



João Alberto Ferreira Mendes

VIVÊNCIA FAMILIAR E PERSONALIDADE EM TOXICODPENDENTES

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, sob orientação do Professor Doutor João dos Santos Relvas e coorientação do Professor Doutor Bruno Miguel de Almeida Dionísio, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Junho, 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO EM
PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL**

JOÃO ALBERTO FERREIRA MENDES

**VIVÊNCIA FAMILIAR E PERSONALIDADE EM
TOXICODEPENDENTES**

TESE DE MESTRADO

ÁREA CIÊNTEFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB ORIENTAÇÃO DO PROFESSOR DOUTOR JOÃO RELVAS E
COORIENTAÇÃO DO PROFESSOR DOUTOR BRUNO DIONÍSIO**

COIMBRA

[JUNHO/2015]

Vivência Familiar e Personalidade em Toxicodependentes

João Alberto Ferreira Mendes

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: joao.afm@hotmail.com

Agradecimentos

A realização deste trabalho consiste em mais um objetivo concretizado a nível pessoal. Autocaracterizando-me como um ser exigente e perfeccionista para com a minha vida, não posso afirmar com toda a certeza que marca o final de uma etapa de estudo e de aprendizagem. Efetivamente, tanto um como o outro acompanhar-me-ão ao longo da minha existência.

No entanto, porque sozinhos nada somos, quero agradecer aos meus pais e irmãos pela força e pela motivação. Família, quem a tem, a meu ver, tem tudo.

Quero agradecer à Andréa, minha namorada, pelo facto da sua existência encher-me o coração, por me tirar de casa, por discutir comigo, por reivindicar o seu tempo comigo. Resumindo, por me convencer de que não poderia viver para este trabalho. Efetivamente, se o tivesse feito, jamais este seria entregue.

Quero agradecer à Prof. Dr.^a Julieta Feliz, Prof. Dr. Francisco Alte da Veiga, Prof. Dr. Rui Soares, Prof. Dr. Quartilho cujos esclarecimentos e apoio contribuíram para que fosse possível a realização deste trabalho científico.

Quero agradecer ao meu orientador Prof. Dr. João Relvas e ao meu coorientador Prof. Dr. Bruno Dionísio, não apenas pelos ensinamentos mas, principalmente, pelas palavras-chave desencadeadoras de motivação, por me apontarem o caminho, pela orientação no verdadeiro sentido da palavra.

Quero agradecer ao meu amigo Alexandre Nunes pelas “dicas” no inglês.

Considero igualmente importante o agradecimento aos meus colegas de trabalho Dr. Carlos Tavares (Assistente Social) e Dr. André Vinagre (Psicopedagogo), por compreenderem-me em fases de stress e ansiedade, pela promoção de reflexões face à realidade do que é a vida e do que somos nós, pelos ensinamentos e pela troca de experiências.

Quero agradecer à minha entidade patronal, Presidente da Instituição onde desenvolvi a investigação, e amigo, Cónego José da Graça, por me facilitar a concretização desta realização pessoal, pelo apoio incondicional, pela compreensão, pela motivação e pelo incentivo.

Aos meus utentes, os meus principais agradecimentos, pois sem a sua participação e entrega, este trabalho não faria, definitivamente, qualquer sentido.

Resumo

A literatura mostra existir uma relação entre a toxicodependência e a vivência familiar do indivíduo na sua infância/adolescência, com repercussões na formação da sua personalidade, que é consequência da construção do sentido de si e dos outros. O presente trabalho científico, tem como finalidade relacionar as experiências de adversidade precoce, dinâmicas parentais e ambiente familiar, relatados na primeira pessoa, com as características da personalidade do sujeito toxicómano participante. Foram aplicados os instrumentos EVF (Entrevista de Vinculação à Família), MMPI (versão Mini Mult) e IDB (Inventário da Depressão de Beck) a um conjunto de toxicodependentes (N=30) internados em Comunidade Terapêutica. Os resultados apontam para a existência de episódios familiares comuns nas histórias de vida relatadas pelos participantes. A aplicação do Mini Mult revelou scores altos (≥ 65) em 6 das 8 escalas clínicas em estudo nos toxicómanos. Os resultados do IDB revelaram sintomatologia depressiva em 80% da amostra. Determinadas personalidades apresentaram resultados mais significativos em específicos ambientes familiares. Foram verificadas relações entre dimensões esquizofrênicas (Sc) da personalidade e o ambiente familiar marcado por agressão / repressão parental; paranoia (Pa) e violência doméstica; hipomania (Ma) e ausência de referência parentais; depressão e violência doméstica; perfil MMPI psicótico e agressão / repressão parental; perfil MMPI psicótico e abuso / dependência de substâncias parental.

Palavras-chave: vivência familiar; dimensões familiares; personalidade; depressão; toxicodependência.

Abstract

The literature shows a relationship between drug addiction and family experience during childhood/adolescence, with personality developmental issues, that are consequence of the way the subject sees himself and others. This scientific work, presents an investigation study that aims to list the early experiences, parental dynamics and family environment, reported by addicts and their relation with personality variables and depression. The evaluation instruments applied were PAE (Peer Attachment Interview), MMPI (Mini-Mult Version) and BDI (Beck Depression Inventory) to a group of drug addicts (N=30) inmates of a Therapeutic Community. The results point to the existence of common family episodes in some stories reported by the participants. The use of Mini Mult revealed high scores (≥ 65) in 6 of 8 clinical scales in the study of drug addiction. The IDB results show depressive symptoms in 80% of the sample. Some personalities present more significant results in specific family environments. It was observed a correlation between schizophrenic (Sc) personality dimension and family environment marked by aggression / parental repression; paranoia (pa) and domestic violence; hypomania (Ma) and lack of parental reference; depression and domestic violence; depression and separation / parental divorce; MMPI Psycho Profile and aggression / parental repression; MMPI Psycho Profile and Parental substance use.

Keywords: family life; family dimensions; personality; depression; drug addiction.

Índice

Índice de Quadros	VIII
Índice de Figuras.....	IX
Índice de Anexos	X
Glossário de Termos.....	XI
Lista de Siglas e Abreviaturas.....	XIII
Introdução	2
I Parte - Enquadramento Teórico	6
Capítulo 1 - Enquadramento da Toxicodependência	7
1.1. O Impacto da Toxicodependência na Sociedade	7
1.2. Droga e Dependência - Conceptualização.....	9
1.3. Comportamento de Consumo de Substâncias Psicoativas	11
1.4. O Ciclo Vicioso da Droga.....	13
1.5. Toxicodependência e Psicopatologia.....	16
Capítulo 2 - Vinculação e Personalidade	18
2.1. Ligação afetiva mãe-filho - Experiências com macacos bebés	18
2.2. A Teoria da Vinculação de Bowlby	20
2.3. O contributo de Mary Ainsworth	22
Capítulo 3 - Iniciação no Mundo da Droga - Fatores de Risco na Adolescência	25
3.1. A influência do grupo de “colegas” na iniciação ao consumo de drogas	25
3.2. Estilos Parentais	29
3.3. Disfunção Familiar.....	30
3.3.1. Toxicodependência e Perfil Sociofamiliar	32
3.3.2. Mãe superprotectora e pai ausente – A construção da identidade do toxicómano	33
3.3.3. Famílias divorciadas.....	35
3.3.4. Ausência/ Inconsistência de limites e regras de comportamento	35
3.3.5. Separações e Perdas.....	37
Capítulo 4 - Políticas Públicas de Intervenção na Toxicodependência em Portugal	39
4.1. História do Combate à Droga em Portugal.....	39
4.2. A descriminalização do consumo de Substâncias Psicoativas	41
4.3. Políticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)	43
4.4. Criação dos CRI’ s e do SICAD.....	43

4.5. As Comunidades Terapêuticas	44
II Parte - Estudo Exploratório	46
Capítulo 5 - Definição do Problema e Perspetivas de investigação.....	47
5.1. Delineamento do Estudo	47
5.1.1. Objetivos da Investigação	48
5.2. Questões de Investigação.....	49
Capítulo 6 - Metodologia	50
6.1. População.....	52
6.2. O Contexto	53
6.2.1. Breve caracterização da Comunidade Terapêutica “José Maria”	54
6.3. Instrumentos.....	56
6.3.1. EFV.....	56
6.3.2. MMPI (Versão Mini Mult).....	58
6.3.3. IDB	62
6.4. Amostra	62
6.5. Procedimentos	65
Capítulo 7 - Apresentação dos Resultados.....	68
7.1. Dimensões Familiares	69
Quadro 6: Agrupamento dos participantes na investigação por vivência de dimensão familiar	77
7.2. Análise Estatística.....	78
7.2.1. Resultados MMPI (Mini-Mult)	78
7.2.1.1. Escalas Clínicas	78
7.2.1.2. Índice de Goldberg, Índice de Ansiedade e Locus de Controlo	81
7.2.1.3. Escalas de Validade	83
7.2.2. Resultados IDB	83
7.2.3. Análise da relação entre os dados nominais (Dimensões Familiares) e os psicométricos (MMPI e IDB)	84
Capítulo 8 - Discussão dos Resultados	102
Conclusão.....	117
Referências Bibliográficas.....	122
Anexos	131
Anexo A.....	132
Anexo B.....	137
Anexo C.....	142

Anexo D.....	147
Anexo E.....	219
Anexo F.....	221

Índice de Quadros

Quadro 1 - Descrição das Escalas de Validade do Mini Mult	59
Quadro 2 - Descrição das Escalas Clínicas do Mini Mult	60
Quadro 3 - Caracterização da amostra por idade, gênero e estado civil	63
Quadro 4 - Caracterização da Amostra por zona de residência, com quem vive atualmente e droga principal	64
Quadro 5 - Valores percentuais das Dimensões Familiares implícitas nos retratos síntese ...	69
Quadro 6 - Agrupamento dos participantes na investigação por vivência de dimensão familiar.	77
Quadro 7 - Resultados nas escalas clínicas do Mini Mult por participante	79
Quadro 8 – Resultados do <i>Índice de Ansiedade, Índice de Goldberg e Locus de Controlo</i> por participante.	82
Quadro 9: Valores percentuais de sintomatologia depressiva da amostra	83
Quadro 10: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Agressão / Repressão Parental, e o grupo de não ocorrência.	86
Quadro 11: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Violência Doméstica Parental, e o grupo de não ocorrência.	88
Quadro 12: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Separação / Divórcio Parental, e o grupo de não ocorrência.	90
Quadro 13: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Abuso / Dependência de Substâncias Parental, e o grupo de não ocorrência.	92

Quadro 14: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Ausência / Desinteresse por parte da Figura Paterna, e o grupo de não ocorrência.	94
Quadro 15: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Superproteção / Permissividade por parte da Figura Materna, e o grupo de não ocorrência.....	95
Quadro 16: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Ausência / Inconsistência de Normas e Limites de Comportamento, e o grupo de não ocorrência.....	97
Quadro 17: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Ausência de Referências Parentais, e o grupo de não ocorrência.	99
Quadro 18: Quadro- Síntese de “p. values” obtidos nos testes realizados.....	100
Quadro 19: Quadro-Síntese de “p. values borderlines” obtidos nos testes realizados	101

Índice de Figuras

Figura 1 - Percentagem de ocorrência das Dimensões Familiares nos entrevistados.....	76
Figura 2 - Perfil Gráfico MMPI (Mini Mult) da média de resultados das escalas clínicas da amostra.....	80
Figura 3 - Apresentação gráfica da distribuição da amostra por sintomatologia depressiva, de acordo com os resultados obtidos do IDB	84

Índice de Anexos

Anexo A – Entrevista de Vinculação à Família de Bartholomew	131
Anexo B - Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota (Versão Mini-Mult)....	136
Anexo C – Inventário da Depressão de Beck	141
Anexo D - Retratos - Síntese.....	146
Anexo E – Consentimento Informado.....	218
Anexo F – Resultados da escala de validade do MMPI (Mini Mult).....	220

Glossário de Termos

Abafava – Roubava;

Ácidos – Determinação de droga química;

À força toda – Sem limites;

Apanhado da cabeça – Alteração a nível cognitivo.

Aperfilhava – Ato de fazer filho;

Bexigado – Embriagado;

Boates - Casas de prostituição;

Brocas – Cigarros de haxixe ou de erva;

Bué – Muito.

Caldos de coca - Dose de cocaína injetável;

Chamom – Haxixe;

Charradas – Determinação para um conjunto de momentos em que se consumiu haxixe ou erva;

Charros - Cigarros de haxixe ou de erva;

Chinesa – Heroína fumada na prata;

Chular – Ato de coação sobre mulheres no sentido de lucrar financeiramente com a sua prostituição;

Chulo, Proxeneta – Homem que subsiste através de lucros provenientes da prostituição de mulheres ao seu encargo;

Chutar – Ato de injetar substâncias;

Coca – Cocaína;

Comprar a meias – Ato de divisão da despesa pelos demais elementos que partilharão o produto;

Dava-me umas pinhas – Ato de ser agredido de forma física;

Dealers – Traficantes de droga;

Divulga – Publicidade, divulgação;

Dois contos e meio – Dois mil e quinhentos escudos, na moeda antiga;

Drunfaria – Estar alterado com hipnóticos ou outros sedativos, habitualmente associados a bebidas alcoólicas, para aumentar o efeito;

Flash de branca - Efeito súbito, louco e intenso que resulta do consumo de coca. Dura cerca de 2-4 minutos. Relâmpago psicológico;

Fumar na Prata – Ato de consumo em que a substância é queimada na prata, daí resultando o fumo que é consumido;

Histórias do Arco-da-velha – Expressão que caracteriza histórias inventadas que têm como objetivo a manipulação de pessoas e a obtenção de meios para a satisfação da necessidade de consumo;

Jogar ao Rapa – Jogo cujo objetivo é ficar com um pertence de quem perdeu a partida.

Levar uma Banhada – Ser roubado ou enganado pelos colegas;

Mandar risco – Ato de consumo de cocaína de forma snifada;

Mandar coca – Consumir Cocaína;

Pastilhas - Comprimidos;

Pedras – Peça de haxixe;

Picar – Consumir por via endovenosa;

Pico – Consumo por via endovenosa;

Pinga – Vinho;

Pirar – Ato de ficar desfocado da sua realidade;

Quarta de grama – 0,25 gramas;

Ressaca – Privação, síndrome de carência. Sensação de mal-estar psíquico (nos consumidores de coca) ou físico (nos consumidores de heroína) após suspensão do consumo de droga. Provoca desejo de droga, ansiedade, bocejos, suores, lacrimejo, corrimento nasal, pupilas dilatadas, arrepios de frio, náuseas, falta de apetite, insônia, diarreia, dores abdominais, dores lombares, dores musculares, agitação;

Speed de branca - Sensação de prazer, calor, euforia, energia, supressão de angústia e incapacidade de concentração causado pelo consumo de Cocaína;

Tirar a ressaca – Consumir;

Tramadol – Medicamento analgésico opiáceo;

Trips – Ácidos;

Uns trocos – Determinação para quantia insignificante de dinheiro.

Lista de Siglas e Abreviaturas

MMPI (Mini Mult) – Inventário Multifásico da Personalidade de Minesotta (Versão reduzida Mini Mult)

IDB – Inventário da Depressão de Beck

EVF – Entrevista de Vinculação à Família de Barthomolew

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

CRI – Centro de Respostas Integradas

“Os parentes distantes vivem sempre perto demais”.

Luis Felipe Angell de Lama (Sofocleto)

Introdução

Atualmente, o consumo de substâncias psicoativas é um fenómeno com incidência crescente e com graves repercussões em termos sociais, em Portugal. Os problemas resultantes do abuso e descontrolo dos consumos são vistos, a nível psiquiátrico, como uma grave e incapacitante perturbação do comportamento, com consequências nefastas para a família e comunidade envolvente (Balsa et al., 2013; Costa, 2009; Torres et al, 2004).

A presente dissertação de mestrado, intitulada “Vivência Familiar e Personalidade em Toxicodependentes”, tem como objetivo explorar o impacto dos ambientes familiares onde ocorreu a maturação física e psicológica de sujeito toxicómanos, com os traços de personalidade desenvolvidos. É, deste modo, desenvolvida uma trajetória de aprofundamento da compreensão do fenómeno da toxicodependência enquanto resultado da trilogia: substância - indivíduo - circunstâncias ambientais de desenvolvimento.

Consideramos, não apenas relevante, mas extremamente pertinente abordar a funcionalidade da família no que diz respeito às relações intrínsecas a ela subjacentes, aos estilos parentais e ao envolvimento emocional, no sentido de compreender a tendência para os comportamentos de risco por parte de grande parte dos adolescentes da sociedade moderna, cujas repercussões manifestam-se em termos individuais (dependência de substâncias, deterioração física e cognitiva, problemas crónicos de saúde), familiares (desenvolvimento de psicopatologia na família) e socioeconómicos (criminalidade, violência, zonas degradadas, avultadas despesas para o estado na saúde, justiça, segurança pública, entre outras) (Costa, 2009).

Assim, esta investigação pretende ser mais um contributo para o entendimento da toxicodependência enquanto fenómeno verdadeiramente devastador em jovens que deveriam

ter direito a uma vida de relação saudável, tanto consigo mesmos como com os outros. Existirá uma organização familiar predisponente à toxicod dependência? De acordo com Fleming (1995), a experiência clínica, de quem intervém direta e diariamente com os toxicod dependentes confirma a existência de uma patologia familiar que deve ser abordada ao longo do processo terapêutico.

Dividimos o nosso trabalho em duas frações, sendo a primeira referente ao enquadramento teórico e a segunda alusiva à parte prática da investigação. Assim, na primeira parte, Capítulo 1 - Enquadramento da Toxicod dependência – começamos por fazer uma alusão ao impacto do fenómeno na sociedade. Seguidamente, procedemos à conceptualização da toxicod dependência, explorando os conceitos relacionados, abordamos a complexidade fenomenológica do ciclo vicioso do consumo de substâncias e, por fim, patenteamos a relação entre a psicopatologia e a dependência de substâncias.

No Capítulo 2 – Vinculação, Personalidade e Resiliência – abordamos o fenómeno da vinculação à figura materna como o primeiro comportamento humano que dá início à construção da personalidade, partindo das primeiras investigações nesse âmbito, passando pela formulação da Teoria da Vinculação de Bowlby e fazendo uma breve alusão ao contributo de Mary Ainsworth na padronização de estilos vinculativos.

No Capítulo 3 – Iniciação no Mundo da Droga – Fatores de Risco na Adolescência – é feita uma abordagem à influência do grupo de pares na iniciação ao consumo de drogas, os estilos educativos parentais praticados e a relação que estes têm com o desenvolvimento de traços de personalidade disfuncionais dos filhos, e a influência dos ambientes familiares disfuncionais no desenvolvimento dos hábitos de consumo de substâncias.

Por fim, o Capítulo 4, o último da primeira parte do presente trabalho – Políticas Públicas de Intervenção na Toxicod dependência – sendo este capítulo importante na contextualização atual do combate às drogas em Portugal, começando por um enquadramento

histórico das intervenções e abordando, posteriormente, momentos cronológicos chave, nomeadamente a Descriminalização do Consumo de Substâncias Psicoativas, a implementação de políticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos, a criação dos Centros de resposta Integrada e do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências e, por fim a importância das Comunidades Terapêuticas na intervenção na problemática da toxicodependência.

Na segunda parte, Capítulo 5 – Definição do Problema e Perspetivas de investigação – é definido o problema, assim como os objetivos da investigação, sendo formuladas as questões de investigação.

No Capítulo 6 ocupamo-nos da metodologia utilizada e a população estudada, dando especial atenção ao contexto em que se desenvolve a investigação, fazendo uma breve caracterização da Comunidade Terapêutica.

No Capítulo 7 fazemos a apresentação dos resultados obtidos através da análise do conteúdo das histórias de vida dos participantes e informação obtida a partir do MMPI e IDB.

No Capítulo 8 consta a discussão dos dados obtidos, procurando relacioná-los com os aspetos teóricos adquiridos na primeira parte do trabalho, seguida de uma reflexão elaborada relativa às questões de investigação que nos motivaram a realizar o estudo.

Por fim, na conclusão realçamos os aspetos que consideramos pertinentes no desenvolvimento da investigação, tal como as delimitações percecionadas e, por outro lado, procurando assinalar perspetivas futuras de prevenção e promoção da saúde relativamente ao estudo e intervenção nesta população.

Seguidamente apresentamos as referências bibliográficas e os Anexos, nos quais expomos os relatos síntese das histórias de vida dos participantes, os resultados das escalas de validade do MMPI para cada participante, o guião da EVF e os questionários MMPI e IDB, assim como um exemplar do consentimento informado.

I Parte - Enquadramento Teórico

Capítulo 1 – Enquadramento da Toxicodependência

O consumo de drogas representa, atualmente, um verdadeiro fenómeno de progressiva expansão na sociedade contemporânea, com consequências a todos os níveis. Porém, de acordo com Ribeiro et al. (1999), o comportamento de consumo de drogas pode ser conotado como histórico devido à sua utilização, desde os tempos mais remotos, para fins religiosos, culturais e/ ou medicinais.

Por outro lado, Palha e Bueno (2001, cit. in Pratta & Santos, 2006) ressaltam, igualmente, que as drogas eram utilizadas com a finalidade de potenciar a força e coragem para as lutas do trabalho, honra pessoal e coletiva. O homem procurou, desde sempre, maneiras de aumentar o prazer e diminuir o sofrimento, porém é importante salientar que eram os hábitos e costumes da sociedade que direcionavam para o uso de drogas, quer através de cerimónias, quer em rituais e festas, sendo que este consumo era restrito a pequenos grupos. Atualmente verifica-se o contrário, pois o consumo das substâncias referidas não é caracterizado como elemento de integração, fator de coesão social e emocional, mas um elemento de doença social e de desintegração.

1.1. O Impacto da Toxicodependência na Sociedade

Costa (2009) destaca algumas importantes variáveis, no processo de toxicodependência, que determinam, do ponto de vista psicoantropológico, o comportamento atual do consumo de drogas: o prazer; repetição para readquirir prazer; prevalência crescente nos consumos,

processo de exclusão de outras motivações para posições periféricas do funcionamento psicológico; descontrolo sobre o consumo; características da personalidade, da droga e circunstâncias socioculturais.

De acordo com o autor (op. cit.), o problema das drogas resume-se, contemporaneamente, à nocividade induzida pelo seu consumo, que pode ser considerada de três níveis: individual, social e político. A nível individual, na medida em que o descontrolo dos consumos afeta o comportamento do indivíduo nas áreas específicas da sua vida (social, profissional, familiar, entre outras). No que diz respeito à área social do consumidor, no sentido da particularidade de mal-estar causado nas vizinhanças ou na comunidade pelos comportamentos perpetrados, sob o efeito de drogas ou com o objetivo de as angariar. Por sua vez, a nível político, pelo facto do consumo de drogas potenciar a sua produção e mercado, apresentando um significativo impacto sobre as decisões políticas, judiciárias e policiais, mediáticas e financeiras e, também, geoestratégicas.

Neste sentido, Barradas (2008) expõe a toxicod dependência como um fenómeno que apresenta um impacto significativo nas diversas áreas da vida e do funcionamento humano, nomeadamente no indivíduo em si, na sua família, amigos e nas redes sociais mais próximas, assim como nas comunidades onde coexistem e, num sentido mais alargado, perturbando também a nível global as culturas e sociedades existentes.

