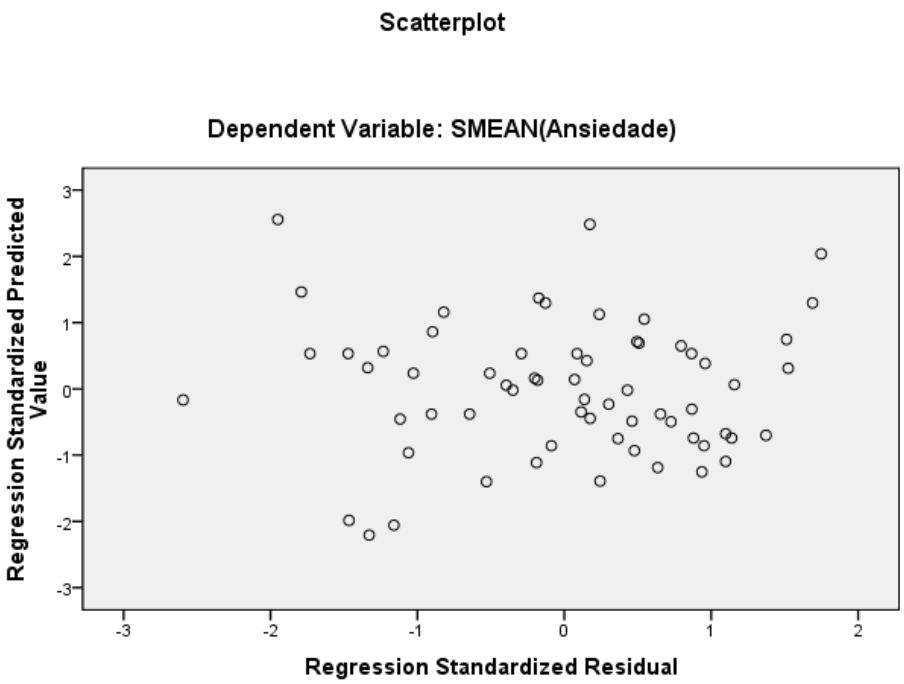
Anexo II

Verificação Gráfica dos Pressupostos para a técnica de Regressão Linear Múltipla

Variável Dependente: Dimensão da EVA *Ansiedade*

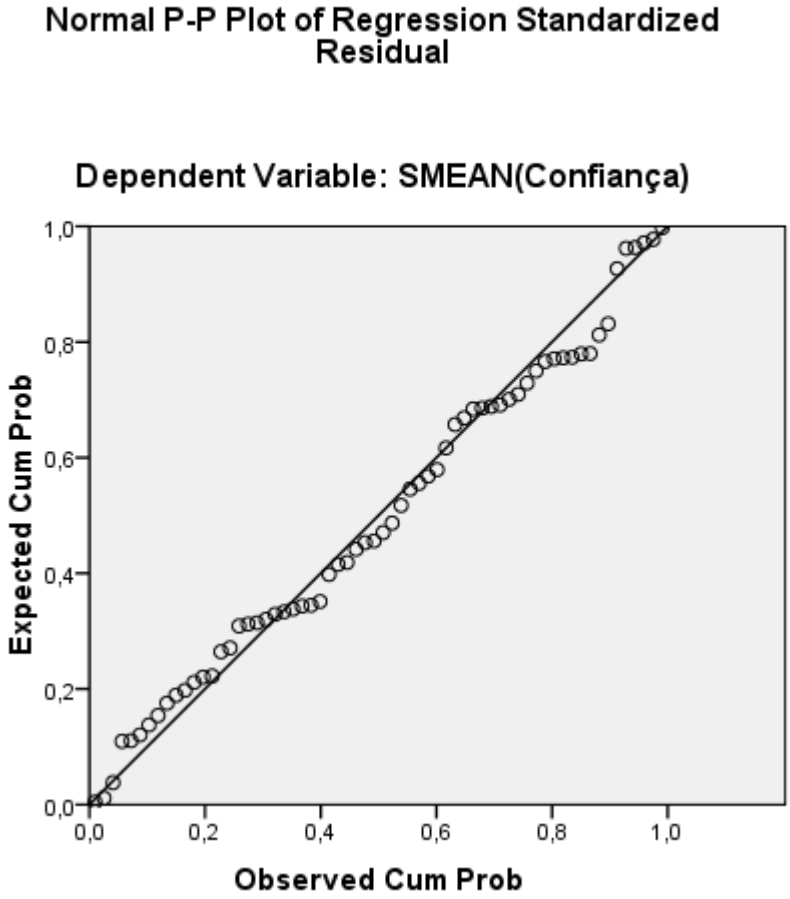


Através da observação do gráfico, verifica-se que está cumprido o pressuposto da normalidade dos resíduos