Use of illicit drugs and, in particular, dependence on drugs are important public health problems. Drug use harms society by reducing user's physical and mental health and productivity, by reducing family and social functioning and by increasing crime. Illicit drug use contributes to the spread of contagious diseases, including HIV/AIDS, hepatitis B and C, and tuberculosis. Furthermore, illicit drug uses contributes to the disintegration of families and of inner city communities and has resulted in a huge growth in the prison population (Sindelar & Fiellin, 2001, p.249).

Efetivamente, em termos económicos, este fenómeno potencia uma necessidade de investimento monetário avassaladora por parte das entidades governamentais em diversos setores como a segurança social pública, a justiça, a saúde e a proteção social. Dentro das áreas de intervenção diretamente relacionadas com o fenómeno da toxicodependência, destacam-se: o policiamento (por exemplo rusgas e maior policiamento em bairros degradados/zonas de diversão noturna), tribunais e prisões, os cuidados médicos e de reabilitação ao toxicodependente, o emprego e a formação (pelo facto da toxicodependência afetar as capacidades de aprendizagem e de trabalho, e a maioria dos toxicodependentes iniciar os seus consumos problemáticos em faixas etárias jovens) (Schuckit, 1995 cit. in Barradas, 2008).

1.2. Droga e Dependência - Conceptualização

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga “é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções”. Esta definição engloba substâncias ditas lícitas - bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos – e, igualmente, as substâncias ilícitas como a cocaína, LSD, ecstasy, opiáceos, entre outras. Galduróz et al. (1997, cit. in. Pratta & Santos, 2006) referem que as drogas atuam diretamente no sistema nervoso central (SNC), podendo causar alterações comportamentais, de humor, de cognição e de perceção. Estas podem ser classificadas em três categorias: depressoras, quando condicionam a atividade cerebral, induzindo relaxamento; estimulantes, se provocam um aumento da atividade cerebral, potenciando o prolongamento do estado de vigília; perturbadoras, pois perturbam o funcionamento do sistema nervoso central, podendo condicionar a perceção das cores e formas, e provocar, inclusivamente, delírios, ilusões e alucinações.

A toxicodependência é caracterizada por um comportamento resultante da compulsão de consumo no sentido de experiência do seu efeito em termos psíquicos, assim como o de evitar o desconforto provocado pela sua ausência. Pode ser considerada, deste modo, uma doença fatal, por provocar gradualmente a destruição do organismo do indivíduo, sendo potenciadora de danos irreversíveis. (Costa, 2009).

Segundo Frances e Ross (2004), a dependência de substâncias, enquanto doença, é caracterizada pela manifestação de alguns critérios específicos pelo período de 12 meses.

1.Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes critérios: (a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.2.Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes critérios: (a) Síndrome de abstinência característica da substância; (b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os 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 despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção, utilização de substâncias e à recuperação dos seus efeitos.6.São abandonadas importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais devido à utilização da substância. 7.A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (Frances & Ross, p. 85).

Ribeiro (2001), refere ainda que a experimentação de drogas não implica obrigatoriamente a habituação. Por outro lado, a relação de dependência pode ser desencadeada de consumo em consumo, variando consoante as características individuais, modo de viver e história subjacente ao indivíduo que consome.

Rahioui e Reynauld (2008) relacionam o termo “adição” com “coação física”, uma vez que o primeiro, que teve origem no direito romano antigo e continuou até à Idade Média, na Europa Ocidental, correspondia a uma sentença judicial que concedia ao queixoso o direito de dispor da pessoa identificada como devedora. Posteriormente, o termo “adição” foi aplicado à psiquiatria no âmbito das toxicomanias sendo, porém, estendido gradualmente a outras

categorias clínicas que se assemelhariam, particularmente, a nível comportamental, estando o seu sentido mais corrente associado aos comportamentos de consumo patológico de substâncias como as drogas, os medicamentos e o álcool.

De acordo com Goodman (1990), o fenómeno da “adição” consiste: a) na impossibilidade repetida de controlar um comportamento; b) no sentimento de tensão imediatamente após o início do comportamento; c) no prazer ou alívio aquando do comportamento; d) no sentimento de falta de controlo durante o comportamento. De acordo com o autor (op. cit.), este comportamento visa produzir prazer ou afastar uma sensação de mal-estar interior.

1.3. Comportamento de Consumo de Substâncias Psicoativas

Existem três conceitos, distinguidos pela comunidade científica internacional, relacionados com o consumo de substâncias psicoativas: o consumo, o abuso e a dependência. O primeiro não é considerado patológico uma vez que não implica obrigatoriamente a existência de danos, não deixando, no entanto, de incorporar riscos e de abrir caminho ao abuso e à dependência (Rahioui & Reynauld, 2008).

Os autores (op. cit.) dividem os consumos de risco em duas categorias: a) risco situacional: condução de veículos automóveis, motorizadas ou, por outro lado, consumos durante a gravidez; risco quantitativo: consumo excessivo de substâncias psicoativas.

De acordo com a American Psychiatric Association (2013), a dependência pode ser física, psíquica ou ambas. A física é constituída por três fenómenos: a tolerância, a privação e a intoxicação. A dependência psíquica corresponde ao desejo imperioso de consumir (*craving*).

A nível psíquico, a dependência é definida pela necessidade do consumidor em manter ou procurar reobter sensações de prazer, de bem-estar e de satisfação por intermédio da substância, assim como evitar a sensação de mal-estar físico que se manifesta quando deixa de no término do efeito do produto. A dependência psíquica provoca, portanto, um conceito ao qual os investigadores e os técnicos de saúde chamam de *craving*: a procura compulsiva da substância, contra a razão e a vontade, expressão de uma necessidade maior e incontrolável. Por outro lado, a dependência física é abordada como a urgência incondicional que obriga o indivíduo ao consumo da substância para evitar os sintomas da abstinência, sendo portanto caracterizada por um síndrome da privação e pela manifestação de tolerância (necessidade em aumentar o consumo diário de forma a alcançar a satisfação física e psíquica).

Considera-se importante salientar que nem todos os sujeitos com utilização nociva de substâncias psicoativas evoluem para a dependência. Por outro lado, é um facto a existência de uma zona de transição entre utilização nociva e dependência, uma vez que alguns indivíduos sofrem uma instalação progressiva e cada vez mais imperativa da dependência psíquica, o *craving*.

Rahioui e Reynauld (2008) alertam-nos, igualmente, para o facto de que quanto mais cedo se iniciar o consumo de substâncias psicoativas, maior será o risco de abuso ou instalação da dependência da substância, uma vez que, inscrevendo-se na pré-adolescência ou na adolescência, estes comportamentos tornam-se mais facilmente modos de vida e hábitos difíceis de modificar mais tarde.

O sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, também designado como sistema “do reforço e do prazer”, funciona como o nosso principal gestor de desejos, prazeres e emoções. Segundo os autores (op. cit.), a programação deste sistema é iniciada a partir da infância do ser humano e está relacionada com as experiências precoces de prazer e de desprazer, no início corporais e mais tarde emocionais, e o referido apresenta uma participação ativa na análise e no

estímulo à reação a diferentes emoções sentidas, positivas ou negativas. A programação do referido sistema é, portanto, influenciada pela qualidade dos cuidados maternos e pelo desenvolvimento dos laços e de vinculação. Deste modo, os autores concluem que são os acontecimentos, emoções e stresses precoces os principais causadores de desequilíbrios relacionados com a gestão de emoções, prazeres e frustrações ao longo da vida.

1.4. O Ciclo Vicioso da Droga

Sequeira (2006) aborda a análise da dependência psicológica à luz da perspectiva psicodinâmica, enumerando quatro elementos:

1. Um desejo irreprimível de consumir droga ou de sentir os seus efeitos tóxicos (*craving*), considerado um fator central da dependência, na medida em que não é o simples consumo de um produto que está em questão mas sim uma inevitável força interior que instiga o indivíduo a procurar a droga e a consumi-la. As ansias aditivas diferem do desejo normal, apresentam uma intensidade exacerbada, provocam uma reação desajustada face à frustração da necessidade e são caracterizadas por uma rigidez e incapacidade em contrariar essa necessidade;
2. Compulsividade, na medida em que são evocadas sensações de obrigatoriedade e inevitabilidade, algo que complementa a ânsia aditiva. Deste modo, são removidos todos os obstáculos para a obtenção de droga, independentemente da existência de valores, princípios, e mesmo que seja necessário recorrer a atos ilegais;
3. Sentido ativo de dependência, ou seja, a mobilização de todas as energias em direção a apenas um objetivo, a obtenção do produto psicoativo. A dependência apresenta-se num

prisma funcional muito limitado: apenas exige o cumprimento da função de recarga e de substituição e, pelo facto de esgotar pouco a pouco os seus benefícios, o que se lhe segue é um estado de sofrimento psicológico. O toxicodependente, por sua vez, aborda essa dor tratando-a em termos físicos, como tal, anestesiando-se por meio tóxico (Ribeiro, 1995 cit. in Sequeira, 2006).

4. Automedicação, na medida em que as substâncias psicoativas apresentam como resultados a redução da intensidade de certos fenómenos desagradáveis. Efetivamente, “consumir drogas permite não apenas reduzir o sofrimento mas também repor um estado anterior mais suportável” (p. 35).

De acordo com Costa (2009), não é fácil conceptualizar a dependência. Por um lado, consiste num desejo incontrolável de repetir a administração de uma substância psicoativa, por outro, reconhecem-se as repercussões negativas desses consumos a nível psicológico, familiar, social, profissional, entre outros, assim como a existência de uma forte probabilidade de fracasso nas tentativas de suspensão ou de limitação dos consumos.

A abstinência dá lugar a um quadro de privação, isto é, irritabilidade e desejo intenso de droga, aos quais se podem adicionar, igualmente, sintomas físicos resultantes da ausência da substância no organismo. Porém, Costa (2009) refere que é o desejo de prazer, muito mais que o evitamento do quadro de privação, que leva à manutenção dos consumos, com a agravante de que, no que diz respeito aos opiáceos, principalmente, existe o desenvolvimento da “tolerância”, ou seja, de uma diminuição do efeito da mesma dose da substância levando à necessidade de aumento dessa dose com o objetivo de viver o mesmo efeito ou o efeito desejado. Desta forma, o consumidor de substâncias psicoativas inicia uma escalada (proporcional à dos consumos) de comportamentos instrumentais face à necessidade de consumir, começando, primeiramente por sacrificar os recursos disponíveis, comprometendo

depois o seu crédito junto de familiares e amigos, passando às burlas, cheques sem cobertura, roubos e, frequentemente, à prostituição.

Segundo o autor (op. cit.), as principais sequelas provocadas pela dependência de substâncias por parte do indivíduo são: menor rendimento no trabalho, desleixo, incumprimentos a nível profissional e relacional. Todos estes fatores são vincados pela consequência da sobreposição do desejo do prazer a questões vitais importantes como as responsabilidades e motivações. O toxicodependente passa a concentrar-se progressivamente na cultura da droga, até ao ponto em que a sua única preocupação é a próxima dose, deportando, deste modo, atividades como o desporto, o estudo, o namoro para um segundo plano, até à sua total eliminação.

Torres et al. (2004) advertem para o facto do desenvolvimento da dependência se relacionar diretamente com a vivência de experiências traumáticas, ou de perturbações graves da vinculação emocional na infância e na adolescência, por parte do toxicodependente, que parecem ser compensadas por uma ligação aditiva a substâncias psicoativas. A este respeito, os autores referem que a construção da personalidade por parte do dependente, pela história de desenvolvimento relacionada com o seu contexto sócio-familiar ser caracterizada muitas vezes como deficiente, induz um sentimento de vazio crónico, desvalorização pessoal e angústia, nos quais a droga incide diretamente como um “falso escudo protetor contra o sofrimento” que permite ao dependente iludir os aspetos das suas relações com a vida.

Dubinsky (2000, cit. in Torres et al., 2004) defende que o ser humano tende, de uma forma natural, a iludir a realidade daquilo que vê em termos negativos, em si próprio e no mundo que o rodeia, evitando deste modo o sofrimento provocado pela noção da sua condição humana como frágil e mortal. Deste modo, ao invés de resolver a sua dor mental através da compreensão, recorre inconscientemente a defesas que evitam o sofrimento, decorrente, em

particular, de sentimentos de cólera, vergonha e abandono, tornando o consumo de drogas numa verdadeira compensação do sistema afetivo.

Em suma, a literatura aborda o consumo de substâncias ilícitas como resposta de enfrentamento ao sofrimento emocional, através da libertação face a estados afetivos desagradáveis (Jesus & Rezende, 2010; Torres et al., 2004; Costa, 2009). Neste sentido, Dias (2000) refere que o regresso do toxicodependente ao seu estado de lucidez é caracterizado, pelo próprio, como desinteressante e destituído de significado, fator que potencia um auto-conflito no dependente que, incapaz de compreender a sua experiência emocional e de tolerar a frustração provocada por esta, vê-se confrontado uma vez mais com a necessidade de fugir dessa dor, recomeçando o ciclo vicioso da droga e alargando a gravidade da sua dependência.

1.5. Toxicodependência e Psicopatologia

De acordo com Sequeira (2006), as substâncias psicoativas apresentam a característica de modificar o estado de consciência, ou seja, a visão que tem de si, dos outros e do mundo. O autor refere que consumir não consiste em sofrer os efeitos de um produto psicotrópico, mas sim num passo ativo, por parte do indivíduo, na procura da manipulação das suas próprias percepções relacionadas com o meio em que está inserido. Deste modo, desenvolveu-se a convicção de que existem, no toxicodependente, fortes sinais psicopatológicos de crucial importância no desencadear do estilo de vida de dependência de substâncias psicoativas.

Wurmser (1978, cit. in Sequeira, 2006) chama a atenção para o facto de que as poucas amostras de toxicodependentes nas investigações revelam, com a ajuda de testes, que se encontram repletas de psicopatologias graves, tendo particular destaque o facto de a depressão estar relacionada principalmente com a heroíno dependência. Por sua vez, Blatt (1984, cit. in

Sequeira, 2006) indica que os toxicodependentes, para além de serem tendencialmente depressivos, pertencem ao grupo de pessoas com perturbações de personalidade.

Sequeira (2006) refere que os jovens que iniciam um trajeto de consumo abusivo e dependência de drogas caracterizam-se, anteriormente à toma inicial das substâncias, como socialmente inábeis, enfraquecidos e desmotivados para o investimento relacional, consequência das estruturas familiares onde teve começo o desenvolvimento da sua personalidade, procurando nos efeitos psicoativos das substâncias um prazer compensatório àquele que não têm a capacidade de obter nas relações humanas.

Capítulo 2 – Vinculação e Personalidade

Durante o primeiro ano de vida, por influência das interações com as figuras prestadoras de cuidados, o bebé inicia a construção da sua personalidade a partir da experienciação, assimilação de conhecimentos e formação de expectativas sobre o modo como estas atuam e respondem aos seus pedidos de ajuda e proteção, no que diz respeito à disponibilidade e sensibilidade. Constrói também ideias sobre si mesmo, em termos do seu valor próprio e em relação à capacidade de desencadear a sensibilidade na mãe de modo a que esta responda às suas necessidades, ou seja, um conjunto de representações mentais acerca do “eu”, dos outros e das relações, que operam de forma automática a nível inconsciente e ao longo da vida (Bowlby, 1973).

A criança é interpretada, assim, como um ator pensante, uma vez que as suas primeiras experiências relacionais desempenham um papel importante no decurso do seu desenvolvimento, pelo facto de incluírem o experienciação, assimilação e acomodação do conhecimento acerca dos atributos dos outros e dos próprios. Esta visão contraria a perceção arcaica relativa ao papel passivo da criança como um simples repositório de *inputs*, e atribui-lhe um papel de protagonismo no seu desenvolvimento sócio-cognitivo (Ramires, 2003).

2.1. Ligação afetiva mãe-filho – Experiências com macacos bebés

O impacto das ligações afetivas entre os pais e os filhos, no desenvolvimento da personalidade dos sujeitos, é algo que tem sido explorado pela comunidade científica há

algumas décadas. Pelo facto de se levantarem questões de foro ético e moral relativamente à utilização de bebés humanos nas investigações que pretendiam explorar as ligações afetivas filho-progenitora, muitas destas dificuldades foram resolvidas com a utilização de macacos recém-nascidos.

De acordo com Rajecki et al. (1976), verificou-se que as respostas básicas como a alimentação, o contacto, o agarrar, a exploração visual e auditiva não mostravam quaisquer diferenças fundamentais nas duas espécies, bebés macacos e bebés humanos.

Foram separados de suas mães e alimentados a biberão mais de sessenta animais, numa experiência que tinha como objetivo estudar o modo como se desenvolviam os macacos na ausência da figura materna, assim como o seu comportamento na presença de um objeto que simulasse a presença da mãe macaca. Uma das conclusões foi a variável “conforto de contacto”, que seria elementar no desenvolvimento saudável dos animais. Verificou-se que um macaco criado numa jaula com o chão de simples rede de arame, ao contrário dos criados em jaulas com o chão forrado a almofadas de pano, sobreviviam com dificuldade durante os primeiros cinco dias de vida. Por outro lado, se fosse introduzido um cone de rede de arame, o bebé acabava por passar melhor. E se o cone fosse coberto com tecido felpudo (simulação da figura materna), desenvolviam-se bebés enérgicos, saudáveis e felizes (Rajecki et al., 1976).

Posteriormente, resolveu estudar-se as respostas afetivas dos macacos recém-nascidos a uma mãe artificial, inanimada. Os investigadores (op. cit) criaram dois modelos de mães: o primeiro, em bloco de madeira, coberto com borracha esponjosa e forrado de tecido de algodão felpudo, resultando daí uma mãe “macia, quente, terna, com uma infinita paciência, uma mãe acessível vinte e quatro horas por dia, uma mãe que nunca ralhava com o seu bebé e nunca lhe batia ou mordia encolerizada” (p. 85). A segunda mãe macaca seria um modelo feito de arame, sem capacidade para proporcionar conforto de contacto. Ambos os modelos foram colocados em cubículos diferentes ligados à jaula de habitação do bebé, selecionando quatro macacos

bebés para a primeira mãe e outros quatro para a segunda mãe, sendo que em qualquer das condições o bebé recebia todo o seu leite através do modelo maternal. Observou-se que, com a idade, os sujeitos com a mãe de arame lactante mostravam, em relação a ela, uma reação de afastamento gradual e, por outro lado, uma reação favorável de aproximação à mãe de pano, que não os amamentava.

Outra das descobertas, de acordo com os autores (op. cit.), no seguimento da experiência com os dois modelos de mães (a de arame e a de pano) foi que a mãe de arame era biologicamente válida mas, psicologicamente inapta. Não foi observada qualquer diferença a nível de peso ganho ou quantidade de leite ingerido, em todos os animais, independentemente da referência materna que lhes tinha sido atribuída, exceto na composição das suas fezes. Os bebés com a mãe de arame apresentavam fezes mais moles, sugerindo uma manifestação psicossomática.

Efetivamente, já se tinha dado conta que o conforto de contacto era uma variável afetiva muito importante, no entanto chegava-se à conclusão que era igualmente uma variável básica, portanto, elementar para o desenvolvimento, ao ponto de sugerir que a função primária da alimentação, como função afetiva, é a de assegurar um contacto frequente e íntimo do corpo do bebé com a mãe (Rajecki et al., 1976).

As descobertas acima referidas viriam a tornar claro que a figura materna é muito mais que a redução da fome e sede, tendo o contacto e o conforto um maior impacto afetivo que a própria amamentação, demonstrando-se proporcionadores de segurança e vínculo.

2.2. A Teoria da Vinculação de Bowlby

Edward John Mostyn Bowlby foi um médico e psicanalista inglês que deu um importante contributo no âmbito do desenvolvimento psicológico do ser humano, através da observação de

crianças nos primeiros anos de vida em determinadas situações. Os resultados das suas observações permitiram-lhe descrever fases iniciais de desenvolvimento da personalidade, acreditando que os respetivos padrões manifestar-se-iam de igual forma ao longo da vida, como parte do indivíduo. Segundo este investigador, o vínculo seria a propensão dos seres humanos a construírem ligações afetivas fortes a outros específicos, o que explicaria o desenvolvimento de psicopatologias e, portanto, trajetórias de vida desadaptativas, como provenientes de fenómenos como a separação ou a perda não desejada. (Bowlby, 1988).

Segundo Bowlby (1988): “Attachment behaviour is any form of behaviour that results in a person attaining or maintaining proximity to some other dearly identified individual who is conceived as better able to cope with the world” (p. 25). À medida que o indivíduo vai desenvolvendo as suas faculdades físicas e cognitivas, a frequência em que o comportamento de vinculação é ativado vai diminuindo, podendo no entanto voltar na idade adulta, em situações de doença, sofrimento ou perigo (1977, Bowlby cit. in Barstad, 2013).

Apesar de reconhecer a importância da vinculação ao longo de todo o ciclo de vida do ser humano, Bowlby (1988), pai da Teoria da Vinculação, refere que o desenvolvimento da saúde mental é fortemente influenciado pela qualidade dos cuidados parentais recebidos nos primeiros anos de vida. Adverte, portanto, para a importância do vínculo mãe/bebé e para os potenciais perigos resultantes a ele subjacentes.

A criança, quando vem ao mundo, encontra-se num período de desproteção e dependência, que decorre da sua fisionomia frágil e não desenvolvida. É o “instinto” de proximidade o único recurso de proteção que permite a sobrevivência da criança. Neste sentido, a seleção natural privilegiou, segundo Cassidy e Shaver (2008), o desenvolvimento de adaptações físicas (olhos largos, expressões faciais emotivas e cativantes) e comportamentos (chorar, agarrar, seguir) no sentido de atrair e reter a atenção de potenciais cuidadores, aumentando a probabilidade de proteção e a vantagem de sobrevivência.

A partir desta linha de ideias, Bowlby, (1977, cit. in Barstad, 2013) acreditava que a função biológica do comportamento de vinculação seria a sobrevivência, sendo esta a justificção para a procura, por parte das crianças, dos seus pais em momentos de sofrimento, e esses, por sua vez, possuiriam o poder de acalmá-las e provocar a redução do *stress* e da ansiedade.

O comportamento de vinculação seria conotado, assim, como uma característica saudável do ser humano.

2.3. O contributo de Mary Ainsworth

Através da construção de um procedimento laboratorial, Mary Ainsworth observou as diferenças individuais na organização comportamental da vinculação das crianças. Este estudo, intitulado de *Situação Estranha* consistiu na exposição de crianças a uma sequência estruturada de separações e reencontros com a figura de vinculação, tendo um ser estranho como variável externa, com o objetivo de explorar a ativação do sistema de vinculação.

Neste âmbito foram identificados três padrões diferentes de interação (o seguro, o ansioso/ambivalente e o ansioso/evitante). Tendo como fatores de influência, a acessibilidade e a responsividade demonstradas pelas figuras de vinculação às solicitações de apoio, conforto e proteção, num contexto natural, cada um destes padrões potenciaria o desenvolvimento de diferentes modelos internos dinâmicos nas crianças, e conseqüentemente diferentes formas de comportamento (Bowlby, 1973; Ainsworth et al., 1978).