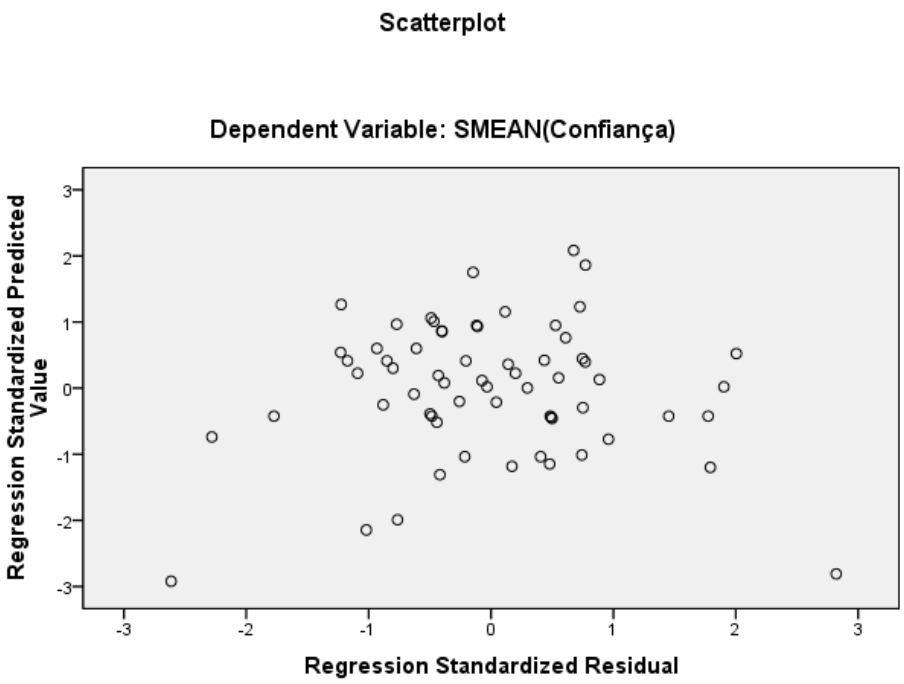


A análise do gráfico permite concluir que os resíduos são independentes e têm variância constante (homocedasticidade).

Variável Dependente: Dimensão da EVA *Confiança nos Outros*



Analisando o gráfico, verifica-se que os resíduos seguem uma distribuição aproximadamente normal



A análise do gráfico permite concluir que os resíduos são independentes e têm variância constante (homocedasticidade).

ANEXO III

Protocolo de Investigação

Declaração de Consentimento

Eu, _____compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação, inserida na investigação que Cláudia Sofia Craveiro N.Carriço está a realizar no âmbito do curso de Mestrado Integrado em Psicologia. Tomei conhecimento dos objectivos, métodos e benefícios previstos com esta investigação, tendo-me, ainda, sido dada a oportunidade de colocar as questões que achei necessárias.

_____, _____ de _____ de _____

(Localidade) (Dia) (Mês) (Ano)

Questionário Sócio-Demográfico

Parte I:Dados Sócio-Demográficos

Sexo: Masc ☐ Fem ☐ **Data de Nascimento** ___/___/___

Nacionalidade _____ **Naturalidade** _____**Residência** _____

Estado Civil _____

Habilitações Literárias

Número de anos de escolaridade_____

Situação Laboral

_____
_____
_____

Residência Actual

(Casa ou Apartamento próprio ou alugado, quarto arrendado ou alugado, situação de sem abrigo, apartamento alugado com apoio social)

_____

Número de pessoas com que vive _____

Relação de parentesco com as pessoas com quem coabita (Familiares, Cônjuge, Amigos, Filhos….)