Segundo Main et al. (1985, cit. in Canavarro et al., 2006), foi ainda definido um quarto padrão, o “desorganizado” identificado nas crianças em situação de risco.

De acordo com os resultados do estudo acima referido, o padrão de vinculação seguro (B) apresentava a mãe como base de segurança na exploração do ambiente por parte da criança,

pois esta encontrava-se disponível para o conforto no detalhe da existência de uma situação indutora de *stress*. Estes cuidados estimulariam o desenvolvimento da autonomia da criança e potenciarão o desenvolvimento de uma boa autoestima e autoconfiança. Adicionalmente, a criança apresenta teria um maior envolvimento no jogo simbólico, mais entusiasmo, persistência e cooperação na resolução de problemas, assim como capacidade para tolerar temporariamente *o stress*.

Verifica-se, portanto, que este equilíbrio entre o sistema de vinculação (sorrir, chorar, seguir, agarrar) e o de exploração (locomoção, manipulação, exploração visual, jogo exploratório) potencia o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, tornando o padrão de vinculação seguro, por consequência um importante fator de proteção na construção da resiliência (Ainsworth et al., 1978).

Segundo os autores (op. cit.), respostas sensíveis por parte da mãe aos sinais do bebé são imperiosas na construção de uma base segura de vinculação. Pelo contrário, respostas inconsistentes e de rejeição predizem padrões de vinculação inseguros e consequentemente um desenvolvimento disfuncional de competências em diversos âmbitos.

O padrão de vinculação ansioso/evitante (A), por sua vez, apresentava uma mãe insensível às necessidades de vinculação da criança. Em resposta, a última exploraria o meio de forma independente da primeira, sendo constatável um evitamento ativo de contacto com a figura de vinculação, predominando o comportamento de exploração sobre o de vinculação. Estas crianças viriam a apresentar mais dificuldades na relação com os outros, tenderiam a isolar-se e eram descritas como emocionalmente distantes (Ainsworth et al., 1978).

A vinculação ansiosa/ambivalente (padrão C) seria resultado da existência de uma figura de vinculação pouco consistente na resposta às necessidades de vinculação da criança, sendo consequentemente criados sentimentos de rejeição nesta. A utilização da ameaça como forma de disciplina e de controlo seria um comportamento frequente. Estas crianças viriam a

demonstrar um comportamento exploratório pobre e uma necessidade de contacto excessiva com a figura de vinculação, receando o contacto visual e físico com pessoas estranhas e a vivência de situações diferentes (Ainsworth et al., 1978).

Neste padrão, o comportamento de vinculação é predominante sobre o de exploração. Sobressairiam, futuramente, dificuldades na relação com os outros como resultado da pouca maturidade e reduzida tolerância à frustração, por parte da criança, assim como uma explícita incapacidade na resolução de conflitos do âmbito social. Demonstrar-se-iam, também, mais hesitantes e menos exploratórios de objetos novos e complexos. (Ainsworth et al., 1978).

Por sua vez, o padrão D (desorganizado) de vinculação, referia-se a sequências de padrões comportamentais contraditórias em que a figura de vinculação, para além de ser sentida como protetora e fonte de segurança, seria vista, também, como uma ameaça, gerando-se uma confusão de necessidades por parte da criança, dividida entre perceber a mãe como proteção ou como perigo. A criança, por ser exposta repetidamente a comportamentos assustados, assustadores ou dissociativos por parte da figura de vinculação, experiências de maus tratos e violação dos seus direitos fundamentais de integridade física e psicológica, negligência e insensibilidade, entraria num estado de confusão e desorganização, sendo este um dos preditores mais robustos de trajetórias inadaptativas e de psicopatologia na adolescência e idade adulta (Main e Hesse, 1999).

Capítulo 3 – Iniciação no Mundo da Droga – Fatores de Risco na Adolescência

Geralmente, o toxicodependente tem o primeiro contacto com as substâncias na adolescência, ou seja, numa fase da vida que é caracterizada como problemática, delicada e frágil, marcada por muitas e profundas mudanças, tanto físicas quanto psíquicas, que tornam o adolescente mais vulnerável (Torres et. al., 2004; Pratta & Santos, 2006; Simões et al., 2006). Facundo & Castillo (2005) referem que a vulnerabilidade característica da adolescência pode ser agravada pelo facto de o adolescente se sentir pressionado, tanto pelos pais quanto pela sociedade, para uma definição e estabelecimento de um rumo para a sua vida, devendo, por isso, tornar-se progressivamente menos dependente de proteção e de cuidados.

A droga é abordada, neste sentido, por parte do adolescente, como uma porta aberta que lhe permite aliviar um vazio interno, fugir, isolar-se da realidade em que vive, esquecer os seus problemas e inseguranças e aliviar o sofrimento (Alves & Kossobudzky, 2002 cit. in. Pratta & Santos, 2006).

3.1. A influência do grupo de “colegas” na iniciação ao consumo de drogas

Sprinthall e Collins (2011), ao sublinharem o impacto das relações sociais no desenvolvimento da personalidade na adolescência, referem o termo “colegas” quase como um sinónimo de adolescentes. É, deste modo, abordada a realidade de que o crescente

desenvolvimento dos adolescentes com os colegas leva a família a perder influência sobre os filhos, em favor de outros indivíduos da mesma idade.

Efetivamente, os adolescentes ocupam a parte maior do seu tempo com os colegas, e não com a família, potenciando um alargamento social, aspeto este que diferencia as experiências da adolescência das vivências da infância. No entanto, há que ter em conta que os colegas são fundamentais ao desenvolvimento do adolescente, através de várias maneiras que não são possíveis à família - capacitação para o controlo social e aquisição dos valores sociais - formando juntamente com a família e a escola, os três principais contextos em que desenvolvem as suas características pessoais e sociais de que necessitarão na vida adulta (Sprinthall & Collins, 2011).

Os autores (op. cit) indicam que é o sentido de pertença que move os adolescentes a procurar estabelecer e ter êxito nas suas relações com os colegas. Os sujeitos que tendem a isolar-se ou a manifestar-se de forma agressiva apresentam uma maior dificuldade em fazer amizades, para além de que são, igualmente, evitados pelos colegas. A delinquência é, deste modo, percecionada como o resultado do estabelecimento de relações distantes com os colegas na infância, atestando a hipótese de que um débil relacionamento com os colegas é um preditor de uma vasta gama de problemas na vida adulta, dificuldades a nível comportamental, problemas profissionais e perturbações a nível conjugal e sexual. Por outro lado, pertença a um “bom” grupo de colegas na adolescência funciona como fator de proteção para a construção de trajetórias de vida adaptativas.

De acordo com Sprinthall e Collins (2011), a influência dos colegas pode ser informal ou normativa, sendo que ambos os tipos exercem um papel essencial no desenvolvimento da consciência do eu, por parte do sujeito, aspeto importante na construção da sua própria identidade. Na primeira, os colegas funcionam como referências, fontes de conhecimento acerca de padrões comportamentais, valores e consequências dos mesmos em diferentes

situações. Na influência normativa, os colegas exercem uma pressão social sobre os adolescentes, coagindo-os a comportarem-se de acordo com os padrões seguidos pelos elementos do grupo sob ameaça de serem abandonados.

Torna-se igualmente importante, na compreensão da influência que os colegas têm sobre os adolescentes, referir dois processos sociopsicológicos relevantes, principais preditores da iniciação ao consumo de drogas: a comparação social e a conformidade (Sprinthall & Collins, 2011). No primeiro, os colegas proporcionam aos adolescentes a oportunidade destes entrarem em comparação, no que diz respeito ao seu comportamento e capacidades, em relação aos outros indivíduos da mesma idade e posição social. É através desta comparação que os sujeitos fazem a sua autoavaliação, tendo um impacto especialmente poderoso durante a adolescência pois, tomar consciência do eu, dos outros e dos sistemas sociais, é algo relativamente novo na vivência do indivíduo. Esta nova sensibilidade às comparações sociais e à informação pode ter implicações tanto positivas como negativas nos adolescentes. O segundo processo sociopsicológico, a conformidade, por sua vez, consiste na adoção do mesmo comportamento ou atitudes que os outros adotaram. É a consequência mais evidente da informação derivada dos processos de comparação social, e não se resume apenas a formas de atuação mas, principalmente, a alterações a nível de autoestima e de autoimagem. Aliás, um dos estereótipos existentes sobre os adolescentes postula que eles são especialmente suscetíveis às influências externas.

Um especial exemplo que se observa nos adolescentes atuais, consiste na experimentação e abuso de cannabis, um problema social amplamente discutido. Os autores (op. cit.) referem que, apesar de habitualmente os amigos terem em comum características semelhantes como a mesma faixa etária, sexo, raça, meio socioeconómico entre outros, influenciam-se mutuamente tornando-se cada vez mais semelhantes ao longo da sua relação de

amizade, sendo dessa forma que poderão reforçar-se reciprocamente no envolvimento com drogas.

A socióloga Denise Kandel (cit. in Sprinthall & Collins, 2011) desenvolveu uma investigação com uma amostra de 1879 adolescentes que frequentavam escolas urbanas e suburbanas de Nova Iorque, a partir de questionários que solicitavam a indicação do melhor amigo naquela escola. Através deste procedimento foi possível comparar os questionários dos adolescentes que eram grandes amigos na escola, assim como fazer uma análise dos aspetos semelhantes entre eles e os que diferiam.

Os resultados da experiência levaram a investigadora a concluir que os amigos se influenciam mutuamente à medida que o tempo passa, pois “os que tinham permanecido amigos ao longo do ano eram mais parecidos entre si no final do que no início do estudo, assim como os indivíduos que se tinham tornado amigos durante o ano letivo eram igualmente mais semelhantes um ao outro do que no princípio do estudo, quando ainda não tinham estabelecido essa relação” (p. 389). Constatou, também, que os amigos não eram tão parecidos um com o outro como seria de esperar, em certas atividades e comportamentos como, por exemplo, o tempo passado a fazer os deveres da escola, o rendimento escolar, valores profissionais ou preferências políticas, entre outros. Porém, eram bastante semelhantes relativamente ao grau em que utilizavam a cannabis e outras drogas ilícitas, fenómeno que assumia uma importância especial para a investigadora que observou que a formação e consolidação da amizade nesse grupo de amigos tinha como base atividades como o uso de cannabis, tendo esta substância se tornado parte integral da amizade e, como agravante, a frequência com que os participantes afirmaram ter consumido cannabis estava relacionada com o número de vezes em que os seus melhores amigos também o tinham feito.

3.2. Estilos Parentais

Sprinthall e Collins (2011), definem a família como “o ponto crucial da identidade” (p.295), o contexto onde ocorrem as nossas primeiras relações sociais, assim como a maioria das primeiras aprendizagens referentes a pessoas, situações e capacidades individuais, tendo estes fatores uma forte influência na construção da personalidade, principalmente na infância e na adolescência. A identidade é a principal realização da adolescência, e a sua construção depende desenvolvimento social, intelectual e emocional fomentado pelas realizações familiares.

Em 1965, a psicóloga Diana Baumrind (1967) desenvolveu uma investigação com a finalidade de descrever diferenças entre famílias a partir de longas observações de crianças e entrevistas aos respetivos pais, colocando as ligações entre o comportamento dos pais na família e a personalidade das crianças como os principais fatores a explorar. Os resultados das primeiras observações, quando as crianças tinham quatro anos de idade, evidenciaram, em algumas delas, características como autoconfiança, autocontrolo, curiosidade, satisfação. Por outro lado, outras crianças demonstravam insatisfação, desconfiança, tendência para o isolamento, baixa autoestima e baixa autoconfiança.

Ao longo da sua investigação, Diana Baumrind (1968) identificou três grupos de pais que expressavam a sua autoridade e tolerância para com os filhos de modo diferente: pais autoritários, permissivos e democráticos. Os primeiros foram caracterizados como rígidos e controladores, davam prioridade a aspetos como a obediência e procuravam incutir nos filhos padrões perfeitos de comportamento, utilizando medidas punitivas e violentas para impor as suas convicções. Os pais permissivos, por sua vez, exigiam pouco dos filhos e raramente utilizavam a força e o poder de forma a alcançarem os seus objetivos em termos educacionais. Por fim, as famílias democráticas equilibravam as características de ambos os outros estilos,

não deixando de possuir expectativas e limites firmes no que diz respeito ao comportamento dos filhos e procurando facultar orientação através de estratégias relacionadas com a sensatez e um sistema coerente de recompensas e punições, nunca menosprezando as necessidades emocionais e os interesses dos filhos.

A partir desta diferenciação de dinâmicas familiares, o sociólogo Glen Elder (cit. in Sprinthall & Collins, 2011), realizou uma investigação que contemplou 7000 estudantes e que tinha como objetivo explorar o modo como os distintos estilos parentais reagem às transformações físicas e psicológicas originadas pela entrada das jovens na fase da adolescência.

Concluiu-se que os filhos oriundos de famílias democráticas eram mais autoconfiantes e independentes do que os de famílias autoritárias. O autor refere que os pais autoritários e os pais permissivos não constituem um modelo sólido de responsabilidade e sensibilidade social para os adolescentes pelo facto de muitas vezes não demonstrarem abertura aos interesses dos filhos. Os pais democráticos, por sua vez, potenciam e capacitam os seus descendentes para uma gradual tomada de decisão, sob a sua supervisão, assim como para uma prática de comportamentos responsáveis, dando-lhes posteriormente um feedback sobre as decisões tomadas, contrariamente aos pais autoritários que têm menos probabilidades de proporcionar uma autonomia limitada desse género, e aos pais permissivos que podem nem sequer conseguir dar orientações claras e coerentes consoante a idade e as experiências dos filhos (Elder, 1963 cit. in Sprinthall & Collins, 2011; Linares et al., 2002).

3.3. Disfunção Familiar

Diversos investigadores colocam a disfunção familiar no topo dos fatores de risco face ao consumo de substâncias, entendendo que os jovens que têm mais dificuldades no contexto

familiar apresentam frequentemente sintomas de mal-estar psicológico, passíveis de ser atenuados no recurso a comportamentos de consumo de substâncias. Efetivamente existe uma certeza de não ser possível tratar toxicodependentes sem olhar para as suas famílias, sem compreender o contexto onde se desenvolveu a doença (Simões et al., 2006; Fleming, 1995; Sequeira, 2006; Pratta & Santos, 2006; Schenker & Minayo, 2003; Dieguez, 2000; Paiva & Ronzani, 2009).

Fleming (1995) salienta que a compreensão teórica que é feita da toxicodependência compreende, portanto, um problema ligado às perturbações do desenvolvimento psicológico, que tem início na infância precoce e passa por fases específicas ao longo do tempo, tendo como condicionante a dinâmica do funcionamento familiar. Deste modo, a droga incorpora-se na vivência do sujeito mediante o terreno psicológico que possui, favorável ou desfavorável, “uma vez que os factos externos agem através ou mediados pelos factos internos” (p.22).

Através da sistematização de resultados obtidos a partir de um estudo bibliográfico envolvendo as dimensões família, adolescência e drogas, Pratta e Santos (2006) concluíram a que a qualidade da vida familiar é o principal fator de proteção do envolvimento de adolescentes com substâncias psicoativas. Por outro lado, frente à desagregação familiar e ao mundo violento que muitas vezes desta decorre, a toxicomania surge para o adolescentes como uma direção para o que pensam ser a felicidade, ou seja, uma forma de aliviar um vazio interno, de fuga, de se isolar da realidade em que vive, de esquecer os seus problemas e inseguranças e de aliviar o sofrimento.

A família é, definitivamente, a mais importante fonte de socialização do adolescente, sendo elementar salientar as práticas educativas e os estilos de criação da família como agentes facilitadores ou entraves à iniciação do comportamento de consumo. Vínculos familiares de baixa qualidade, reduzido ou negativo relacionamento intrafamiliar, não estabelecimento de regras e limites ou fazê-lo de forma incoerente e pouco clara, não monitorização e supervisão,

desequilíbrio, entre outros, são fatores que comprometem o desenvolvimento cognitivo, comportamental, afetivo e existencial da criança/adolescente, tendo um grande impacto na autoconstrução das representações de si e dos outros (Schenker & Minayo, 2003; Gonçalves & Pereira, 2011).

Uma pesquisa realizada pela Fundação Osvaldo Cruz (Brasil), Universidade do País Basco (Espanha) e Universidade de Los Andes (Colômbia) em 2000, de teor comparativo entre consumidores de substâncias psicoativas e não consumidores, revelou que a tendência para a dependência de substâncias está intimamente relacionada com a qualidade do seio familiar, especificando a sua importância no ato de decisão do jovem frente às referidas substâncias. Em lares preenchidos de segurança, diálogo, afeto e aconchego constatou-se que a reincidência em consumos, após a experimentação, apresentava uma taxa muito reduzida comparativamente com os lares que careciam de apoio mútuo e espaço de expressão de sentimentos, assim como caracterizados por falta de interesses em comum (Dieguez, 2000).

Paiva e Ronzani (2009) sublinham, igualmente, as saudáveis interações subjacentes ao seio familiar como forte influência na prevenção do comportamento de uso abusivo de drogas, mencionando a falta de suporte parental, o uso de drogas pelos próprios pais, atitudes permissivas dos pais perante o consumo e incapacidade dos pais de controlar os filhos como os principais fatores predisponentes à iniciação ou continuação de uso de drogas.

3.3.1. Toxicodependência e Perfil Sociofamiliar

A perturbação do funcionamento mental do toxicodependente e a sua complexidade, que resulta numa rigidez em relação à mudança, característica dessa população, não são consequências apenas da problemática da adolescência - com os seus processos de transformação subjacentes a nível físico e psicológico - e o facto de geralmente se iniciarem os

consumos de drogas nesse período. A dependência da necessidade de preenchimento do vazio, por parte do toxicómano, resulta de um conjunto de outras problemáticas, na maioria das vezes, associadas ao ambiente familiar onde se desenvolveram, que têm o seu início na infância e continuam na adolescência prolongada, problemas que ficam por resolver e são eternamente adiados pelo facto de o sujeito não saber lidar, por jamais ter sido ensinado, com o seu mundo interno (Sequeira, 2006).

Neste sentido, Claude Olievenstein (cit. in Siqueira, 2006) afirma que, em 99% dos casos, existe um conjunto de indicadores, relacionados com a infância dos toxicómanos, que sugerem uma fragilidade e uma predisposição.

Efetivamente, não é indicado um perfil familiar único do qual resulte um membro toxicodependente. No entanto, a investigação nesta população tem revelando a existência de um conjunto de “pontos comuns” num determinado número de constelações familiares de toxicodependentes, muitos deles também encontrados em quadros psicopatológicos como a anorexia nervosa e a esquizofrenia (Sequeira, 2006, Fleming, 1995).

3.3.2. Mãe superprotectora e pai ausente – A construção da identidade do toxicómano

Diversos autores têm caracterizado o contexto familiar do toxicodependente como constituído por uma mãe de personalidade depressiva que regula a sua autoestima em função do outro, tornando-se uma recetora incondicional de sentimentos provocados pelo comportamento do marido e do filho. O filho, por sua vez, potencia a sua conversão em “droga da mãe”, não sendo atendido nas suas reais necessidades de desenvolvimento de uma personalidade autónoma e independente, mas sim em função das necessidades emocionais da mãe (Torda, 1968; Sequeira, 2006; Fleming, 1995).

De acordo com Sequeira (2006), a mãe, controladora e indulgente, “demonstra-se capaz de fazer tudo pelo filho, exceto ajudá-lo a crescer e deixá-lo sozinho” (p. 85). O marido, disfarçando não se aperceber de tal vínculo simbiótico, passa a desempenhar um papel superficial de pai e não intervém no sentido de cortar o cordão umbilical psicológico como deveria, afastando-se. Independentemente da sua condição financeira, tem de trabalhar muito, afastando-se do lar ou, quando se encontra, é como se não estivesse.

Os resultados da investigação de Torda (1968) padronizam a atuação da figura paterna do toxicodependente como passiva, desinteressada pela família e, em particular, pelo filho adicto. Para além disso, a maioria percentual dos toxicodependentes em entrevista referem os consumos abusivos de álcool por parte do pai, assim como manifestações violentas extremas em casa e violência doméstica, sob o efeito de álcool, para com eles e para com a mãe.

Sequeira (2006) salienta este padrão como o mais frequente, a ligação simbiótica mãe-filho com ausência do papel do progenitor de sexo masculino. Adicionalmente a este aspeto, Amaral Dias (1996, cit. in Sequeira, 2006) refere que é importante fazer-se uma alusão ao “fantasma” do pai à mãe, ou seja, a perceção que a mãe tem do pai e o modo como a transmite ao filho (e vice-versa), podendo cultivar o valor e poder deste ou, pelo contrário, desvalorizá-lo e impedi-lo de exercer a sua função, complementar à dela própria. Os toxicodependentes mostram-se, no geral, como tendo uma relação distante e negativa com a imagem do pai.

Deste modo, a toxicodependência deve ser abordada e pensada em função de uma perturbação da relação pai-filho, díade elementar, para o dependente, no desenvolvimento dos papéis sociais e na construção da sua individualidade por identificação, processos essenciais na internalização de valores e regras de comportamento e, por consequência na adaptação a uma sociedade que é regida por normas (Sequeira, 2006).

Assim, Kalina (1999) refere que, no contexto familiar caracterizado, o filho está condenado a não ter uma identidade própria ou seja, não está destinado a ser um ser autónomo,

antes a ser “um ser para a mãe”. Assim pode ser justificado o facto de uma maioria percentual de toxicodependentes, nas faixas etárias dos 20, 30, 40 e até, 50, estarem ainda financeiramente dependentes e viverem na mesma casa da mãe, não tendo consciência sequer da inadequação que isso expõe relativamente à sua própria vida.

3.3.3. Famílias divorciadas

De acordo com Sprinthall e Collins (2011), o divórcio parental pode ser considerada uma experiência extremamente marcante em termos negativos, quando vivenciada pelos adolescentes. Estes encontram-se, por si só, numa fase em que estão a sofrer grandes alterações a nível do seu desenvolvimento global, e são confrontados com uma situação suplementar de tensão, originada pelo divórcio dos pais, e tudo o que com isso se relaciona: o conflito familiar e a realidade da separação de um dos pais.

Os autores (op.cit.) referem que estudos científicos feitos no âmbito do divórcio têm indicado uma rutura emocional tanto em crianças como em adolescentes, nos primeiros dois anos após se dar o conflito conjugal. Esse aspeto traz implicações a nível de sentimentos, dado que se verifica a tendência para a raiva e indignação para com os pais, e a nível comportamental, havendo alguns adolescentes que se afastam da família e tomam decisões que transmitem o distanciamento dos pais, como estratégias de adaptação à realidade do divórcio.

3.3.4. Ausência/ Inconsistência de limites e regras de comportamento

Existe, geralmente, um fosso comunicacional nas famílias de adolescentes consumidores de drogas. Estes parecem sentir que os pais evitam comunicar, e renegam, por outro lado, essa falha de forma a não ouvirem coisas desagradáveis e negativas (Torda, 1968; Sequeira, 2006; Fleming, 1995).