_____
_____

Situação Judicial

(Nunca Teve problemas com a justiça, antecendentes criminais, antecedentes prisionais)

_____

Julgamentos

(número, qual o veredicto: absolvição, multa, pena suspensa, anos de prisão…)

_____
_____
_____

Processo(s) em curso

(número, descrição breve)

_____
_____

Processo(s) Suspenso(s)

(número, descrição breve)

_____
_____

Tipologia do Crime

(Furto/roubo, Tráfico de estupefacientes, outro(s) crime(s))

_____
_____
_____

Já Efectuou Algum Tipo de Tratamento Relacionado com Consumos de Substâncias?

_____

Em algum momento da sua vida Considera ter tido consumos problemáticos de Alguma Substância?

_____

Parte II: Dados relativos a Consumos de Substâncias

Consumiu nos últimos 30 dias? Que substâncias?

_____
_____
_____
_____

Droga Principal _____

Idade de Início de Consumos Droga Principal _____ (anos)

Idade de Início Regular _____(anos)

Idade de início de Consumos EV _____ (anos)

Droga Inicial _____ Idade de Início dos Consumos _____(anos)

Idade do 1º Consumo de Droga (excluindo tabaco e álcool) ____ (anos)

Idade do 1º Consumo de substâncias, incluindo álcool e tabaco ____(anos)

É capaz de associar algum acontecimento da sua vida ou motivo particular aos seus primeiros consumos de drogas?

_____
_____
_____
_____

É capaz de associar algum epsiódio da sua vida ou motivo particular ao início do consumo regular da droga principal?

_____
_____
_____
_____

Via de Administração da droga principal

(Injectada, fumada, Inalada, Ingerida/bebida)

_____

Qual a via de Administração que utilizava mais frequentemente?_____

Frequência uso (droga principal)

(Não utilizada no último mês, uma vez por semana ou menos, 2-6 dias por semana, diariamente)

_____

Que tipo de tratamento faz actualmente?

(Acompanhamento numa ET, Comunidade Terapêutica, Unidade de Desabituação, Programa de Substituição Opiácea, Psicoterapia Individual ,Psicoterapia de grupo, antagonista…)

_____
_____
_____
_____

Consegue associar algum acontecimento de vida ou motivo particular às suas recaídas?

_____

_____

Substâncias Utilizadas ao Longo da Vida

	Dependência (idade)	Abuso (idade)	Experimentou/C. esporádicos (idade)	Via de administração habitual	Frequência no último ano (VA)	Frequência nos últimos 30 dias (VA)
Heroína						
Metadona(não prescrita)						
Outros opiáceos						
Crack						
Base de Coca						
Cocaína						
Heroína e Cocaína (speedballl)						
MDMA e derivadas						
Barbitúricos						
Benzodiazepinas						
LSD						
Cannabis (erva, haxixe)						
Álcool (abuso)						
Outras						

Substâncias_____						

Quais das substâncias atrás assinaladas lhe provocaram sintomas de abstinência ressaca física), quando parava de as consumir?
_____

Critérios do DSM-IV para o diagnóstico de dependência de substâncias, como guião de Entrevista (referência)

(3 ou mais dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses, causando défice ou sofrimento clinicamente significativo)

Relativamente à substância que indicou acimacomo droga principal (ou outas, se a pessoa se refere a outras, perguntar e anotar quais),

Tem necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado?

Sente uma diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substãncia?

Se não consumisse a susbtância sentiria uma síndorma que lhe causa sofrimento e o impede de levar a cabo as actividades habituais do seu dia-a-dia?

Consome a substância para aliviar/evitar os sintomas de abstinência?

Consome a susbtância em maior quantidade ou em período mais longo do que se pretendia?

Tem um desejo persistente ou faz esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a quantidade de substância que consome?

Dispende grande quantidade de tempo em actividades necessárias para obter a substância, utilizá-la e recuperar os seus efeitos?

Abandonou ou diminiu a participação em actividades sociais, ocupacionais ou recreativas) importantes devido ao consumo de susbstâncias?