De acordo com Fleming (1995), na sua pesquisa exploratória da relação entre toxicodependentes e dinâmica familiar, estas dificuldades de foro comunicacional nas famílias de adolescentes podem ter consequências no desenvolvimento das suas competências sociais, como por exemplo na tomada de decisões, no lidar adaptativamente com situações de *stress*, entre outras). A autora (op. cit) sugere que existe outro fator importante diferenciador das famílias que são confrontadas com o problema da toxicodependência, o facto de o exercício do poder ou autoridade parental não estar bem definido. Nestas famílias encontram-se mais frequentemente problemas de disciplina, comparativamente a famílias de indivíduos ditos “normais”, sendo que este problema resulta, sobretudo, de uma pobre definição de regras e de limites para os comportamentos ou, por outro lado, do tipo de disciplina usado.

Deste modo podemos sublinhar que estilos parentais autoritários e permissivos resultam, respetivamente, em revolta e gradual libertação comportamental por meios desviantes, por parte do adolescente ou, por outro lado, num excesso de liberdade comportamental que influencia negativamente a aquisição e assimilação de normas e limites que permitem a socialização de forma adaptativa na sociedade.

Kalina (1999) vai mais longe, postulando que, para se curar um toxicodependente, tem-se que ensinar não só este a ouvir um “não”, como também a família a saber dizê-lo. Esta dificuldade advém de uma infância e adolescência em que o sujeito é membro de uma simbiose familiar, onde a individualidade de cada membro não está definitivamente distinto da do outro, acontecendo uma invasão permanente de uns pelos outros, e tendo por consequência a eliminação de limites entre uns e outros.

3.3.5. Separações e Perdas

Diversos autores chamam a atenção para a frequência de situações de perda de um ou mais elementos, por morte ou separação, na família do toxicómano. Amaral Dias (1980, cit. in Sequeira, 2006) concluiu que a ausência do pai por morte ou separação é o fator mais decisivo da passagem do consumo de drogas leves para drogas pesadas, e Rosh (1988, cit. in Sequeira, 2006) destacou uma taxa de divórcios/separações superior à da população em geral, em famílias de toxicodependentes.

Efetivamente, as consequências implícitas na dinâmica familiar, resultantes da ausência de um progenitor por morte ou separação, a nível de carências afetivas e na ausência de modelos de identificação por parte do sujeito em desenvolvimento que sofreu a perda, conduzem a um inevitável estado depressivo, declarado ou latente, sendo este demasiado doloroso mas passível de ser atenuado ou aliviado pelo recurso aos efeitos das drogas. A importância da presença de figuras parentais no desenvolvimento da personalidade dos filhos e na estruturação de um equilíbrio emocional saudável, funcionando como modelos identificatórios suficientemente válidos à construção da identidade própria, é algo atualmente inquestionável.

Neste sentido, dados provenientes de investigações indicam que os adolescentes que vivem sozinhos têm uma maior tendência a consumir drogas do que os que vivem com os pais, do mesmo modo que os adolescentes que vivem com ambos os pais têm menos tendência a consumir drogas que os que vivem com apenas um progenitor (Chassin, 1984; Blum et al. 1972, cit. in Fleming, 1995). Por outro lado, mas não menos importante, Brooks et al. (1972, cit. in Fleming, 1995) observaram que os consumidores de cannabis (geralmente a droga de início do percurso de toxicodependência) apresentam uma percepção de menor envolvimento emocional com os progenitores que os não utilizadores, assim como que “os adolescentes com menor

envolvimento com a droga e menos identificação com os consumidores são também aqueles que se sentem mais ligados afetivamente aos seus pais” (p.58).

Capítulo 4 - Políticas Públicas de Intervenção na Toxicodependência em Portugal

À semelhança do resto da Europa, a evolução das políticas da droga em Portugal teve início na primeira metade do século XX, período em que se transpôs para a legislação nacional as disposições e recomendações introduzidas pela Convenção Internacional do Ópio, assinada em Haia, a 23 de Janeiro de 1912.

Deste modo, data de 1924 a primeira legislação publicada em Portugal relacionada com drogas (Lei n.º 1 687, regulamentada pelo Decreto n.º 10 375, de 9 de dezembro, que viria a ser revogado pelo Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de setembro. Em 1963, a Lei de Saúde Mental (nº 2118, de 3 de abril), já se referia à necessidade de tratamento da toxicodependência como doença, sem, no entanto, existir uma estrutura para o efetivar (SICAD, 2015).

4.1. História do Combate à Droga em Portugal

Efetivamente, Portugal de Salazar foi um país fechado às mudanças das sociedades Ocidentais e às novas tendências culturais e da moda. Na década de 60, o LSD era a droga mais frequente, o seu consumo era aceite, sem impacto social ou cultural, sendo relativamente diminuta e associada à comunidade de artistas e boémios (Domoslowsky, 2011).

O autor (op. cit.) refere que, enquanto diversos países da Europa já padeciam, de forma bem vincada, do uso e abuso de drogas, em Portugal tal fenómeno inicia-se apenas nos anos 70, embora sem a mesma expressão e sem o mesmo impacto social. Domoslowsky (2011) refere

que apenas no final da década é que a problemática do consumo de substâncias começou a ser notada em Portugal, coincidindo com o final da guerra colonial em África, o regresso de pessoas das colónias (incluindo soldados portugueses) e a queda do regime de Salazar em 1974, que resultou numa rápida abertura de um país fechado ao mundo exterior.

Em 1973 é, deste modo, criada uma consulta específica de toxicodependência, no Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa, tornando-se a primeira resposta pública a esta problemática.

Em 1975 são criadas as primeiras estruturas para fazer face a este novo fenómeno: o Centro de Estudos da Juventude (ao qual competia uma vertente mais preventiva e de tratamento médico-social) e o Centro de Investigação Judiciária da Droga (com atuação na área da repressão e fiscalização do tráfico ilícito de drogas). Porém, em 1976 ambas as estruturas são extintas. A primeira, a fim de dar lugar ao Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (com competências nos domínios da prevenção, tratamento e inserção social do toxicodependente) e a segunda ao Centro de Investigação e Controle da Droga (com competência na área da repressão do tráfico ilícito de drogas), passando estes organismos a ser coordenados pelo Gabinete Coordenador do Combate à Droga, inicialmente dependente do Conselho de Ministros e posteriormente sob a tutela do Ministério da Justiça (SICAD, 2015; Domsolawsky, 2011).

Nos anos 90 é criado, no Ministério da Saúde, o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (Lei n.º 7/97, de 8 de Março). Ainda que a Coordenação Nacional desta área estivesse sob alçada da Presidência do Conselho de Ministros, através de respostas de prevenção, tratamento e reinserção, o SPTT procedeu ao alargamento dessa rede de respostas, por forma a garantir o acesso a cuidados de todos os cidadãos afetados pela toxicodependência.

No final dos anos 90, e apesar de uma significativa evolução na promoção de respostas de prevenção e tratamento das dependências, Portugal enfrenta um grave problema social e de saúde pública por consequência da expansão do fenómeno da toxicodependência, em particular

no que diz respeito aos heroínómanos, uma população altamente fragilizada do ponto de vista social, na sua maioria com consumos por via endovenosa. Neste período, a toxicod dependência tornou-se uma das principais preocupações do governo português, que respondeu convidando um comité de peritos de diversas áreas, à elaboração de um relatório de recomendações, a fim de nortear toda a intervenção nessa área, de forma coerente e sustentada. Foi então aprovada pelo governo, através da Resolução de Conselho de Ministros 47/99 de 22 de Abril, a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicod dependência (SICAD, 2015; Domsolawsky, 2011).

4.2. A descriminalização do consumo de Substâncias Psicoativas

Até ao momento da implementação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicod dependência, Portugal procurava combater o toxicod dependente e não a toxicod dependência como doença. De acordo com Domsolawsky (2011), a partir dos desastrosos resultados desta política, constatou-se que as medidas punitivas isoladamente, por mais duras que fossem, não só não seriam capazes de reduzir os consumos, mas poderiam provocar consequências pois, ao estigmatizar os toxicod dependentes, o medo da polícia e o risco de prisão tornariam mais difícil o acesso ao tratamento. A opção por políticas mais humanas e eficientes foi o grande trunfo de Portugal no combate à expansão do fenómeno da toxicod dependência.

A medida mais emblemática implementada pela Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicod dependência terá sido a descriminalização do consumo de todas as substâncias psicoativas através da aprovação da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro (proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica) e, posteriormente, no Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de abril (descriminalização do consumo de droga, da

aquisição e da posse para consumo próprio). Foram, portanto, criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência de forma a aplicar esta nova Lei, substituindo os tribunais criminais como resposta do Estado ao consumo de drogas.

Para Domoslawsky (2011), a estratégia de transição da problemática de toxicod dependência, do sector jurídico para o sector da saúde pública, foi a chave para que, na última década, Portugal assistisse a uma queda significativa no número de novas infeções por VIH e de mortes relacionadas com droga, principalmente pelo facto de, aos dependentes atuais, haver acessibilidade de entrada em programa terapêutico de reabilitação, ao invés de serem encarcerados em estabelecimentos prisionais, no sentido de cumprirem uma pena que em nada resolveria os seus problemas, agravando-os, assim como os da sociedade.

Em 1997, assim, é promulgada a Lei n.º 7/97, de 8 de março, que refere a necessidade da existência de uma rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicod dependentes (Unidades de Atendimento, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas), de forma a garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional a todos os cidadãos afetados pela toxicod dependência.

Para além da descriminalização do consumo de substâncias psicoativas e do reforço de toda a intervenção já existente, foram também criadas, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 183/2001 de 21 de junho, respostas na área da redução de riscos e minimização de danos (RRMD), tais como, Equipas de Rua, Gabinetes de Apoio, Programas de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência, Centros de Acolhimento, Centros de Abrigo com inclusão de equipas técnicas na área das dependências e Pontos de Contacto e Informação e que hoje constituem a Rede Nacional de RRMD (SICAD, 2015).

4.3. Políticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD)

De acordo com Costa (2001), as primeiras medidas de redução de danos surgem na segunda metade da década de 80, desencadeadas pela expansão preocupante do vírus da SIDA, em complemento com outras medidas direcionadas à promoção "sexo seguro". No entanto, apenas na década de 90 aparecem medidas típicas de redução de danos, como a distribuição e a troca de seringas, inicialmente em algumas zonas estratégicas e, posteriormente, alargando a medida a todo o território nacional.

Depois das primeiras estratégias de RRMD, foram surgindo pontualmente outras medidas, como a administração de metadona, ações de apoio a grupos específicos (prostitutas, arrumadores de automóveis) e outros de apoio médico e de reinserção social (alimentação e abrigo, etc.).

Estas políticas vigentes no sistema estatal têm como finalidade, não apenas atenuar os perigos ligados ao consumo problemático de drogas e as suas implicações para a saúde pública (redução de riscos), mas também diminuir os prejuízos que o consumo envolve, sobretudo na perspetiva individual do consumidor (minimização de danos) (Costa, 2001).

4.4. Criação dos CRI's e do SICAD

Após avaliação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência, em 2005, observou-se necessário o reforço da coordenação e integração de respostas a nível local. Assim, todo o trabalho de intervenção nas dependências passou a ser desenvolvido, por intermédio de uma rede de respostas integradas e complementares, numa base territorial preconizada pelos Centros de Respostas Integradas (CRI), referenciados a um território

definido e que dispõem de equipas técnicas especializadas para as diversas áreas de intervenção (SICAD, 2015).

Do ponto de vista da organização e operacionalização de toda esta intervenção, Portugal tinha como entidade impulsionadora o Instituto da Droga e da Toxicoddependência - IDT, I.P. Posteriormente, em 2011, no âmbito do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central – PREMAC, e através do Decreto-lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro, o IDT, IP é extinto, objeto de fusão, sendo as suas atribuições integradas no Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), com exceção das atribuições nos seguintes domínios: 1) licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das toxicoddependências e da execução dos programas de intervenção local, do património e dos recursos humanos afetos às delegações regionais, que são integradas nas Administrações Regionais de Saúde, I. P.; 2) Das atividades regulares de fiscalização, que são integradas na Inspeção -Geral das Atividades em Saúde (SICAD, 2015).

4.5. As Comunidades Terapêuticas

A Comunidade Terapêutica é uma modalidade de tratamento residencial para a reabilitação de toxicoddependentes, alcoólicos, casos de doença concomitante, assim como para indivíduos com outro tipo de adições. Possui um método altamente estruturado através de um sistema de pressão artificialmente provocado, para que o residente enfrente a sua patologia em frente aos seus semelhantes, que servirão de espelho da consequência social dos seus atos.

De acordo com De Leon (2003), a Comunidade Terapêutica engloba os seguintes conceitos:

1. Aspeto Residência: O isolamento temporário do utente, relativamente à sociedade, ajudá-lo-á a trabalhar sobre si mesmo, sem “ruídos do exterior”;
2. Estrutura Organizada: A Comunidade auto gere-se a si mesma, na totalidade, com uma estrutura bem definida de mecanismos de comunicação, limites, responsabilidades, sectores de trabalho e horários;
3. Clima Artificial de Pressão: A comunidade terapêutica é uma micro sociedade artificial que precisa de provocar uma contínua pressão para a mudança, desde o mais exterior da pessoa (os seus comportamentos), até às suas áreas mais profundas (a sua afetividade, as suas vivências, os seus pensamentos, etc.);
4. Contínua confrontação e encontro: O processo de mudança do residente vai-se consolidando através da relação com os outros, na confrontação entre iguais, onde cada um é o espelho da realidade do outro, fator que ajuda o indivíduo a tomar consciência da sua realidade, assim como a modificá-la sempre que seja necessário;
5. Voluntariedade: O utente está na comunidade porque quer, é a sua própria decisão, e deverá ficar claro, com todos os sinais possíveis, que o residente é livre de abandoná-la em qualquer momento;
6. Ambiente Afetivo e de apoio: Qualquer processo pessoal de mudança tem que dar-se num contexto de aceitação incondicional, livre de juízos e pré-juízos e carregado de interesses, estima, carinho e amizade. Quando não se forma uma vinculação afetiva com a comunidade, o utente tenderá a abandoná-la, pois esses laços significam a compensação e o estímulo que permitem o enfrentamento das distintas crises que naturalmente surgem.

II Parte - Estudo Exploratório

Capítulo 5 – Definição do Problema e Perspetivas de investigação

5.1. Delineamento do Estudo

Como referido anteriormente na revisão literária, existem evidências de uma forte relação entre a toxicodependência e experiências de adversidade precoce, dinâmicas parentais e ambientes familiares, em síntese, a vivência familiar do indivíduo na sua infância/adolescência, com repercussões na formação da sua personalidade, que é consequência da construção do sentido de si e dos outros.

Este estudo, de teor correlacional, apresenta um plano investigatório de carácter misto, cuja finalidade passa por relacionar experiências de adversidade precoce, interações, dinâmicas e indicadores de disfunção familiar, percebidos e relatados na primeira pessoa (mediante entrevista), com a personalidade do sujeito toxicómano (traços obtidos através de dois questionários de pergunta fechada, numa amostra populacional de 30 toxicodependentes em reabilitação).

Não existe, efetivamente, qualquer teoria absoluta, coerente e integradora de todo o conhecimento, que potencie a prática de intervenções à problemática da toxicodependência. Por outro lado, continuam a surgir diversos modelos, oriundos de várias áreas científicas como a sociologia, psicologia, medicina, psiquiatria, entre outras.

Atendendo ao facto da população referida, pelas suas características próprias e imprevisíveis, ser de fraca acessibilidade no que diz respeito a estudos e pesquisas, consideramos esta linha de investigação pertinente uma vez que os seus resultados serão

apresentados como mais um contributo ao estudo da problemática, promovendo não apenas uma melhor compreensão, mas também um auxílio ao nível das intervenções psicoterapêuticas, pelos profissionais de saúde.

5.1.1. Objetivos da Investigação

Como referido anteriormente, vários estudos apontam o saudável funcionamento familiar como fator de proteção na toxicodependência. Ao invés, um ambiente familiar caótico, relacionamento disfuncional pais – filhos aliados a uma má comunicação no seio familiar propiciam uma maior probabilidade de envolvimento em comportamentos de risco.

As teorias que visam o desenvolvimento da personalidade ao longo da vida, para além dos aspetos biológicos inerentes ao indivíduo, referem a importância da sua interação com o contexto envolvente, desde o nascimento à morte, dando ênfase à relação da criança com os seus cuidadores no processo da sua formação, tanto na construção do sentido de si como dos outros.

Dadas as implicações envolvidas, pretendemos estudar o sujeito toxicodependente nas suas dimensões cognitiva, comportamental, afetiva e existencial, a fim de as relacionar com experiências de adversidade precoce, estilos parentais, ambiente familiar e personalidade, ou seja, averiguar se os dados obtidos sugerem uma relação entre as vivências dos indivíduos desencadeadas pelos acontecimentos de vida, particularmente os relacionados com o ambiente familiar e social, e a construção de trajetórias de vida disfuncionais.

Assim, os objetivos desta investigação são: explorar a hipótese da existência de um ou mais dimensões familiares comuns na história de vida dos toxicodependentes; fazer o levantamento da situação psicológica depressiva dos toxicodependentes que participam nesta investigação, a partir dos resultados obtidos no IDB; explorar a hipótese da existência de fatores

relacionados com o ambiente familiar de desenvolvimento do toxicodependente, que propiciem o desenvolvimento de traços de personalidade desadaptativos.

5.2. Questões de Investigação

No presente trabalho propomo-nos investigar a relação existente entre os fatores de ordem familiar e individual do toxicodependente, e a construção de trajetórias de vida disfuncionais, nomeadamente os hábitos de consumo de substâncias psicoativas.

A partir desta ideia central, formulámos as seguintes questões:

1. Será que existem experiências de adversidade precoce, ambientes familiares e estilos parentais que possam estar associados ao risco de consumo de substâncias por parte dos filhos?
2. Será que existe uma relação directa entre o sofrimento e a depressão e o desenvolvimento do comportamento de consumo de substâncias?
3. Será que existem traços de personalidade característicos, cujo desenvolvimento é consequência de vivências ou ambientes familiares específicos?

Capítulo 6 - Metodologia

Pretendemos desenvolver o presente trabalho científico utilizando uma metodologia qualitativa e quantitativa, portanto, mista, com base nos fundamentos teóricos de Johnson et al. (2007).

A razão desta opção é o facto de entendermos que este é o tipo de análise que melhor se adequa aos objetivos do nosso estudo, permitindo-nos recorrer a uma triangulação de instrumentos e estratégias, fomentar uma complementaridade através da ilustração e clarificação dos resultados de uma metodologia para a outra e, por fim, expandir o alcance e a diversidade da investigação.

Pais (2001) chama a atenção para a importância dos relatos dos indivíduos, relativamente à sua história de vida, uma vez que, considerando o passado a partir do presente, revisitando-o, filtrando-o, desenvolvendo uma lógica narrativa, torna possível a reconstrução de conteúdos por parte do investigador. O aspeto primordial do método biográfico é o facto de as memórias serem narradas do ponto de vista de quem as evoca, ou seja, a percepção na primeira pessoa revela-se elementar, sendo efetivamente o único fator de importância, independentemente do que tenha acontecido.

Evidentemente, os toxicodependentes entrevistados relataram algumas das suas memórias, não todas as experiências de vida, mas apenas as que decidiram facultar. Por isso, o trabalho ao nível da empatia, congruência, aceitação incondicional, entre entrevistado e entrevistador, fomentado a partir da entrada em programa terapêutico do primeiro, tenha sido importante na construção de um clima de confiança, chave elementar que corresponde ao trinco da porta das memórias de vida do toxicómano, geralmente desequilibradas por força das vivências de sofrimento e trauma. Estas condicionam frequentemente a abertura do indivíduo

aos outros, levando-o a isolar-se e a alimentar a ideia da impossibilidade de alguma vez ser compreendido e aceite numa sociedade que não lhe pertence, por incapacidade de se adaptar.

Tivemos, deste modo, a preocupação de fugir a propósitos excessivamente diretivos, sendo pedido aos participantes que não hesitassem em acrescentar aspetos em falta, incidindo com uma maior sensibilidade nas trajetórias de vida subjacentes à sua infância e adolescência, inícios dos consumos e relação com os pais. Considerámos especialmente importante respeitar apenas um conjunto de tópicos que traçavam os objetivos da entrevista face ao trabalho de investigação em que esta se insere, de forma a fazer o levantamento de dados relacionados com o funcionamento intrafamiliar e estilos parentais promotores do desenvolvimento da personalidade do toxicómano participante.

Aos toxicodependentes participantes abriu-se a possibilidade de criarem a sua própria narrativa, não constrangidos por um guião rígido que muitas vezes, por obedecer a modelos analíticos pré-concebidos, acabam por desestimular a posição de quem está a tentar transpor da forma mais explícita, de si, para o trabalho de investigação, mas foi respeitado o estilo e ritmo do sujeito entrevistado, tentando evitar ao máximo a diretividade que pudesse criar uma sensação de participação em interrogatório.

Cada caso de vida foi considerado um caso de vida. Sabemos que um caso não pode representar o mundo, mas pode ser representativo de um mundo no qual muitos casos semelhantes acabam por se refletir.

É, portanto, a partir do referido acima que pretendemos realizar um estudo de carácter exploratório, abordando o método da pesquisa qualitativa “análise de conteúdo”, a partir da história de vida relatada pelos participantes. Os dados obtidos a partir desta entrevista, relacionados com os acontecimentos de vida do toxicómano, o ambiente familiar vivido e a relação com os seus progenitores permitiram o agrupamento dos participantes por dimensões

familiares e, posteriormente, através da aplicação de questionários, a obtenção de um perfil de personalidade específico.

6.1. População

Tendo em vista o objetivo de relacionar os hábitos de consumos de substâncias com a vivência familiar e a personalidade, achou-se importante que a população participante na investigação tivesse história de toxicod dependência para que se fizesse um levantamento da sua vida familiar e dos traços de personalidade característicos.

A população a que se reporta a presente investigação é constituída, deste modo, por 30 sujeitos com história de dependência de substâncias psicoativas, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 55, em regime de internamento em Comunidade Terapêutica.

A seleção dos participantes foi determinada pela relevância que esses têm enquanto unidades de observação, em relação ao objetivo de investigação – o impacto das experiências da vivência familiar no desenvolvimento da personalidade, em toxicod dependentes. No entanto, considerámos igualmente importante para a realização de uma recolha de dados férteis e credíveis, que os sujeitos toxicómanos não se apresentassem sob o efeito de substâncias e, portanto, alterados psiquicamente.

Assim, foram selecionados utentes em programa de reabilitação, em regime de internamento, com história de dependência assumida de heroína, cocaína e/ou cannabis. O facto de os participantes terem procurado uma Comunidade Terapêutica e um regime de internamento de, no mínimo, 12 meses, com o objetivo de tratarem a sua dependência de substâncias psicoativas reflete, por si só, o grau elevado de dependência e deterioração do sentido de vida por parte de cada um, sendo um importante indicador de doença e, principalmente, da sua consciencialização.

Os casos considerados revelaram-se suficientes para ilustrar a relação entre as dimensões familiares e a toxicodependência das personalidades nestes contextos desenvolvidas. Neste sentido, a amostra do estudo pode considerar-se intencional, pois a sua relevância não reside na pretensão de obtenção e generalização de resultados mas, em contrapartida, aprofundar o nível de conhecimento de realidades cuja singularidade é, por si só, significativa.

6.2. O Contexto

Como referido acima, considerámos importante para a realização desta investigação, o facto dos participantes toxicómanos não se encontrarem alterados psiquicamente, sob o efeito de substâncias. Antevendo que ao desenvolver a recolha de dados da investigação em contexto de rua, teríamos de contar com um eventual comportamento ansioso e impaciente característico do toxicómano, caso este não tivesse consumido na altura da entrevista e realização dos questionários, ou por outro lado com uma alteração psíquica resultante dos respetivos consumos, tais factos poderiam descredibilizar os dados recolhidos. Assim, optando pela recolha de dados em contexto “não protegido”, não poderia ter sido trabalhada a relação empática com o participante, o que antecedeu às entrevistas e potenciou, na maioria dos casos, um importante clima de confiança e abertura durante as sessões, resultando daí dados e relatos muito importantes.

Escolhemos, deste modo, a Comunidade Terapêutica José Maria¹, no sentido de proceder à recolha dos dados elementares a esta investigação, pesando o facto de este ser um contexto bem conhecido pelo investigador uma vez que é lá que desenvolve o seu trabalho profissional. Efetivamente, tal particularidade trouxe vantagens pertinentes, como a aquisição

¹ Denominação fictícia atribuída de forma a salvaguardar os princípios de confidencialidade e o anonimato dos participantes no trabalho científico.

de maior espaço temporal para a construção de relações sólidas, empáticas e, portanto, de confiança com os participantes no estudo. Deu-se especial importância à construção da relação “investigador – participante”, sendo esta o principal motor que potenciou o registo de experiências relevantes, relatadas pelos entrevistados que, devido à sua problemática, apresentam uma condição característica de fechamento, desconfiança e de não entrega.

O contexto de Comunidade Terapêutica demonstra-se, portanto, um espaço não só acessível, mas também relevante no desenvolvimento deste trabalho de investigação, facilitando a estadia prolongada no terreno, a proximidade com a população alvo e a aquisição de importante conteúdo por meio de entrevistas e inquéritos.

6.2.1. Breve caracterização da Comunidade Terapêutica “José Maria”

A Comunidade Terapêutica José Maria consiste numa unidade especializada de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico, intervindo no âmbito da problemática da adição, ao abrigo do Decreto-Lei nº 16/99 de 25 de Janeiro (as Comunidades Terapêuticas são unidades de internamento para estadias prolongadas com suporte psicoterapêutico e/ou socioterapêutico e apoio médico de clínica geral, com supervisão de um médico psiquiatra).

A Comunidade Terapêutica José Maria apresenta, deste modo, uma forma de intervenção direta no âmbito da marginalidade, mais concretamente no campo da toxicodependência e alcoolismo, não sendo um programa de índole sanitária, e procurando abordar a problemática na sua globalidade, implicando o sujeito na primeira pessoa, a sua família e o meio envolvente.

Trata-se de uma instituição sem fins lucrativos, de carácter privado, aconfessional e que não se situa no âmbito de nenhum partido político.

O objetivo geral da instituição é a Reinserção Social dos utentes mas, principalmente, que qualquer indivíduo que realize o programa proposto adquira um alto grau de autonomia pessoal e capacidade de decisão, baseadas na liberdade e não na dependência.

O *Projecto Homem* é o modelo terapêutico da Comunidade Terapêutica José Maria. Este teve origem em Itália, Roma, em 1979, com fundamentação em autoajuda e voluntariado. Mais tarde, em 1984, recém-formados construíram a primeira equipa terapêutica, abrindo o Centro de Acolhimento do Projecto Homem de Madrid, sendo que hoje existem 50 centros em Itália, 30 em Espanha e 6 em Portugal.

A filosofia do *Projecto Homem* situa o problema da droga na pessoa que está por detrás da substância, pelo que se define como um “Programa livre de Drogas”. O não consumo de nenhuma substância é uma condição indispensável para que o indivíduo possa desenvolver todas as suas potencialidades e realizar um trabalho de reestruturação a nível pessoal, familiar e social.

O *Projecto Homem* confia nas capacidades do indivíduo para resolver os seus problemas e facilita-lhes os instrumentos terapêuticos para que gradualmente se encontre consigo mesmo, tomando as rédeas do seu próprio processo. O processo de mudança do indivíduo que entra em tratamento produzir-se-á a partir do processo de maturação, referindo-se fundamentalmente: a nível comportamental, em que o sujeito deve abandonar os seus comportamentos autodestrutivos e alcançar uma forma de comportar-se socialmente adequada, que lhe permita uma reinserção no sentido mais amplo; a nível afetivo/cognitivo, potenciando o autoconhecimento e a aceitação de si mesmo, com vista a maturação pessoal, a independência e a autonomia; a nível espiritual, que fazendo referência à complexidade do mundo dos valores, deve promover a mudança do utente através da satisfação da própria existência, e na reconstrução da sua escala de valores.

O programa geral de intervenção do *Projecto Homem* está dividido em três fases: o Acolhimento, a Comunidade Terapêutica e a Reinserção Social.

6.3. Instrumentos

Na presente investigação e atendendo as variáveis em estudo, foram administrados três instrumentos de avaliação aos toxicodependentes. Procurou-se aplicar os considerados mais adequados, de reconhecida validade psicométrica, constituídos por um conjunto de itens de resposta simples, de fácil cotação e possibilitadores de uma análise objetiva.

Todos os instrumentos foram administrados de acordo com a seguinte ordem: Entrevista de Vinculação à Família (EVF), Inventário Multifásico da Personalidade (MMPI – Versão Mini Mult) e Inventário da Depressão de Beck (IDB). O Mini Mult ainda não se encontra aferido para a população portuguesa, desta forma foram utilizadas as notas T aferidas para a população espanhola do MMPI-2.

6.3.1. EFV

A Entrevista de Avaliação da Vinculação à Família (EVF) (Anexo A) é uma entrevista semiestruturada, e foi preferida com o objetivo de avaliar as representações dos toxicodependentes participantes na investigação acerca das relações familiares, à luz da Teoria da Vinculação de Bowlby referenciada no segundo capítulo do enquadramento teórico do presente trabalho científico.

Inicialmente, o entrevistado é solicitado a fazer uma breve descrição acerca de aspetos relacionados com questões demográficas familiares e, posteriormente, convidado a recuar no tempo e a recordar o período da sua infância e adolescência, através de um conjunto de questões

relacionadas com as seguintes áreas: Momentos de vulnerabilidade e de preocupação; Separações; Rejeição; Perdas; História de suicídio e terapia na família; Mudanças na relação parental ao longo do tempo; Efeitos das experiências infantis no desenvolvimento. Para além destes grupos de questões, é ainda aberta a possibilidade ao entrevistado de recordar outras figuras que tenham sido especialmente significativas ao longo do seu desenvolvimento (Bartholomew, 1996).

Porém, considerámos o projeto de tese como uma planta de uma casa: a casa construída nunca é igual à casa projetada. E se o terreno transmite que a casa deve ser alterada face ao projeto inicial, não deve existir a insistência em manter a casa que se projetou.

No formulário do projeto de dissertação, foi proposta a utilização do instrumento EVF. No entanto, o instrumento sofreu alterações ao longo do percurso, levando-nos a relevar outras questões com base nos testemunhos dos entrevistados. Verificou-se, portanto, o abandono «parcial» do instrumento no sentido de facultar uma maior liberdade ao entrevistado para o relato das suas vivências, dando prioridade a conteúdos com um maior grau de pertinência em relação aos objetivos do trabalho de investigação, menosprezando outros pontos importantes para a entrevista como instrumento, cuja utilidade delineada seria fazer o levantamento do padrão de vinculação, consoante as cotações de cada pergunta.

No entanto, não apenas em virtude dos próprios desafios do terreno, mas também pelo facto de se ter avaliado de maior importância a exploração da dinâmica familiar no seu todo, em todos os seus momentos (infância, adolescência, início dos consumos, vivência da dependência de substâncias), foi tomada a decisão de não ficar escravo do projeto de tese inicialmente delineado, tendo de forma a alcançar dados mais ricos.

6.3.2. MMPI (Versão Mini Mult)

O instrumento “Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota” (MMPI), na sua versão reduzida (Mini-Mult), consiste num “teste de personalidade” que possibilita a mensuração de características emocionais, de motivação, interpessoais e de comportamento do indivíduo. Trata-se de uma ferramenta extremamente valiosa e célebre, usada em um número extraordinariamente grande de pesquisas (Anastasi, 1968).

O Mini Mult é uma versão abreviada do MMPI e possibilita uma aplicação mais fácil em contexto de investigação uma vez que é constituída por 71 afirmações (em vez de 566) que permitem obter as notas das escalas do MMPI, à exceção da escala da masculinidade – feminilidade que não é utilizada (Lopes et al., 2001). Na sua aplicação regular, apresenta resultados em três escalas de validade: *Mentira (L)*, *Infrequência (F)* e *Correção (K)* descritas no Quadro 1; e em oito “escalas clínicas”: *Hipocondria (Hs)*, *Depressão (D)*, *Histeria (Hy)*, *Desvio Psicopático (PD)*, *Paranoia (Pa)*, *Psicastenia (Pt)*, *Esquizofrenia (Sc)* e *Hipomania (Ma)* descritas no Quadro 2. Valores abaixo de 40, podem revelar igualmente psicopatologia. A zona de normalidade estatística compreende valores entre 45 e 55. Entre 56 e 64 os valores revelam-se moderados quanto a psicopatologia. Entre 65 e 75 encontra-se uma zona estatística que revela um alto índice psicopatológico sendo, a partir de 75, abordado como muito alto.

Quadro 1. Descrição das Escalas de Validade do Mini Mult

Escalas de Validade	Características
Mentira (L)	Formada por questões que se referem a atitudes socialmente reprovadas, sentimentos agressivos, pensamentos negativos, perda de controlo e da postura, nos quais a maioria dos indivíduos normais cai alguma vez. É uma escala de validade que supõe que a atitude com que o sujeito respondeu ao conjunto de ítems será semelhante àquela que manterá ao longo do questionário.
Infrequência (F)	Formada por questões que focam pensamentos estranhos, experiências incomuns, sentimentos de alienação ou isolamento, crenças contraditórias, etc. Scores altos podem ter origem num padrão desviado de resposta, tais como responder de forma aleatória, tudo verdade ou tudo falso ou, por outro lado, revelar graves transtornos psiquiátricos.
Correcção (K)	Formada por questões que permitem fazer o levantamento de sujeitos anormais que produzem perfis normais, e sujeitos normais que querem-se fazer passar por perturbados. A escala K avalia em primeira instância a vontade do indivíduo em revelar informação pessoal e discutir os seus problemas, ou seja, avalia a tendência a não reconhecer a própria problemática.

De acordo com Anastasi (1968), a Escala K foi estruturada para atuar como uma variável de repressão, ou seja, é utilizada para o cálculo de um factor de correcção a acrescentar aos resultados, em algumas das escalas clínicas, a fim de obter os totais ajustados.

Quadro 2 – Descrição das Escalas Clínicas do Mini Mult

Escalas Clínicas	Características
Hipocondria (Hs)	Esta escala avalia a descrição da sensação de proplemas somáticos como a fadiga, o cansaço, mal estar gástrico, dor e debilidade física. Mede a preocupação que a pessoa tem com a sua saúde.
Depressão (D)	Esta escala avalia a depressão sintomática (sujeito desmoralizado, sem esperança no futuro, insatisfeito consigo mesmo, desconsolado). Também descreve um conjunto de sentimentos de insegurança, menos valia e culpa. É um bom indicador do grau de desconforto e insatisfação psicológica do sujeito em relação a si próprio e ao meio em que vive.
Histeria (Hy)	Compreende itens relativos ao carácter hístico e a sintomas de conversão somática, em que as scores altos assinalam a presença de características dos dois tipos (histerismo e psicossomatização) e pode ocorrer em pessoas que geralmente mantêm fachada de ajustamento superior e só em situações de stress manifestam vulnerabilidade e desenvolvem sintomas de conversão.
Desvio Psicopático (Pd)	Escala desenvolvida para identificar a personalidade psicopática, caracterizada por ausência de respostas emocionais profundas, dificuldade em aprender com a experiência, egocentrismo, desprezo pelas normas e costumes sociais, podendo atingir comportamentos anti-sociais.
Paranoia (Pa)	Desenvolvida para detectar características paranóicas (ideias de referência, sentimentos de perseguição, conceito de si grandioso, hipersensibilidade interpessoal e rigidez psicológica).
Psicastenia (Pt)	Esta escala reflecte a ansiedade e a angústia (emotividade negativa), assim como a tendência a culpar-se quando as coisas não saem bem, e um esforço para controlar de maneira rígida os impulsos. Escala validada por indivíduos caracterizados por grande fadiga física e intelectual, dúvidas sistemáticas e excessivas, medos injustificados, obsessões, compulsões e grandes níveis de ansiedade.
Esquizofrenia (Sc)	Perturbações de pensamento, de percepção, do afecto, dificuldade de controlo dos impulsos e alterações da sociabilidade
Hipomania (Ma)	Avalia ideias de grandeza, excitação, elevada actividade, relações familiares e conjugais, hiperactividade de pensamento e de acção, instabilidade e labilidade do humor, euforia, excitação psicomotora, auto-conceito grandioso, egocentricidade, impulsividade e facilidade de passagem ao acto.

A pontuação obtida pelas escalas de validade e clínica possibilitam, igualmente, a obtenção de dados relevantes:

- *Índice de Ansiedade*: os valores obtidos determinam o grau de ansiedade com que o questionário Mini-mult foi realizado, por parte do participante, na investigação. Valores de ≥ 50 determinam ansiedade significativa. Pode ser calculado através da equação: $(Hs + D + Hy) + (D + Pt) - (Hs + Hy)$;
- *Índice de Goldberg*: discrimina perfis neuróticos de psicóticos. Valores ≥ 45 são usualmente interpretados como indicativos de psicose. Pode ser calculado através da equação: $L+Pa+Sc-Pt-Hy$;
- *Locus de Controlo*: valores superiores a 1 revelam o índice de dependência de outros, ou seja, a expectativa do indivíduo sobre a medida em que o seu reforço se encontra sob controlo externo, relacionado com outras pessoas, sorte, etc. Pode ser calculado através da equação: $(Hs+D+Pt) / (Hy+Pd+Ma)$.

O objetivo é, essencialmente, fazer um levantamento dos diferentes aspetos da personalidade normal e patológica dos toxicodependentes participantes na investigação. No final, a cotação de todas as escalas resulta na elaboração de um perfil gráfico que aponta para a normalidade ou existência de patologia das dimensões acima descritas.

Foi utilizada a versão portuguesa do Mini Mult, traduzida por Lopes (1985, cit. in Martins, 2011) (Anexo B).

6.3.3. IDB

O Inventário da Depressão de Beck (IDB) é um questionário de autorrelato, construído por Aaron Beck em 1961, cuja finalidade é observar a autoavaliação realizada pelo indivíduo face a sintomas e atitudes cognitivas depressivas, através da resposta a vinte e um itens.

Cada item encontra-se organizado numa escala de 3 pontos em que o 0 corresponde à inexistência de sintomatologia depressiva, ao contrário do 3 que corresponde a psicopatologia severa, sendo o total cotado o resultado final do IDB, correspondendo desta forma, ao grau de severidade da sintomatologia depressiva (total máximo de 63 pontos).

No presente estudo estabeleceu-se os seguintes pontos de corte: Ausência de sintomas: 0 a 9; Sintomatologia leve: 10 a 15; Sintomatologia moderada: 16 a 19; Sintomatologia moderada - grave: 20 a 29; Sintomatologia grave: 30 a 63.

O IDB revelou-se, segundo os seus autores, um instrumento de alta confiabilidade e de boa validade, demonstrando bastante estabilidade diagnóstica. Discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos e é cada vez mais considerado uma referência padrão e uma das escalas mais comumente utilizadas para a avaliação da depressão.

Este instrumento foi traduzido para português em 1982 e validado por Gorestein e Andrade (1996, cit. in Maluf, 2002) (Anexo C).

6.4. Amostra

A amostra na qual incide a nossa investigação é de conveniência e é composta por 30 indivíduos, 28 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, que na altura da recolha de dados se encontravam na Comunidade Terapêutica a desenvolver um plano terapêutico individual. Nos seguintes quadros é apresentada a sua caracterização:

Quadro 3 – Caracterização da amostra por idade, género e estado civil

		<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Género</i>	Masculino	28	94%
	Feminino	2	6%
	Total	30	100%
<i>Escalão Etário</i>	18 aos 25 anos	3	10%
	26 aos 30 anos	4	13,3%
	31 aos 40 anos	10	33,3%
	41 aos 50 anos	12	40%
	51 anos ou mais	1	3,3%
	Total	30	100%
	Total	30	100%
<i>Estado Civil</i>	Solteiro	20	66,7%
	Casado	1	3,3%
	Divorciado	7	23,4%
	Viúvo	1	3,3%
	União de Facto	1	3,3%
	Total	30	100%

No Quadro 3 é verificável que a maioria da amostra é do género masculino (94%, n= 28), que a classe etária dos 41 aos 50 anos é a mais representativa (40%, n= 12) e que dois terços da amostra se incluem no estado civil solteiro (66,7%, n= 20).

Quadro 4- Caracterização da Amostra por zona de residência, com quem vive atualmente e droga principal

		<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>Zona de Residência</i>	Região Norte	2	6,7%	
	Região Centro Interior	21	70%	
	Lisboa	6	20%	
	Região Sul	1	3,3%	
	Total	30	100%	
<i>Com quem vive atualmente</i>	Pais, Pai ou Mãe	13	43%	
	Cônjuge	1	3,4%	
	Companheiro/a	2	6,7%	
	Irmão/a	1	3,3%	
	Outros Familiares	2	6,7%	
	Sozinho	11	36,7%	
	Total	30	100%	
	<i>Droga Principal</i>	Heroína	19	63,3%
		Heroína e Cocaína	8	26,7%
		Cannabis	3	10%
Total		30	100%	

O Quadro 4 mostra-nos que a maioria dos participantes na investigação reside na zona centro-interior (70%, n= 21), vive com os pais ou um dos pais (43%, n= 13) e que vê a heroína como a droga principal (63,3%, n= 19).

6.5. Procedimentos

Todos os participantes foram convidados a participar voluntariamente nesta investigação, uma vez que se encontravam em regime de internamento na Comunidade Terapêutica José Maria, local onde foi desenvolvido todo o trabalho científico, não havendo, no entanto, qualquer alteração na dinâmica e plano terapêutico dos mesmos.

Ambas as sessões foram pré-definidas e organizadas com o participante e o profissional de saúde que o estava a acompanhar em termos terapêuticos, tendo-se respeitado a disponibilidade de tempo para participar na investigação, e o trabalho terapêutico e ocupacional que enquadra a dinâmica diária da comunidade terapêutica.

Os participantes foram avaliados em dois momentos.

Numa primeira sessão foram esclarecidos, aos sujeitos toxicómanos, os parâmetros do trabalho de investigação que estava a ser realizado, assim como a importância e o interesse em compreender os fatores de desenvolvimento existencial presentes na sua história de vida. De seguida foi solicitado aos participantes que assinassem o Consentimento Informado que elaborámos (Anexo E). Posteriormente, foi realizada a entrevista semiestruturada de Vinculação à Família com o objetivo de fazer o levantamento dos seguintes dados: acontecimentos de vida, experiências de adversidade precoce, estilos parentais e ambiente familiar.

O trabalho de articulação (montagem), que consta nesta investigação, consiste em situar diversos sistemas desencadeantes do comportamento desviante do toxicodependente, na sua infância e adolescência, nomeadamente: o padrão de vinculação à família, estilos parentais, ambiente familiar, traumas e perdas marcantes. Estes sintomas encontram-se presentes nos relatos dos participantes no estudo, algumas vezes de forma latente, outras manifesta.

Ao longo das entrevistas demos especial importância ao “transitar” pelos diversos pontos (objetivos) a explorar, particularmente entre as experiências vividas no contexto familiar e a percepção/avaliação da atuação dos pais no que à educação do participante diz respeito.

Embora inevitavelmente o entrevistado apresentasse, por norma, estratégias de defesa inconscientes (fuga para temas de segurança face à realidade de adversidade precoce vivida em contexto familiar, por exemplo: ênfase nos sucessos da vida adulta, forçar apresentar-se num padrão normal de vida como se não tivesse um problema de dependência de substâncias, entre outros), colaborava ainda assim, por norma pormenorizadamente, quando era solicitado em focar-se em determinada experiência ou área do guião da entrevista. Foi facultada, ao entrevistado, uma grande liberdade com o objetivo de se proceder ao registo dos momentos de vida importantes e percepções/considerações/avaliações reais na primeira pessoa, procurando, sempre, privilegiar a posição da escuta.

Numa segunda sessão, o participante foi submetido ao MMPI (Mini-Mult) e ao IDB, com o intuito de permitir a recolha de dados relativos aos traços de personalidade e comportamento depressivo respetivamente.

No geral, o questionário foi aplicado em regime de autoadministração. No entanto, devido a dificuldades reveladas por alguns participantes, nomeadamente problemas de visão, língua estrangeira de origem, fracas competências de leitura, nessas situações a aplicação do instrumento foi realizada num outro método: tanto o aplicador como o participante tiveram acesso ao caderno de itens, sendo o primeiro a ler os itens e a registar as respostas orais do segundo. No MMPI-2, comparativamente ao processo de autoadministração, este método demonstra resultados semelhantes, possibilitando informações clínicas pertinentes (Edward et al., 1998, cit. in Martins, 2011).

As entrevistas foram registadas em áudio, com autorização devida dos participantes e, posteriormente transcritas, sendo realizada uma leitura compreensiva do material recolhido,

com identificação dos sentidos subjacentes às falas, tendo daí resultado a elaboração de um retrato-síntese final de cada participante, incorporando os principais excertos das entrevistas. Optámos por dar um nome fictício a cada um dos participantes, no sentido de, para além de preservar o anonimato e a confidencialidade contratualizada no formulário de “Consentimento Informado” assinado pelo participante e pelo investigador, tornar a leitura das «histórias» mais fluida. Da análise de conteúdo das entrevistas resultou um trabalho de construção de perfis e agrupamento das histórias por «afinidade», atribuindo um título a cada um desses perfis que demonstra a semelhança entre as histórias em comum e a diferença face a outras histórias e perfis. Estes retratos permitiram, portanto, fazer o agrupamento dos participantes por dimensões familiares em comum.

Cada um destes grupos foi analisado relativamente à narrativa subjacente e justificativa da integração de cada toxicómano, sendo posteriormente avaliado quanto às características de personalidade e situação depressiva, através dos instrumentos de descrição quantitativa, neste caso, o MMPI (versão Mini-Mult) e o IDB. No MMPI, as normas de referência para a interpretação dos valores significativos das Escalas de Validade assim como das restantes escalas ($T \leq 40$ e $T \geq 65$) foram retirados do manual do instrumento (Butcher et al, 2001).

Posteriormente correlacionaram-se as variáveis (Dimensões Familiares e Resultados das Escalas clínicas MMPI e IDB) no sentido de apurar evidências face à relação de específicos traços de personalidade com determinadas vivências familiares.