Continua a utilizar substâncias apesar de estas causarem ou exacerbarem (tornarem mais acentuado) um problema persistente ou recorrente (por exemplo, continuar a utilizar cocaína, mesmo que exista uma depressão causada pela cocaína?)

DSQ-40
(Andrews & Bond, 1993)

Instruções: este questionário consiste num conjunto de afirmações sobre atitudes pessoais. Perante cada afirmação indique o seu grau de concordância usando a escala de sete pontos apresentada. Para identificar a sua resposta coloque um círculo no número correspondente, considerando que estes números vão da discordância total (nº1) à concordância total (nº7).
Neste questionário não existem respostas certas ou erradas.

Os números no lado direito da folha significam o seguinte:

1 = discordo totalmente 2 = discordo muito 3 = discordo pouco 4 = não discordo nem concordo 5 = concordo pouco 6 = concordo muito 7 = concordo totalmente

1.	Obtenho satisfação ajudando os outros e se isto me fosse retirado ficaria deprimido(a)	**1 2 3 4 5 6 7**
2.	Sou capaz de ignorar um problema até ter tempo para lidar com ele	**1 2 3 4 5 6 7**
3.	Consigo lidar com a ansiedade se fizer algo construtivo e criativo como pintar ou fazer trabalhos de carpintaria	**1 2 3 4 5 6 7**
4.	Sou capaz de encontrar boas razões para tudo o que faço	**1 2 3 4 5 6 7**
5.	Sou capaz de rir de mim próprio(a) com bastante facilidade	**1 2 3 4 5 6 7**
6.	As pessoas costumam maltratar-me	**1 2 3 4 5 6 7**
7.	Se alguém me assaltasse e roubasse dinheiro, preferia que essa pessoa fosse ajudada ao invés de punida	**1 2 3 4 5 6 7**
8.	As pessoas dizem que eu tenho a tendência a ignorar os factos desagradáveis como se eles não existissem	**1 2 3 4 5 6 7**
9.	Eu ignoro o perigo como se fosse o Super-Homem	**1 2 3 4 5 6 7**
10.	Orgulho-me da minha capacidade de diminuir as pessoas	**1 2 3 4 5 6 7**
11.	Frequentemente, ajo impulsivamente quando alguma coisa me está a incomodar	**1 2 3 4 5 6 7**
12.	Fico fisicamente doente quando as coisas não me correm bem	**1 2 3 4 5 6 7**
13.	Sou uma pessoa muito inibida	**1 2 3 4 5 6 7**
14.	Obtenho maior satisfação com as minhas fantasias do que com a minha vida real	**1 2 3 4 5 6 7**
15.	Tenho talentos especiais que me permitem viver a vida sem problemas	**1 2 3 4 5 6 7**
16.	Há sempre boas razões quando as coisas não me correm bem	**1 2 3 4 5 6 7**
17.	Realizo mais coisas sonhando acordado(a) do que na vida real	**1 2 3 4 5 6 7**
18.	Não tenho medo de nada	**1 2 3 4 5 6 7**
19.	Às vezes penso que sou um anjo e, outras vezes, penso que sou um demónio	**1 2 3 4 5 6 7**