Uma vez que as escalas do MMPI e os resultados do IDB são variáveis tratadas como quantitativas, e a pertença a determinado grupo de disfunção familiar é uma variável qualitativa nominal que define dois grupos independentes para os quais se pretende verificar se as suas médias das escalas clínicas e dos resultados do MMPI são diferentes, acrescentando o facto de a amostra geral ser de dimensão reduzida ($N=30$), aplicou-se o teste U de Mann-Whitney.

Capítulo 7 – Apresentação dos Resultados

No presente capítulo abordamos os resultados da nossa investigação, com o propósito de verificar a prevalência de indicadores de disfunção familiar nas histórias de vida dos entrevistados toxicómanos, assim como a forma como estes expressaram, e em que medida esses fatores tiveram impacto na construção da sua trajetória de vida.

Posteriormente foi aplicado o MMPI e o IDB à amostra com o objetivo de observar os parâmetros da personalidade da população toxicodependente em investigação. De seguida correlacionaram-se as variáveis (Dimensões Familiares e Resultados das Escalas clínicas MMPI e IDB) no sentido de apurar evidências face à relação de específicos traços de personalidade com determinadas vivências familiares.

Para comparação entre o grupo de ocorrência da dimensão familiar em estudo e o de não ocorrência, no que respeita às variáveis *Hipocondria (Hs)*, *Depressão (D)*, *Histeria (Hy)*, *Desvio Psicopático (Pd)*, *Paranoia (Pa)*, *Psicastenia (Pt)*, *Esquizofrenia (Sc)*, *Hipomania (Ma)*, *Índice de Ansiedade (AI)*, *Índice de Goldberg (IG)*, *Locus de Controlo (IR)* e *IDB*, foram consideradas as seguintes hipóteses, nula e alternativa:

H₀: A média de valores obtidos no grupo de ocorrência de dimensão familiar é igual à média do grupo de não ocorrência de dimensão familiar.

H₁: A média de valores obtidos no grupo de ocorrência de dimensão familiar é diferente da média do grupo de não ocorrência de dimensão familiar.

A apresentação dos seguintes resultados advém dos factos observados durante a colheita de dados e do tratamento estatístico. O tratamento dos dados é efetuado através do programa informático SPSS 20.0 for Windows, após o seu armazenamento numa base de dados, e

submetidos posteriormente a uma análise com recurso a estatística não paramétrica (Teste U de Mann-Whitney).

Foram abordados os valores “borderline” (p. value $\leq 0,10$) pelo facto de a amostra ser de reduzidas dimensões e, como tal, ser expectável obter significância a 0,05 com uma amostra mais ampla.

7.1. Dimensões Familiares

Através da realização de um retrato síntese de cada entrevista (Anexo D), foram estabelecidas unidades básicas de relevância, às quais denominámos por “Dimensões Familiares”, pelo facto de se apresentarem comumente inseridas, com um nível acentuado de ocorrência, nos relatos dos toxicómanos. As Dimensões Familiares estão, assim, expostas no Quadro 5:

Quadro 5 – Valores percentuais das Dimensões Familiares implícitas nos retratos síntese

	N	%
AGRESSÃO/REPRESSÃO POR PARTE DOS PAIS	13	43%
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	16	53,30%
SEPARAÇÃO/DIVÓRCIO DOS PAIS	8	26,70%
ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS POR PARTE DOS PAIS	15	50%
AUSÊNCIA/DESINTERESSE DA FIGURA PATERNA	23	76,70%
SUPERPROTEÇÃO/PERMISSIVIDADE POR PARTE DA FIGURA MATERNA	14	46,67%
AUSÊNCIA/INCONSISTÊNCIA DE LIMITES E NORMAS DE COMPORTAMENTO	21	70%
AUSÊNCIA DE REFERÊNCIAS PARENTAIS	6	20%

O Figura 1 demonstra graficamente as percentagens de ocorrência das Dimensões Familiares acima referidas. É de constatar, em primeiro lugar, que a ausência/desinteresse da

figura paterna é um elemento altamente incidente na amostra (76,70%, n=23). Efetivamente, foram comuns os relatos dos filhos toxicómanos, em jeito de denúncia, relativos à ausência ou distanciamento emocional por parte do pai: “O meu pai era uma pessoa muito fria, firme...” (P.2); “Nunca fez o papel de pai: nunca me ensinou a jogar à bola, nunca me ensinou a nadar, nunca me ensinou a andar de bicicleta, essas três coisas foi a minha mãe que me ensinou.” (P. 13); “Comparado com o que via nos outros colegas, o carinho do meu pai por mim era diferente. (P.15); “Não tinha muito tempo para a família. Fez parte do Sindicato dos Bancários e passava bastante tempo fora de casa. O meu pai até se reformar, teve sempre pouca presença.” (P. 19). “Não era uma pessoa que soubesse dar afeto ou carinho. O meu pai era uma pessoa seca, que não transmitia os seus sentimentos. Tinha dificuldade em dizer «eu gosto de ti», «eu amo-te», «meu querido filho». O meu pai era um homem muito fechado. Fechava-se nele próprio” (P. 21)”; “Para ele, se calhar, ele sentia-se satisfeito se eu tivesse morrido (enquanto menor de idade) porque ele estava obrigado pelo tribunal a dar-me uma pensão, que nunca deu... nunca deu um cêntimo à minha mãe... sinto-me rejeitado por ele também... ele para mim não é nada.” (P. 8); “de vez em quando, mesmo com a minha mãe e os meus irmãos em casa, sentia-me sozinha. Faltava-me ali qualquer coisa... se calhar o amor e carinho do meu pai.” (P. 11).

Em segundo lugar, sobressai a existência de um estilo de educação caracterizado por uma ausência ou inconsistência na colocação de limites e normas de comportamento (70%, n=21). A este respeito, foram relatados os seguintes excertos: “Mas demorava pouco tempo (n.d.r. o castigo). Eu começava a manipulá-lo (ao pai), começava a fazer-me de coitadinho e passados dois dias já andava outra vez na rua.” (P.3); “Tinha muita liberdade, sempre tive. Passava o dia inteiro no mato, aos pássaros, não me diziam nada. Os meus pais proibiam-me de andar com os meus amigos, que eram más companhias. Mas eu andava com eles à mesma. Eram os meus amigos, eu é que decido com quem é que ando”. (P.16); “Consequia

praticamente tudo o que queria do meu avô. Tinha muito mais liberdade (após morte da avó), não tinha horas para chegar a casa, o que me dava na cabeça fazia” (P.17); “O meu pai às vezes era um bocado flexível, em certas alturas talvez flexível demais, permissivo em certas situações, já quando eu e o meu irmão estávamos a usar e abusar das drogas, tipo a gente pedir dinheiro e ele dava-nos, a gente inventava histórias do «arco da velha», e lá no fundo ele sabia que era para gastarmos o dinheiro mal gasto, e às vezes dava-nos o dinheiro e... lá está...” (P.18); “Se a minha tia me pusesse de castigo por alguma razão, falava com a minha avó... tinha sempre um escape para poder fugir ao castigo... fui de certa maneira mimado. Havia sempre uma maneira de contornar as regras. Conseguia aquilo que queria... saltava entre a minha avó, a minha tia e a minha outra tia” (P.22).

Em terceiro lugar, a violência doméstica demonstra ter, igualmente, algum impacto na amostra (53,3%, n=16). Foram destacados os seguintes relatos: *“Batia também na minha mãe, com as mãos... chapadas... à minha frente e tudo! Quando me metia à frente da minha mãe quando ele lhe queria bater, apanhava eu e a minha mãe. Ficava muito triste, queria defender a minha mãe e não conseguia... as agressões demoraram muito tempo... e eu sempre a viver naquela situação”.* (P. 9); *“batia nela (mãe) quando não tinha dinheiro para a bebida. Depois quando a minha mãe arranjava dinheiro, ele já não lhe batia, já não discutiam tanto. Ouvia-o chamar «filha da puta» à minha mãe, a dizer que a punha na rua, que ela tinha outro homem. Mas ela nunca teve outro homem.”* (P.11); *“Eu morava num prédio, no oitavo andar. Lembro-me de muitas vezes de, mal chegar ao 6º andar, já ouvir os gritos... acontecia em média duas vezes por semana, todas as semanas. Foi desde que nasci até se separarem.”* (P. 13); *“A violência doméstica do meu pai à minha mãe foi-se agravando. Uma vez que fui ter com ela e vi-a com a testa toda negra, os braços todos pisados, as canelas todas negras. Fui pedir justificações ao meu pai, ele virou-se a mim e mandei-lhe com um tijolo, ia-o matando.”* (P. 15).

Em quarto lugar, o abuso/dependência de substâncias por parte das figuras parentais apresenta, igualmente, um elevado grau de significância (50%, n= 15). Neste sentido, foram destacados os seguintes excertos: *“O meu pai é que às vezes se embebedava e a minha mãe não gostava. O meu pai gostava muito de beber vinho. O meu pai tinha problemas com álcool e chegava alcoolizado a casa muitas vezes. Depois chateava a minha mãe. Insultava-a. Coisas algo fortes.”* (P. 1); *“Uma vez ele (pai) estava a arrumar carros e apontou uma faca a um senhor e pediu para lhe dar dez euros. Com esses dez euros ninguém lhe vendia droga (pouco dinheiro), só a mim é que os traficantes fiavam. Ele deu-me os dez euros para a mão para eu ir comprar para ele...foi com ele, com 11 anos, que comecei a consumir”* (P. 8); *“Depois começou a beber uns copitos, a meter-se na «pinga», e o estado dele foi-se degradando, começou a ficar cada vez mais agarrado ao álcool, a beber cada vez mais, e depois a relação com a minha mãe ficou também afetada, tinham várias zangas. Eu, na altura, não dava muita importância a isso, nunca pensei que aquilo viesse a tornar-se, mais tarde, a situação grave em que se tornou, e que ele chegasse depois um dia mais tarde ao ponto de já não ter trabalho, viver apenas em função do álcool, ia à taberna beber uns copitos, levava vinho para casa e bebia...”* (P. 10); *“É alcoólico, começa logo a beber de manhã depois de acordar. Vinho, bagaço e cerveja, todos os dias. E de vez em quando, quando tem dinheiro é whisky.”* (P. 13); *“Acho que o meu pai bebia demasiado. A bebida estava na origem dos conflitos. Eu acho que tenho uma memória selectiva e acho que quis apagar essa parte da minha vida para mais tarde não guardar rancor do meu pai!”* (P. 21).

Na quinta posição aparece a dimensão familiar “Superproteção / Permissividade por parte da figura materna” (46,67%, n=14). A este respeito, foram levantados diversos relatos dos entrevistados toxicómanos: *“e enquanto ela foi viva, eu tinha o comer pronto a horas, aquelas mordomias todas de um filho mimado e depois, quando ela estava a morrer, tudo foi abaixo.”* (P. 1); *“A minha mãe sempre me encobriu do meu pai, escondia as coisas do meu pai. Ela*

sacrificava-se... porque defendia-me... ela dava-me dinheiro às escondidas quando eu estava a ressacar... e o meu pai sabia que ela me dava o dinheiro, e ela preferia ouvir do meu pai mas dava-me na mesma... sacrificava-se. [...]A minha mãe fazia-me tudo o que eu queria. Se o comer fosse peixe, que eu não gostava, fazia-me bifeinhos com batatas fritas e arroz. Fazia-me tudo o que eu queria... fazia-me as vontades todas” (P. 3); “Ai, para mim a minha mãe é tudo... é como uma santa, sempre que me vê... chora, chora, agarra-se a mim... não tem como se explique o que ela sente ali dentro dela” (P. 5); “Se eu lhe pedir qualquer coisa, dá-me logo ou envia. Ainda hoje me mima muito. A minha mãe sempre me deu amor. Sempre me comprou tudo às escondidas do meu pai. A minha mãe sempre me defendeu... mesmo quando o meu pai me batia metia-se à frente e tudo.” (P. 24); ”Sentia-me mais próximo da minha mãe. A minha mãe só não me dava aquilo que não podia”. (P. 28); “Tudo o que eu peço, tudo o que tenho de fazer é com a minha mãe e não com o meu pai. Se você dissesse para eu telefonar para casa e o meu pai atendesse, eu dizia logo «pai, passa à mãe».” (P. 29).

Em sexto lugar surge a dimensão familiar “Agressão / Repressão Parental” com 43% (n=13), discriminada pelos seguintes relatos: “*ele tinha um feitio... ele não queria brincadeiras, era o feitio dele... era trombudo... não gostava de brincadeiras. Cheguei a ter medo dele... quando ele vinha muito bêbado... dava-lhe para me bater.*” (P. 1); “*O meu pai... às vezes tinha medo dele. Eu sentia medo dele. Intimidava-me. Quando o meu pai estava em casa, intimidava-me.* (P.2); “*O meu padrasto batia-me com paus, com tudo o que apanhavam à mão. E um dia cheguei à escola, num dia em que tínhamos ido à piscina com a escola, e toda a gente me viu marcada... nas costas, nas pernas, na cara e isso tudo. Quando saí tinha a polícia à porta. Levaram-me para a esquadra, estava lá a segurança social e muita gente. Após a saída da prisão e começou a violar-me, tinha eu 12 anos, quando ia a casa ao fim de semana.*” (P. 4); “*a pior coisa que ele me disse foi que agarrava na motosserra e cortava-me o pescoço... toda a gente diz que ele é mau.*” (P. 5); “*Batia-me com o cinto ou com o pau. Uma vez, acho*

que me tinha portado mal, o meu pai deu-me, com o cinto, porrada nas costas... fiquei marcada, as costas ficaram roxas... fui para casa da minha tia, ela viu-me e quis apresentar queixa contra o meu pai, mas acabou por não apresentar”. (P.11); “O meu pai sempre me bateu muito, até em grande me batia. Acho que o meu pai nunca teve amor por mim”. (P.24); “Era violento com o álcool, tratava mal a minha mãe, dava porrada em nós (oito irmãos). Uma vez deu um tiro nas pernas da minha mãe... com uma espingarda. Nesse dia eu e os meus irmãos ficámos com medo e saímos de casa... Batia-me com um «rabo de boi», que tinha guardado sempre em cima da porta. Era muito agressivo. Tinha medo do meu pai, tinha medo de ir para casa.” (P. 28).

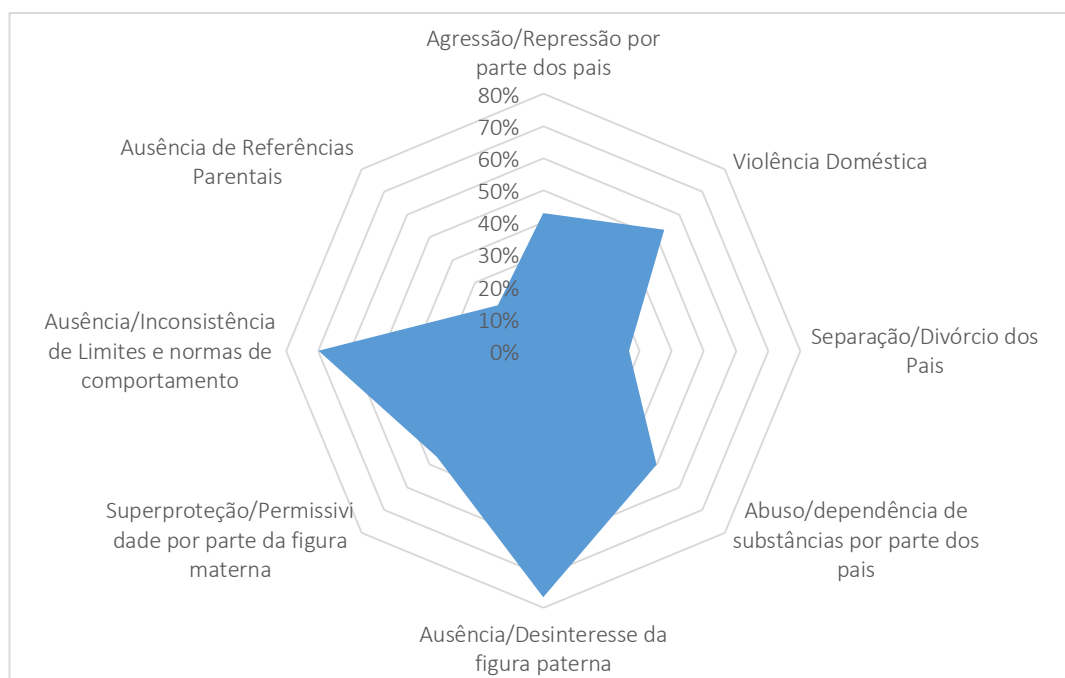
Na sétima posição encontra-se a dimensão familiar “Separação / Divórcio Parental” como ocorrente nos relatos dos participantes: *“Se pudesse mudar algo na minha família, só mudaria o divórcio e ainda hoje sermos uma família feliz como éramos... nunca nos faltava nada e desde que isso aconteceu... abalou-me muito e sofri muito com isso”. (P. 6); “A minha mãe saiu (de casa) por minha causa e por causa do meu pai. Eu também andava sempre a “moê-la”, fiz lá disparates em casa, distúrbios e andava sempre a pedir-lhe dinheiro... e também foi por causa do meu pai, que bebia bastante, e continua a beber muito. Neste momento estão divorciados... há um ano e meio”. (P. 7); “ O meu pai é toxicodependente, chateou-se com a minha mãe por causa de dinheiros e porque ela veio a descobrir depois (a sua dependência)... O meu pai foi-se embora e fiquei com a minha mãe. Para ele, se calhar, ele sentia-se satisfeito se eu tivesse morrido (enquanto menor de idade) porque ele estava obrigado pelo tribunal a dar-me uma pensão, que nunca deu... nunca deu um cêntimo à minha mãe...” (P. 8); “O meu pai traiu-a e fez um filho a uma outra mulher. Mais tarde separaram-se quando um dia apareceu uma carta lá em casa (da outra mulher). A minha mãe foi-se embora e deixou-nos lá sozinhos.” (P. 9); Eu morava num prédio, no oitavo andar. Lembro-me de muitas vezes de, mal chegar ao 6º andar, já ouvir os gritos... acontecia em média duas vezes por semana,*

todas as semanas. Foi desde que nasci até se separarem.” (P. 13). “O meu pai vinha-me ver de vez em quando. Uma vez por mês, ou de dois em dois meses, até talvez aos meus 9, 10 anos. Havia uma coisa que acontecia por vezes, era ele dizer que ia naquele dia e depois não poder vir, pronto... lembro-me que isso acontecia.” (P. 23); “O meu pai ainda hoje é «chulo», «proxeneta». O meu pai aparecia depois de um ano ou dois, «aperfilhava» a minha mãe, fazia mais um filho ou dois, depois ia-se embora... depois aparecia novamente ao fim de um ano ou dois... Só vinha a casa para ver se metia a minha mãe na estrada, mas a minha mãe nunca foi no paleio dele. Ele só queria mulheres que trabalhassem para ele e foi por isso que ele abandonou a minha mãe... tenho 32 irmãos da parte do meu pai.” (P. 25); “Na minha infância eu sofri um bocado com isso, por ele ser da maneira que era, não ter horários para chegar a casa, por várias vezes eu apanhei-o com outras mulheres dentro do carro... A minha mãe sempre suspeitou mas nunca teve provas de nada. Foi até ao dia em que descobriu e depois se separaram.” (P. 26).

Por fim, o indicador “Ausência de Referências Parentais” com 20% de ocorrência (n=6), está relacionado com o desenvolvimento físico e psicológico do toxicómano na sua infância e adolescência, na ausência dos seus pais, ora por morte ora por abandono. No que diz respeito a este especto, expõe-se os seguintes relatos: *“Não cheguei a estar um ano com o meu padrasto e a minha mãe... porque havia maus tratos. Depois fui para um primeiro orfanato mas não consegui estar lá porque eram pessoas de mais idade e eu não consegui ganhar amizades porque estava muito fechada... por causas dos traumas e isso tudo... estava sempre no meu cantinho, pronto, não me sentia bem. Depois puseram-me num outro orfanato onde fiquei até aos 18 anos. Não tenho amor à minha mãe, e para mim ela não é nada. E o meu padrasto a mesma coisa”. (P. 4); “Fui viver para a casa da minha avó materna dos 3 aos 8. Aos 8 fui para casa da minha avó paterna, onde morava o meu pai... Depois houve lá umas zangas... o meu pai chateou-se com a minha avó... e para não me separarem e eu não ir para uma instituição,*

pedi para voltar para a casa da minha avó materna. A minha mãe para mim, vou ser sincero, eu não gosto muito, muito, muito, muito da minha mãe... por ela me ter rejeitado em pequeno... por ter ido para as noites com as amigas... e me ter deixado em casa da minha avó.” (P. 8); “O meu pai abandonou-me quando eu tinha 5 anos, quando a minha mãe faleceu, queimada... assassinada.... Foram os irmãos do meu pai que fizeram isso... por causa de problemas relacionados com dívidas de drogas”. (P. 14); Os meus pais faleceram de acidente de carro, era eu bebé, tinha um ano e meio. Fiquei a viver com os meus avós maternos e o com o meu irmão (quatro anos mais velho). Quando era criança, não me lembro de sentir falta dos meus pais... após a morte da minha avó, com 10 anos comecei a pensar neles”. (P. 17); Vivi com a minha mãe até aos 7 anos de idade em Aveiro. O meu pai não esteve presente, tem agora mais de 40 anos de estrada com as mulheres, nunca trabalhou... Fui criado no colégio até aos 14, onde desconfiaram que eu era esquizofrénico porque era revoltado e tinha comportamentos agressivos. Mas isso nunca foi comprovado. Eu acho que a minha mãe nem sequer pensa em mim. Se calhar gosto mais eu dela, do que ela de mim... Em criança sentia-me abandonado.” (P. 25).

Figura 1: Percentagem de ocorrência das Dimensões Familiares nos entrevistados



O Quadro 6 descreve o agrupamento dos participantes consoante as dimensões familiares de identificação:

Quadro 6: Agrupamento dos participantes na investigação por vivência de dimensão familiar

	PARTICIPANTES
AGRESSÃO/REPRESSÃO POR PARTE DOS PAIS	1,2,4,5,8,9, 11, 15, 16, 23, 24, 28, 29
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	1, 3, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30
SEPARAÇÃO/DIVÓRCIO DOS PAIS	6, 7, 8, 9, 13, 22, 26, 30
ABUSO/DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS POR PARTE DOS PAIS	1, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 21, 23, 24, 27, 28, 30
AUSÊNCIA/DESINTERESSE DA FIGURA PATERNA	1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30
SUPERPROTEÇÃO/PERMISSIVIDADE POR PARTE DA FIGURA MATERNA	1, 2, 3, 5, 13, 15, 16, 18, 19, 24, 27, 28, 29, 30
AUSÊNCIA/INCONSISTÊNCIA DE LIMITES E NORMAS DE COMPORTAMENTO	3, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30
AUSÊNCIA DE REFERÊNCIAS PARENTAIS	4, 8, 14, 17, 25, 30

7.2. Análise Estatística

7.2.1. Resultados MMPI (Mini-Mult)

7.2.1.1. Escalas Clínicas

O Quadro 7 mostra os valores em T-Scores dos participantes nas escalas clínicas. Os valores que transcendem as normas (≤ 40 ou ≥ 65) estão representados a negrito. A escala *Esquizofrenia (Sc)* é a que apresenta maior número de elevações significativas entre os participantes (83,4%, n=25). A escala *Desvio Psicopático (Pd)* aparece em segundo lugar de ocorrência (76,7%, n=23). De seguida a escala *Paranoia (Pa)* (66,7%, n=20) e a escala *Depressão (D)* (63,4%, n=19) em terceiro e quarto respetivamente. As escalas *Hipocondria (Hs)*, *Histeria (Hy)* e *Psicastenia (Pt)* apresentam-se, com os mesmos valores de elevação, em quinto lugar de incidência (53,4%, n=16). Por fim, a escala *Hipomania (Ma)* é a que apresenta menos elevações significativas (33,4%, n=10).

Quadro 7: Resultados das escalas clínicas do Mini Mult por participante

Participantes	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
1	76	81	70	87	67	78	92	43
2	72	88	78	82	67	84	97	49
3	57	60	67	71	53	55	62	58
4	66	47	55	58	66	46	65	52
5	55	65	62	82	83	67	98	82
6	70	58	66	72	67	57	78	68
7	58	61	63	73	64	51	63	53
8	73	62	65	71	57	60	81	77
9	61	68	65	83	66	55	73	52
10	47	43	54	46	46	25	43	43
11	54	66	53	71	86	95	96	68
12	55	68	63	58	58	58	64	58
13	70	76	70	93	73	63	92	54
14	55	66	61	73	64	70	85	72
15	78	91	62	68	72	74	90	67
16	68	57	66	77	44	53	65	39
17	98	100	98	83	67	93	97	62
18	63	38	61	58	47	42	42	44
19	48	61	61	62	65	68	71	54
20	62	88	76	75	68	78	84	68
21	57	53	55	62	53	42	66	44
22	68	76	72	75	67	70	74	48
23	74	61	62	78	76	63	81	53
24	70	89	78	88	92	91	103	57
25	53	65	57	66	72	65	73	65
26	68	76	70	77	76	62	86	67
27	70	88	70	95	67	84	96	64
28	55	61	48	62	86	58	81	63
29	74	88	72	78	72	79	97	62
30	65	76	76	79	92	70	83	74
Média	64,7	69,2	65,8	73,4	67,8	65,2	79,2	58,6
Desvio Padrão	10,6	15,2	9,7	11,2	12,4	16,1	15,8	11
N elevações	16	19	16	23	20	16	25	11
% elevações	53,4%	63,4%	53,4%	76,7%	66,7%	53,4%	83,4%	33,4%

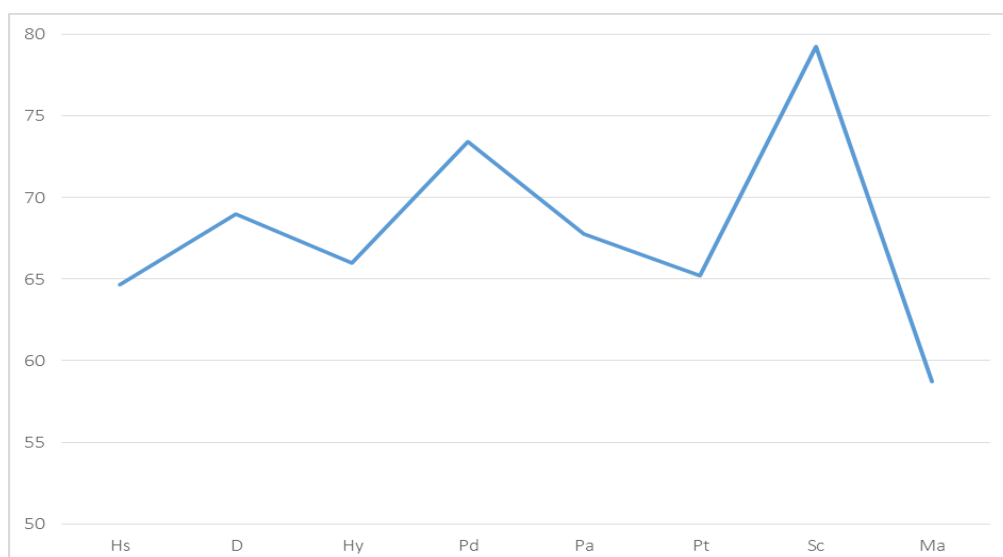
A representação gráfica do perfil da amostra, através do cálculo das médias aritméticas dos resultados das escalas clínicas dos participantes (Figura 2) evidencia um “V” invertido da tríada neurótica *Hs* (*Hipocondria*), *D* (*Depressão*) e *Hy* (*Histeria*), com elevações altas na escala *D* (T=69,2) e *Hy* (T=65,8). A escala *Hs* apresenta uma elevação normal (T=53,4).

No entanto, é verificável uma elevação muito alta (≥ 75) da escala *Pd* (*Desvio Psicopático*) (T=76,7).

A tríade psicótica *Pa* (*Paranoia*), *Pt* (*Psicastenia*) e *Sc* (*Esquizofrenia*), por sua vez, apresenta igualmente uma configuração com valores elevados: *Pa* (T=67,8), *Pt* (T=65,2) e *Sc* (79,2).

Por fim, a escala *Ma* (*Hipomania*) apresenta uma elevação normal (T=58,6), o que representa normalidade no que diz respeito à sintomatologia hipomaniaca.

Figura 2 – Perfil Gráfico MMPI (Mini-Mult) da média de resultados das escalas clínicas da amostra



7.2.1.2. Índice de Goldberg, Índice de Ansiedade e Locus de Controle

O Quadro 8 apresenta os valores do *Índice de Ansiedade (AI)*, de *Goldberg (IG)* e *Locus de Controle (IR)* calculados a partir dos resultados dos participantes nas escalas clínicas do MMPI (Mini Mult). A negrito encontram-se os resultados que transcendem as normas.

A observação destes dados permitiu perceber que 24 participantes apresentaram um *Índice de Ansiedade* elevado aquando da realização do questionário (80%), sendo a amostra caracterizada por uma média de 69,116 (DP=26,825). Por outro lado, os resultados do *Índice de Goldberg* sugerem que 80% dos participantes exibem um perfil com traços tendencialmente psicóticos (n=24), e 20 % traços neuróticos (n=6), estando a média da amostra (N=30) situada nos 65,100 (DP= 18,044), resultado que sugere uma predominância dos traços psicóticos face aos neuróticos, dado que a norma é de ≥ 45 para o psicoticismo e ≤ 46 para o neuroticismo. Por fim, 43,4% dos participantes demonstram um *Locus de Controle* externo (n=13); e 56,6% dos participantes manifestaram a internalização do seu *Locus de Controle* (n=17). A média do *Locus de Controle* da amostra (N=30) situa-se nos 1,0020 (DP= 0,1098).

Quadro 8 – Resultados do *Índice de Ansiedade, Índice de Goldberg e Locus de Controlo* por participante

	AI	IG	IR
PARTICIPANTES			
1	88,6	87	1,18
2	101	54	1,16
3	52,3	37	0,87
4	28	82	0,96
5	76	105	0,9
6	43,7	66	0,9
7	51	84	0,89
8	50,7	57	0,91
9	61,67	72	0,92
10	15	54	0,8
11	71,6	78	1,12
12	70	46	0,98
13	71	77	0,99
14	80,7	58	0,93
15	102	62	1,23
16	39,6	42	0,97
17	95,67	33	1,2
18	10	46	0,88
19	76,67	51	1
20	103,3	42	1,04
21	38	82	0,94
22	78	51	1,1
23	53,67	68	1,03
24	111,3	78	1,12
25	78,33	67	0,97
26	71,33	66	0,96
27	108	53	1,06
28	70	96	1,01
29	99	78	1,14
30	77,33	81	0,92
MÉDIA	69,116	65,100	1,0020
DESVIO PADRÃO	26,825	18,044	0,1098
N DE ELEVAÇÕES	24	24	13
% DE ELEVAÇÕES	80%	80%	43,4%

7.2.1.3. Escalas de Validade

Em anexo (Anexo F) estão representados os valores das escalas de validade de cada participante. Tendo em conta o contexto dos participantes, internados em comunidade terapêutica a fazer o tratamento à sua dependência de substâncias e onde grande parte é acompanhado, também, a nível de psiquiatria, é de esperar elevações na escala *F* (*Infrequência*). No entanto, tanto a escala *L* (*Mentira*) como a escala *K* (*Correção*) apresentam valores normais, pelo que nenhum perfil foi dado como inválido.

7.2.2. Resultados IDB

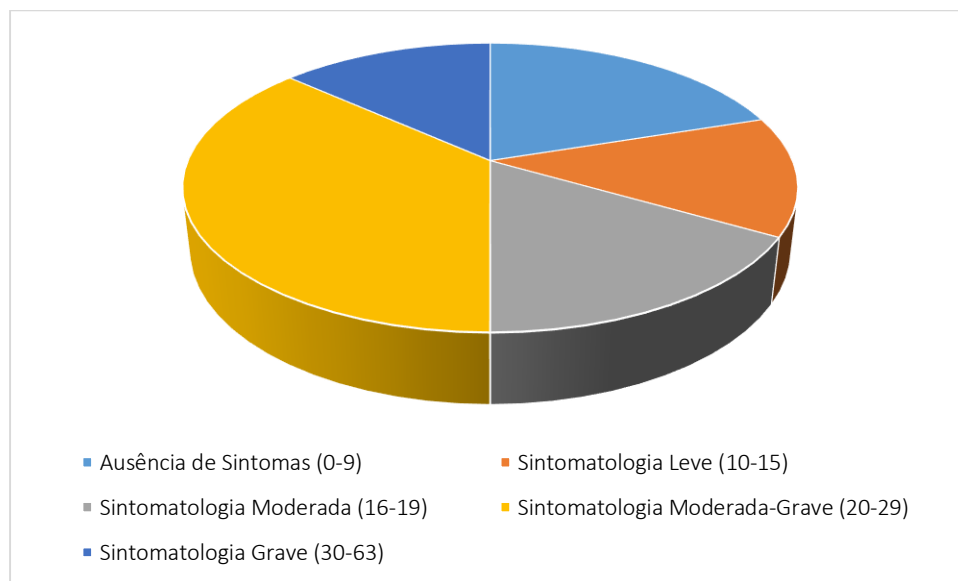
Os dados obtidos da aplicação do Inventário da Depressão de Beck na amostra (N=30) revelam uma média de 18,9 (Sintomatologia Moderada), com um desvio padrão de 9,9. O Quadro 9 apresenta as percentagens das sintomatologias da amostra. A observação destes resultados permitiu perceber que que 80% da amostra apresenta sintomatologia depressiva (n=24) e 20% ausência de sintomas (n=6). Dentro da população com sintomatologia, a moderada-grave é a mais frequente com 36,7 (n=11). Em segundo lugar de ocorrência aparece a sintomatologia Moderada com 16,7% (n=5), seguida da sintomatologia moderada e sintomatologia grave, ambas com 13,4% (n=4).

Quadro 9: Valores percentuais de sintomatologia depressiva da amostra

	N	%
Ausência de Sintomas (0-9)	6	20%
Sintomatologia Leve (10-15)	4	13,4%
Sintomatologia Moderada (16-19)	5	16,7%
Sintomatologia Moderada-Grave (20-29)	11	36,7%
Sintomatologia Grave (30-63)	4	13,4%

A figura 3 apresenta uma demonstração gráfica dos dados obtidos a partir da aplicação do IDB, onde é possível constatar a predominância da sintomatologia moderada – grave na amostra em investigação.

Figura 3: Apresentação gráfica da distribuição da amostra por sintomatologia depressiva, de acordo com os resultados obtidos do IDB



7.2.3. Análise da relação entre os dados nominais (Dimensões Familiares) e os psicométricos (MMPI e IDB)

A análise estatística pela qual optámos destina-se a concluir pela existência ou não de diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas, por parte de uma amostra total de 30 toxicodependentes, segundo dois fatores (de ocorrência “sim”, e não ocorrência “Não”) relativas às dimensões familiares, para as escalas do MMPI e resultados do IDB.

O Quadro 10 mostra a diferença das médias das escalas clínicas e dos resultados do IDB, entre o grupo que vivenciou Agressão/Repressão Parental na infância, e o de não ocorrência dessa experiência familiar. Os valores significativos estão marcados a negrito.

A observação destes dados permitiu perceber que existem evidências estatísticas para afirmar que existe uma diferença de médias dos grupos referidos, para as escalas *Esquizofrenia* (p. value= 0,043) e *Índice de Goldberg* (p. value= 0,022), rejeitando-se portanto a hipótese nula para os respectivos testes. Neste caso, pode-se afirmar a existência de diferenças de traços de personalidade entre participantes que tenham vivido em contexto familiar marcado por episódios de agressão e/ou repressão por parte dos pais, face aos que não experienciaram tais vivências.

Na escala *Esquizofrenia*, o grupo de não ocorrência apresenta uma média de 74,059 (n=17), ou seja, um valor alto. No entanto, o grupo de ocorrência de Agressão / Repressão parental apresenta uma média de 86,077 (n=13), valores considerados extremos. Relativamente ao *Índice de Goldberg*, o grupo de não ocorrência apresenta uma média de 58,476 (n=17) e o de ocorrência 73,7692 (n=13), estando ambos os valores acima da norma (≤ 45).

As variáveis *Hipocondria* (p.value= 0,079) e *Locus de Controlo* (p. value=0,059) apresentam valores “borderlines” (p. value $\leq 0,10$) sendo expectável a obtenção de significância a 0,05 com uma amostra mais ampla. Na primeira, o grupo de não ocorrência de Agressão / Repressão Parental apresenta uma média de 62,588 (n=17), ou seja, um valor considerado normal, contrariamente ao grupo de ocorrência que, com uma média de 67,385 (n=13) apresenta um valor alto (≥ 65). No que diz respeito ao *Locus de Controlo*, o grupo de não ocorrência apresenta uma média de 0,9661 (n=17) o que supõe internalização e, portanto, normalidade. Por outro lado, o grupo de ocorrência ultrapassa os valores de normalidade (≤ 1), apresentando uma média de 1,0490 (n=13).

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as escalas *Depressão* (p. value= 0,538), *Histeria* (p. value= 0,711), *Desvio Psicopático* (p. value= 0,300), *Paranoia* (p.

value= 0,133), *Psicastenia* (p. value= 0,300), *Hipomania* (p. value= 0,805), *Índice de Ansiedade* (p. value= 0,650) e *IDB* (p. value= 0,123).

Quadro 10: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Agressão / Repressão Parental, e o grupo de não ocorrência

	Agressão / Repressão Parental	N	Média	Desvio Padrão	p. value
Hipocondria	Não	17	62,588	11,8060	0,079
	Sim	13	67,385	8,4807	
Depressão	Não	17	67,824	16,0165	0,536
	Sim	13	71,077	14,5055	
Histeria	Não	17	67,059	10,3951	0,711
	Sim	13	64,308	8,9758	
Desvio Psicopático	Não	17	71,647	12,4697	0,300
	Sim	13	75,769	9,2570	
Paranoia	Não	17	64,647	11,2079	0,133
	Sim	13	71,846	13,1012	
Psicastenia	Não	17	61,941	16,4297	0,300
	Sim	13	69,462	15,3059	
Esquizofrenia	Não	17	74,059	16,2460	0,043
	Sim	13	86,077	12,7571	
Hipomania	Não	17	58,588	10,0066	0,805
	Sim	13	58,769	12,6369	
Índice de Ansiedade	Não	17	65,9018	27,71525	0,650
	Sim	13	73,3205	26,09623	
Índice de Goldberg	Não	17	58,4706	16,00046	0,022
	Sim	13	73,7692	17,37409	
Locus de Controlo	Não	17	,9661	,09532	0,059
	Sim	13	1,0490	,11331	
IDB	Não	17	16,471	9,6185	0,123
	Sim	13	22,077	9,6821	

O Quadro 11 mostra a diferença das médias das escalas clínicas e dos resultados do IDB, entre o grupo de ocorrência de Violência Doméstica por parte dos pais na infância, e o de não ocorrência dessa experiência familiar. Os valores significativos estão representados a negrito.

A observação destes dados permitiu perceber que existem evidências estatísticas para afirmar que existe uma diferença de médias dos grupos referidos, para a escala *Paranóia* (p.value= 0,015) e *IDB* (p. value= 0,025), rejeitando-se portanto a hipótese nula para os respectivos testes. Neste caso, pode-se afirmar a existência de diferenças de traços de personalidade entre participantes que tenham vivido em contexto familiar marcado por episódios de violência doméstica por parte dos pais, face aos que não experienciaram tais vivências.

Na escala *Paranoia*, o grupo de não ocorrência de Violência Doméstica por parte dos pais apresenta uma média de 61,857 (n=14), ou seja, um valor considerado normal, contrariamente ao grupo de ocorrência que, com uma média de 72,938 (n=16) apresenta um valor alto (≥ 65). Para o *IDB*, o grupo de não ocorrência apresenta uma média de 14,571 (n=14), o que revela sintomatologia depressiva leve. No entanto, o grupo de ocorrência apresenta uma média de 22,688 (n=16), valores que denunciam sintomatologia depressiva moderada-grave.

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as escalas *Hipocondria* (p. value= 0,790), *Depressão* (p. value= 0,313), *Histeria* (p. value= 0,918), *Desvio Psicopático* (p. value=0,257), *Psicastenia* (p. value= 0,697), *Esquizofrenia* (p. value= 0,697), *Hipomania* (p. value= 0,313), *Índice de Ansiedade* (p. value= 0,552), *Índice de Goldberg* (p. value= 0,101) e *Locus de Controlo* (p. value= 0,728).

Quadro 11: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Violência Doméstica Parental, e o grupo de não ocorrência.

	Violência Domestica	N	Média	Desvio Padrão	p. (u de Mann-Whitney)
Hipocondria	Não	14	64,714	12,9818	0,790
	Sim	16	64,625	8,4528	
Depressão	Não	14	66,571	18,9522	0,313
	Sim	16	71,563	11,1114	
Histeria	Não	14	66,857	11,7922	0,918
	Sim	16	65,000	7,8230	
Desvio Psicopático	Não	14	70,143	11,1690	0,257
	Sim	16	76,313	10,7562	
Paranoia	Não	14	61,857	11,0652	0,015
	Sim	16	72,938	11,3811	
Psicastenia	Não	14	62,643	18,9802	0,697
	Sim	16	67,438	13,3964	
Esquizofrenia	Não	14	76,071	18,7963	0,697
	Sim	16	82,063	12,5935	
Hipomania	Não	14	56,857	13,7497	0,313
	Sim	16	60,250	8,0623	
Índice Ansiedade	Não	14	63,6886	32,79398	0,552
	Sim	16	73,8661	20,18839	
Índice Goldberg	Não	14	59,6429	19,87502	0,101
	Sim	16	69,8750	15,33134	
Locus de Controle	Não	14	,9947	,11717	0,728
	Sim	16	1,0084	,10650	
IDB	Não	14	14,571	10,6389	0,025
	Sim	16	22,688	7,6308	

O Quadro 12 mostra a diferença das médias das escalas clínicas e dos resultados do IDB, entre o grupo de ocorrência de Separação/ Divórcio por parte dos pais na infância, e o de não ocorrência dessa experiência familiar.

A observação destes dados permitiu perceber que não existem evidências para afirmar que existe uma diferença de médias dos grupos referidos, para as diversas variáveis, aceitando-se portanto a hipótese nula para os respectivos testes. Neste caso, não se pode afirmar a existência

de diferenças de traços de personalidade entre participantes que tenham vivido em contexto familiar marcado pela Separação / Divórcio dos pais, face aos que não experienciaram tais vivências.

Porém, as variáveis *Locus de Controlo* (p. value= 0,070) e *IDB* (p. value= 0,056) apresentaram valores “borderline” (p. value \leq 0,10), sendo expectável a obtenção de significância a 0,05 com uma amostra mais ampla.

Para o *Locus de Controlo*, o grupo de não ocorrência de Separação / Divórcio por parte dos pais apresenta uma média de 1,0216 (n=22) sendo, portanto, caracterizada por uma externalização. No entanto, o grupo de ocorrência apresenta uma média de 0,9481 (n=8), o que expõe um *Locus de Controlo* predominantemente interno. Para o *IDB*, o grupo de não ocorrência apresenta uma média de 16,727 (n=22), o que revela sintomatologia moderada. No entanto, o grupo de ocorrência apresenta uma média de 24,875 (n=8), valores que expõem sintomatologia depressiva moderada-grave.

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as escalas *Hipocondria* (p. value= 0,420), *Depressão* (p. value= 0,909), *Histeria* (p. value= 0,142), *Desvio Psicopático* (p. value= 0,237), *Paranoia* (p. value= 0,662), *Psicastenia* (p. value= 0,298), *Esquizofrenia* (p. value= 0,662), *Hipomania* (p. value= 0,420), *Índice de Ansiedade* (p. value= 0,227) e *Índice de Goldberg* (p. value= 0,447).

Quadro 12: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Separação / Divórcio Parental, e o grupo de não ocorrência.

	Separação / Divórcio Parental	N	Média	Desvio Padrão	p. (u de Mann- Whitney)
Hipocondria	Não	22	63,955	12,0415	0,420
	Sim	8	66,625	5,0125	
Depressão	Não	22	69,273	17,2880	0,909
	Sim	8	69,125	7,8456	
Histeria	Não	22	64,955	11,0172	0,142
	Sim	8	68,375	4,3732	
Desvio Psicopático	Não	22	71,818	12,0619	0,237
	Sim	8	77,875	7,2789	
Paranoia	Não	22	66,864	13,1232	0,662
	Sim	8	70,250	10,4710	
Psicastenia	Não	22	66,727	18,3022	0,298
	Sim	8	61,000	6,7612	
Esquizofrenia	Não	22	79,455	17,8372	0,662
	Sim	8	78,750	8,9083	
Hipomania	Não	22	57,591	11,0266	0,420
	Sim	8	61,625	11,1475	
Índice de Ansiedade	Não	22	71,3076	30,26746	0,277
	Sim	8	63,0912	13,27307	
Índice de Goldberg	Não	22	63,5909	19,91329	0,447
	Sim	8	69,2500	11,51086	
Locus de Controle	Não	22	1,0216	,11656	0,070
	Sim	8	,9481	,06864	
IDB	Não	22	16,727	9,4071	0,056
	Sim	8	24,875	9,1720	

O Quadro 13 mostra a diferença das médias das escalas clínicas e dos resultados do IDB, entre o grupo de ocorrência de Abuso / Dependência de Substâncias Psicoativas Parental, e o de não ocorrência dessa experiência familiar. Os valores significativos estão representados a negrito.

A observação destes dados permitiu perceber que existem evidências estatísticas para afirmar que existe uma diferença de médias dos grupos referidos, no *Índice de Goldberg*

(p.value= 0,003) rejeitando-se portanto a hipótese nula para os respetivo teste. Neste caso, pode-se afirmar a existência de diferenças de traços de personalidade entre participantes que tenham vivido em contexto familiar marcado pelo Abuso / Dependência de Substâncias Psicoativas Parental, face aos que não experienciaram tais vivências.

Para o *Índice de Goldberg*, o grupo de não ocorrência de Abuso / Dependência de Substâncias Psicoativas Parental apresenta uma média de 55,6667 (n=15) e o de não ocorrência uma média de 74,5333, estando ambos os valores acima da norma (≤ 45).