20.	Fico francamente agressivo(a) quando me sinto magoado(a)	**1 2 3 4 5 6 7**
21.	Sinto sempre que alguém que conheço funciona como uma espécie de Anjo da Guarda	**1 2 3 4 5 6 7**
22.	Na minha opinião as pessoas ou são boas ou são más	**1 2 3 4 5 6 7**
23.	Se o meu chefe me repreendesse, eu poderia cometer um erro no meu trabalho ou trabalhar mais devagar só para me vingar dele	**1 2 3 4 5 6 7**
24.	Eu conheço alguém que é capaz de fazer qualquer coisa e é absolutamente justo e imparcial	**1 2 3 4 5 6 7**
25.	Se os meus sentimentos interferirem no que estiver a fazer, consigo controlá-los bem	**1 2 3 4 5 6 7**
26.	Normalmente consigo ver o lado cómico de uma situação que seria, à partida, dolorosa	**1 2 3 4 5 6 7**
27.	Fico com dor de cabeça quando tenho de fazer alguma coisa que não gosto	**1 2 3 4 5 6 7**
28.	Frequentemente, apercebo-me que sou muito simpático(a) com pessoas com as quais deveria estar zangado(a)	**1 2 3 4 5 6 7**
29.	Tenho a certeza que a vida é injusta comigo	**1 2 3 4 5 6 7**
30.	Quando tenho que enfrentar uma situação difícil tento imaginar como será e planeio formas de lidar com a mesma	**1 2 3 4 5 6 7**
31.	Os médicos nunca entendem realmente o que está errado comigo	**1 2 3 4 5 6 7**
32.	Depois de lutar pelos meus direitos costumo pedir desculpas pela minha firmeza	**1 2 3 4 5 6 7**
33.	Quando estou deprimido(a) ou ansioso(a), comer faz com que me sinta melhor	**1 2 3 4 5 6 7**
34.	É-me dito, frequentemente, que eu não mostro o que sinto	**1 2 3 4 5 6 7**
35.	Se conseguir prever antecipadamente que vou ficar triste, consigo lidar melhor com isso	**1 2 3 4 5 6 7**
36.	Independentemente do quanto me queixe, nunca recebo uma resposta satisfatória	**1 2 3 4 5 6 7**
37.	Constato, frequentemente, que não sinto nada em situações que deveriam causar emoções fortes	**1 2 3 4 5 6 7**
38.	Concentrar-me na tarefa que tenho em mãos evita que me sinta deprimido(a) ou ansioso(a)	**1 2 3 4 5 6 7**
39.	Se eu estivesse a passar por uma crise, procuraria outra pessoa que tivesse o mesmo problema	**1 2 3 4 5 6 7**
40.	Se tenho um pensamento agressivo sinto necessidade de fazer algo que compense esse pensamento	**1 2 3 4 5 6 7**

1 = discordo totalmente 2 = discordo muito 3 = discordo pouco 4 = não discordo nem concordo 5 = concordo pouco 6 = concordo muito 7 = concordo totalmente

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	**Nunca**	**Poucas vezes**	**Algumas vezes**	**Muitas vezes**	**Muitíssimas vezes**
1. Nervosismo ou tensão interior	☐	☐	☐	☐	☐
2. Desmaios ou tonturas	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	☐	☐	☐	☐	☐
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	☐	☐	☐	☐	☐
7. Dores sobre o coração ou no peito	☐	☐	☐	☐	☐
8. Medo na rua ou praças públicas	☐	☐	☐	☐	☐
9. Pensamentos de acabar com a vida	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
11. Perder o apetite	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ter impulsos que não se podem controlar	☐	☐	☐	☐	☐
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sentir-se sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sentir-se triste	☐	☐	☐	☐	☐
18. Não ter interesse por nada	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sentir-se atemorizado	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	☐	☐	☐	☐	☐
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	☐	☐	☐	☐	☐
22. Sentir-se inferior aos outros	☐	☐	☐	☐	☐
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	☐	☐	☐	☐	☐
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	☐	☐	☐	☐	☐
25. Dificuldade em adormecer	☐	☐	☐	☐	☐
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	☐	☐	☐	☐	☐

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	☐	☐	☐	☐	☐
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	☐	☐	☐	☐	☐
29. Sensação de que lhe falta o ar	☐	☐	☐	☐	☐
30. Calafrios ou afrontamentos	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	☐	☐	☐	☐	☐
32. Sensação de vazio na cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	☐	☐	☐	☐	☐
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	☐	☐	☐	☐	☐
36. Ter dificuldade em se concentrar	☐	☐	☐	☐	☐
37. Falta de forças em partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	☐	☐	☐	☐	☐
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	☐	☐	☐	☐	☐
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	☐	☐	☐	☐	☐
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	☐	☐	☐	☐	☐
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	☐	☐	☐	☐	☐
45. Ter ataques de terror ou pânico	☐	☐	☐	☐	☐
46. Entrar facilmente em discussão	☐	☐	☐	☐	☐
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	☐	☐	☐	☐	☐
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	☐	☐	☐	☐	☐
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	☐	☐	☐	☐	☐
50. Sentir que não tem valor	☐	☐	☐	☐	☐
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	☐	☐	☐	☐	☐
52. Ter sentimentos de culpa	☐	☐	☐	☐	☐
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	☐	☐	☐	☐	☐