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as escalas *Hipocondria* (p. value= 0,512), *Depressão* (p. value= 0,870), *Histeria* (p. value= 0,367), *Desvio Psicopático* (p. value= 0,305), *Paranoia* (p. value= 0,305), *Psicastenia* (p. value= 0,713), *Esquizofrenia* (p. value= 0,624), *Hipomania* (p. value= 1,000), *Índice de Ansiedade* (p. value= 0,486), *Locus de Controlo* (p. value= 0,539) e *IDB* (p. value= 0,187).

Quadro 13: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Abuso / Dependência de Substâncias Parental, e o grupo de não ocorrência.

	Abuso / Dependência de Substâncias Parental	N	Média	Desvio Padrão	p. (u de Mann- Whitney)
Hipocondria	Não	15	66,667	11,9801	0,512
	Sim	15	62,667	8,9974	
Depressão	Não	15	70,600	17,8638	0,870
	Sim	15	67,867	12,4892	
Histeria	Não	15	68,133	10,6292	0,367
	Sim	15	63,600	8,5172	
Desvio Psicopático	Não	15	71,667	7,8801	0,305
	Sim	15	75,200	13,8316	
Paranoia	Não	15	64,467	9,2572	0,305
	Sim	15	71,067	14,4542	
Psicastenia	Não	15	66,400	14,2117	0,713
	Sim	15	64,000	18,2757	
Esquizofrenia	Não	15	77,733	15,4802	0,624
	Sim	15	80,800	16,5063	
Hipomania	Não	15	58,333	10,0971	1,000
	Sim	15	59,000	12,2124	
Índice de Ansiedade	Não	15	70,6400	29,48967	0,486
	Sim	15	67,5931	24,81815	
Índice de Goldberg	Não	15	55,6667	14,52912	0,003
	Sim	15	74,5333	16,51349	
Locus de Controle	Não	15	1,0202	,11772	0,539
	Sim	15	,9838	,10214	
IDB	Não	15	16,400	10,2873	0,187
	Sim	15	21,400	9,1324	

O Quadro 14 mostra a diferença das médias das escalas clínicas e dos resultados do IDB, entre o grupo de ocorrência de Ausência / Desinteresse por parte da Figura Paterna, e o de não ocorrência dessa experiência familiar. Os valores significativos estão representados a negrito.

A observação destes dados permitiu perceber que não existem evidências para afirmar que existe uma diferença de médias dos grupos referidos, para as diversas variáveis, aceitando-

se portanto a hipótese nula para os respectivos testes. Neste caso, não se pode afirmar a existência de diferenças de traços de personalidade entre participantes que tenham vivido em contexto familiar marcado pela ausência / desinteresse por parte da figura paterna, face aos que não experienciaram tais vivências.

Porém, as variáveis *Índice de Goldberg* (p. value= 0,077) e *Locus de Controlo* (p. value= 0,054) apresentaram valores “borderline” (p. value \leq 0,10), sendo expectável a obtenção de significância a 0,05 com uma amostra mais ampla.

Para o *Índice de Goldberg*, o grupo de não ocorrência de Ausência / Desinteresse por parte da Figura Paterna apresenta uma média de 55,1429 (n=7) e o de não ocorrência uma média de 68,1304, estando ambos os valores acima da norma (\leq 45). Para o *Locus de Controlo*, o grupo de não ocorrência de Ausência / Desinteresse por parte da Figura Paterna apresenta uma média de 0,9374 (n=7) expondo um *Locus de Controlo* predominantemente interno. O grupo de ocorrência apresenta uma média de 1,0217, que subentende um *Locus de Controlo* predominantemente externo por parte dos indivíduos.

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as escalas *Hipocondria* (p. value= 0,811), *Depressão* (p. value= 0,532), *Histeria* (p. value= 0,701), *Desvio Psicopático* (p. value= 0,848), *Paranoia* (p. value= 0,190), *Psicastenia* (p. value= 0,118), *Esquizofrenia* (p. value= 0,131), *Hipomania* (p. value= 1,886), *Índice de Ansiedade* (p. value= 0,226) e *IDB* (p. value= 0,311).

Quadro 14: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Ausência / Desinteresse por parte da Figura Paterna, e o grupo de não ocorrência.

	Ausência / Desinteresse Fig. Paterna	N	Média	Desvio Padrão	p. (u de Mann- Whitney)
Hipocondria	Não	7	63,429	6,1334	0,811
	Sim	23	65,043	11,7221	
Depressão	Não	7	65,143	15,6570	0,532
	Sim	23	70,478	15,2013	
Histeria	Não	7	66,000	3,3665	0,701
	Sim	23	65,826	11,0439	
Desvio Psicopático	Não	7	73,429	13,2521	0,848
	Sim	23	73,435	10,8453	
Paranoia	Não	7	62,000	9,8658	0,190
	Sim	23	69,522	12,7275	
Psicastenia	Não	7	59,000	12,6491	0,118
	Sim	23	67,087	16,8359	
Esquizofrenia	Não	7	71,571	17,6622	0,131
	Sim	23	81,609	14,8132	
Hipomania	Não	7	58,714	8,6162	0,886
	Sim	23	58,652	11,8191	
Índice de Ansiedade	Não	7	59,5714	29,88548	0,226
	Sim	23	72,0216	25,82902	
Índice de Goldberg	Não	7	55,1429	13,04388	0,077
	Sim	23	68,1304	18,48416	
Locus de Controlo	Não	7	,9374	,06659	0,054
	Sim	23	1,0217	,11387	
IDB	Não	7	22,286	10,3233	0,311
	Sim	23	17,870	9,7529	

O Quadro 15 mostra a diferença das médias das escalas clínicas e dos resultados do IDB, entre o grupo de ocorrência de Superproteção / Permissividade por parte da Figura Materna, e o de não ocorrência dessa experiência familiar. Os valores significativos estão representados a negrito.

A observação destes dados permitiu perceber que não existem evidências para afirmar que existe uma diferença de médias dos grupos referidos, para as diversas variáveis, aceitando-se portanto a hipótese nula para os respectivos testes. Neste caso, não se pode afirmar a existência de diferenças de traços de personalidade entre participantes que tenham vivido em contexto familiar marcado pela superproteção / permissividade por parte da figura materna, face aos que não experienciaram tais vivências.

Quadro 15: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Superproteção / Permissividade por parte da Figura Materna, e o grupo de não ocorrência.

	Superproteção / Permissividade Fig Materna	N	Média	Desvio Padrão	p. (u de Mann- Whitney)
Hipocondria	Não	16	63,688	12,0483	0,275
	Sim	14	65,786	8,9973	
Depressão	Não	16	66,125	14,2308	0,294
	Sim	14	72,786	16,0249	
Histeria	Não	16	64,688	11,0919	0,208
	Sim	14	67,214	8,1257	
Desvio Psicopático	Não	16	70,063	9,8959	0,101
	Sim	14	77,286	11,7108	
Paranoia	Não	16	65,813	9,5374	0,294
	Sim	14	70,000	15,0793	
Psicastenia	Não	16	61,875	17,6706	0,208
	Sim	14	69,000	13,8231	
Esquizofrenia	Não	16	75,563	13,6185	0,120
	Sim	14	83,500	17,5137	
Hipomania	Não	16	59,375	10,3787	0,667
	Sim	14	57,857	12,0439	
Índice de Ansiedade	Não	16	61,9167	23,87320	0,110
	Sim	14	77,3450	28,47605	
Índice de Goldberg	Não	16	62,8750	15,15201	0,697
	Sim	14	67,6429	21,17548	
Locus de Controlo	Não	16	,9778	,09873	0,240
	Sim	14	1,0297	,11888	
IDB	Não	16	19,750	10,1489	0,637
	Sim	14	17,929	9,8720	

O Quadro 16 mostra a diferença das médias das escalas clínicas e dos resultados do IDB, entre o grupo de ocorrência de Ausência / Inconsistência de normas e limites de comportamento, e o de não ocorrência dessa experiência familiar. Os valores significativos estão representados a negrito.

A observação destes dados permitiu perceber que existem evidências estatísticas para afirmar que existe uma diferença de médias dos grupos referidos, para a escala *Hipomania* (p. value= 0,011), rejeitando-se portanto a hipótese nula para os respetivo teste. Neste caso, pode-se afirmar a existência de diferenças de traços de personalidade entre participantes que tenham vivido em contexto familiar marcado por uma ausência / inconsistência de normas e limites de comportamento, face aos que não experienciaram tais vivências.

Na escala *Hipomania*, o grupo de não ocorrência de Ausência / Inconsistência de normas e limites de comportamento apresenta uma média de 51,556 (n=9), considerado um valor normal. O grupo de ocorrência apresenta um valor superior, comparativamente à de não ocorrência, uma média de 61,714 (n=21) que, contudo, é considerada normalizante pois é inferior ao índice de psicopatologia (65).

Porém, a escala *Esquizofrenia* apresenta valores “borderline” (p. value \leq 0,10), sendo expectável a obtenção de significância a 0,05 com uma amostra mais ampla. Relativamente a essa variável, o grupo de não ocorrência de Ausência / Inconsistência de normas e limites de comportamento apresenta uma média de 71,444 (n=9), ou seja, um valor considerado alto (\geq 65). No entanto, o grupo de ocorrência apresenta uma média de 82,619 (n=21), ou seja, um valor extremo (\geq 75).

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as escalas *Hipocondria* (p. value= 0,756), *Depressão* (p. value= 0,722), *Histeria* (p. value= 0,859), *Desvio Psicopático* (p. value=0,504), *Paranoia* (p. value= 0,178), *Psicastenia* (p. value= 0,283), *Índice de*

Ansiedade (p. value= 0,533), *Índice de Goldberg* (p. value= 0,790), *Locus de Controlo* (p. value= 0,929) e *IDB* (p. value= 1,000).

Quadro 16: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Ausência / Inconsistência de Normas e Limites de Comportamento, e o grupo de não ocorrência.

	Ausência / Inconsistência Normas e Limites de Comportamento	N	Média	Desvio Padrão	p. (u de Mann- Whitney)
Hipocondria	Não	9	63,556	7,6992	0,756
	Sim	21	65,143	11,7741	
Depressão	Não	9	65,778	15,7621	0,722
	Sim	21	70,714	15,1101	
Histeria	Não	9	64,889	7,3390	0,859
	Sim	21	66,286	10,7431	
Desvio Psicopático	Não	9	71,111	11,5806	0,504
	Sim	21	74,429	11,1784	
Paranoia	Não	9	63,778	7,2763	0,178
	Sim	21	69,476	13,8261	
Psicastenia	Não	9	61,000	14,3440	0,283
	Sim	21	67,000	16,8434	
Esquizofrenia	Não	9	71,444	16,2874	0,070
	Sim	21	82,619	14,7156	
Hipomania	Não	9	51,556	6,8394	0,011
	Sim	21	61,714	11,1676	
Índice de Ansiedade	Não	9	62,9556	29,12928	0,533
	Sim	21	71,7570	26,06877	
Índice de Goldberg	Não	9	65,4444	16,67416	0,790
	Sim	21	64,9524	18,99599	
Locus de Controlo	Não	9	1,0036	,11284	0,929
	Sim	21	1,0013	,11138	
IDB	Não	9	18,778	8,2882	1,000
	Sim	21	18,952	10,6933	

O Quadro 17 mostra a diferença das médias das escalas clínicas e dos resultados do IDB, entre o grupo de ocorrência de Ausência de Referências Parentais, e o de não ocorrência dessa experiência familiar. Os valores significativos estão representados a negrito.

A observação destes dados permitiu perceber que existem evidências estatísticas para afirmar que existe uma diferença de médias dos grupos referidos, para a escala *Hipomania* (p. value= 0,05), rejeitando-se portanto a hipótese nula para o respectivo teste. Neste caso, pode-se afirmar a existência de diferenças de traços de personalidade entre participantes que se tenham desenvolvido na ausência de referências parentais, face aos que não experienciaram tais vivências.

Na escala *Hipomania*, o grupo de não ocorrência de Ausência / Inconsistência de normas e limites de comportamento apresenta uma média de 56,583 (n=24), ou seja, um valor considerado normal, contrariamente ao grupo de ocorrência que, com uma média de 67,000 (n=6) apresenta um valor alto (≥ 65).

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as escalas *Hipocondria* (p. value= 0,900), *Depressão* (p. value= 0,940), *Histeria* (p. value= 0,900), *Desvio Psicopático* (p. value= 0,667), *Paranoia* (p. value= 0,980), *Psicastenia* (p. value= 0,805), *Esquizofrenia* (p. value= 0,940), *Índice de Ansiedade* (p. value= 0,900), *Índice de Goldberg* (p. value= 0,980), *Locus de Controlo* (p. value= 0,595) e *IDB* (p. value=0,705).

Quadro 17: Resultados da diferença de médias das escalas clínicas e IDB entre o grupo de ocorrência de Ausência de Referências Parentais, e o grupo de não ocorrência.

	Ausência de Referências Parentais	N	Média	Desvio Padrão	p. (u de Mann-Whitney)
Hipocondria	Não	24	63,750	8,9212	0,900
	Sim	6	68,333	16,3177	
Depressão	Não	24	69,208	14,9491	0,940
	Sim	6	69,333	17,7050	
Histeria	Não	24	65,167	7,7553	0,900
	Sim	6	68,667	16,1823	
Desvio Psicopático	Não	24	73,875	11,8223	0,667
	Sim	6	71,667	8,9815	
Paranoia	Não	24	67,292	12,6954	0,980
	Sim	6	69,667	11,9778	
Psicastenia	Não	24	64,667	16,5836	0,705
	Sim	6	67,333	15,4100	
Esquizofrenia	Não	24	78,917	16,9780	0,940
	Sim	6	80,667	10,9118	
Hipomania	Não	24	56,583	10,5703	0,050
	Sim	6	67,000	9,2520	
Índice de Ansiedade	Não	24	69,2820	27,85503	0,900
	Sim	6	68,4550	24,57122	
Índice de Goldberg	Não	24	65,6250	18,35356	0,980
	Sim	6	63,0000	18,23184	
Locus de Controle	Não	24	1,0071	,11198	0,595
	Sim	6	,9817	,10818	
IDB	Não	24	19,167	9,8186	0,705
	Sim	6	17,833	11,0529	

O Quadro 18 apresenta-se como uma síntese dos “p. values” com significância estatística ($\leq 0,05$) obtidos nos testes realizados anteriormente. Podemos observar a relação existente entre a agressão / repressão parental e as variáveis *Esquizofrenia* e *Índice de Goldberg*; violência doméstica e as variáveis *Paranoia* e *IDB*; abuso / dependência de substâncias parental

e *Índice de Goldberg*; ausência / inconsistência de normas e limites de comportamento e as variáveis *Esquizofrenia e Hipomania*; ausência de referências parentais e *Hipomania*.

Quadro 18: Quadro- Síntese de “p. values” obtidos nos testes realizados

	Agressão Repressão Parental	Violência Doméstica	Abuso Dependência de Substâncias Parental	Ausência Inconsistência Normas e Limites de Comportamento	Ausência de Ref. Parentais
Paranoia (Pa)	■	<u>0,015</u>	■	■	■
Esquizofrenia (Sc)	<u>0,043</u>	■	■	■	■
Hipomania (Ma)	■	■	■	<u>0,011</u>	<u>0,050</u>
Índice de Goldberg (IG)	<u>0,022</u>	■	<u>0,003</u>	■	■
IDB	■	<u>0,025</u>	■	■	■

O Quadro 19 apresenta-se, por sua vez, como uma síntese dos valores “borderline” obtidos, os quais achamos importante destacar pelo facto de ser expectável a obtenção de significância a 0,05 em uma amostra mais ampla. Podemos observar a relação existente entre a agressão / repressão parental e as variáveis *Hipocondria e Locus de Controlo*; separação / divórcio parental e as variáveis *Locus de Controlo e IDB*; ausência / desinteresse da figura paterna e as variáveis *Índice de Goldberg e Locus de Controlo*; ausência / inconsistência de normas e limites de comportamento e *Esquizofrenia*.

Quadro 19: Quadro- Síntese de “p. values borderlines” obtidos nos testes realizados

	Agressão Repressão Parental	Separação Divórcio Parental	Ausência Desinteresse Fig. Paterna	Ausência Inconsistência Normas e Limites de Comportamento
Hipocondria (Hs)	0,079	■	■	■
Esquizofrenia (Sc)	■	■	■	0,070
Índice de Goldberg (IG)	■	■	0,077	■
Locus de Controle (IR)	0,059	0,070	0,054	■
IDB	■	0,056	■	■

Apesar de alguns resultados se apresentarem com aproximação à significância estatística ($p. \text{value} \leq 0,05$), não existem evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as variáveis *Hipocondria (Hs)*, *Depressão (D)*, *Histeria (Hy)*, *Desvio Psicopático (Pd)*, *Psicastenia (Pt)*, *Índice de Ansiedade (AI)* e *Locus de Controle (IR)*.

Capítulo 8 – Discussão dos Resultados

Na presente investigação, o objetivo foi caracterizar os ambientes familiares nos quais os participantes cresceram e se desenvolveram, assim como procurar uma relação com as suas características de personalidade e hábitos de consumo de substâncias psicoativas. Neste capítulo propomo-nos rever cada um dos níveis de análise, procurando discutir e compreender o nível de relação existente entre os resultados obtidos e os aspetos teóricos abordados.

Este trabalho científico propôs-se, em primeiro lugar, caracterizar a amostra relativamente às variáveis sociodemográficas e às variáveis do contexto familiar. Posteriormente, procurou-se caracterizar a mesma amostra relativamente às variáveis psicológicas, sintomatologia depressiva e personalidade. De uma forma mais específica, analisou-se as relações entre as variáveis do contexto familiar e as variáveis psicológicas (personalidade e sintomatologia depressiva).

As histórias de vida dos participantes na investigação mostraram uma infância e adolescência vividas em ambiente familiar marcado pela ausência / desinteresse da figura paterna (76,70%), violência doméstica (53,30%), alcoolismo do pai (50%) e superproteção / permissividade por parte da mãe (46,67%). Efetivamente acaba-se por formar um quadro de disfuncionalidade familiar que caracteriza o desenvolvimento da maioria dos toxicómanos entrevistados.

Jesus & Rezende (2010) desenvolveram um estudo similar com o objetivo de perceber se existiam diferenças relativamente à prevalência dos estilos parentais entre um grupo de 100 toxicodependentes e um grupo 100 de voluntários sem hábitos de consumo. Os resultados da investigação concluíram que o grupo de toxicodependentes apresentava uma maior prevalência de respostas de proteção sem afeto por parte dos pais, e o grupo não toxicodependente uma

maior prevalência de respostas relacionadas com carinho elevado e proteção baixa. Estes dados vão ao encontro com os obtidos no presente trabalho científico

Em nosso entender, estes resultados vão no sentido do que anteriormente foi referenciado, na revisão literária realizada na Parte I deste trabalho, isto é, um excesso de carências afetivas manifestadas pela figura materna, consequências do alcoolismo e, muitas vezes, violência extrema e abusiva por parte do marido, que serão compensadas no filho, demonstrando-se capaz de fazer tudo por este, exceto ajudá-lo a crescer e deixá-lo sozinho. Perante este cenário, e relação simbiótica mãe-filho, o marido acaba por se afastar, desempenhando um papel superficial de pai, demonstrando desinteresse pela família e, em particular, pelo filho adicto (Sequeira, 2006; Torda, 1968; Fleming, 1995).

Efetivamente foi verificável nos relatos, a referência a uma relação distante e negativa com o pai. A mãe é, habitualmente, caracterizada como “*santa, protetora, sacrifica-se, faz tudo pelos filhos*” e o pai como “*ausente, distante, frio emocionalmente, bruto*”.

No contexto familiar referido, o filho, que muitas vezes presencia a violência doméstica, inclusivamente tentando terminar tais episódios reagindo e colocando-se entre os progenitores, tal como revelam os retratos-síntese dos participantes na investigação, acaba por se desenvolver, em paralelo com uma enorme revolta intrínseca e crescente, sem um modelo de referência positivo, para além de que está condenado a não ter uma identidade própria ou a desenvolver competências de autonomia pelo facto de viver a partir da mãe e para a mãe. Estes factos muito provavelmente justificam a evidência de 43% da amostra viver ainda em casa dos pais, apesar da faixa etária de 76,7% ser compreendida entre os 31 e os 55 anos de idade.

Por outro lado, os toxicodependentes entrevistados mostraram, igualmente num elevado número de ocorrências, o desenvolvimento em ambiente familiar com ausência ou inconsistência de um sistema de normas e limites de comportamento, por parte dos pais (70%) ou, por outro lado, um estilo educativo pautado pela agressividade e repressão (43%). Na

verdade, vários entrevistados chegam mesmo a culpar os pais e a educação demasiado permissiva que tiveram como causadores da construção de uma trajetória de vida por caminhos disfuncionais. Por outro lado, semelhante conjunto de relatos denunciam maus tratos como forma de impor a autoridade por parte dos pais, até ao momento em que, com 15, 16 anos, os adolescentes, revoltados e desenvolvidos em termos físicos, acabam por colocar, impetuosamente, um ponto final ao estilo educativo implementado, saltando para uma liberdade absoluta em que os pais jamais voltarão a conseguir posicionar-se a nível de disciplina.

Consideramos que é de extrema importância para o desenvolvimento de uma personalidade saudável na infância e na adolescência, o exercício do poder ou autoridade parental estar bem definido, elementar na formação de competências sociais e, particularmente, na aprendizagem da tolerância em situações de frustração e *stress*. Como referido anteriormente, na Parte I do presente trabalho, nas famílias dos toxicodependentes encontram-se mais frequentemente problemas de disciplina maior em relação às famílias de sujeitos não aditos, por consequência da pobre, ou mesmo ausente, definição de regras e limites de comportamento (Sequeira, 2006; Fleming, 1995).

Assim, é verificável que estilos parentais agressivamente autoritários ou permissivos resultam, respetivamente, em revolta e gradual libertação comportamental por meios desviantes por parte do adolescente e, por outro lado, num excesso de liberdade comportamental que influencia negativamente a aquisição e assimilação de normas e limites que permitem a socialização de forma adaptativa na sociedade.

Os relatos dos entrevistados demonstraram também que a estrutura familiar, ou a ausência desta, são indicadores familiares comuns na infância e adolescência dos toxicodependentes, embora não tenham surgido com a mesma frequência que os indicadores referidos acima. Deste modo, a vivência da Separação / Divórcio Parental surge com 26,70% de frequência na amostra, e a ausência de referências parentais com 20%.

A revisão literária efetuada na Parte I da presente investigação evidencia a frequência de situações de perda de um ou mais elementos, por morte ou separação / divórcio, da família do toxicómano, concluindo-se ainda que a ausência do pai é o fator mais decisivo na passagem do consumo de drogas leves para as pesadas (Amaral Dias, 1980, cit. in Sequeira, 2006).

Foi constatado, a partir dos relatos dos toxicómanos, as consequências que as perdas de referências parentais, por morte ou separação, implicaram no funcionamento da sua dinâmica familiar e, principalmente, na estruturação de um equilíbrio emocional saudável. O desenvolvimento na ausência de figuras de referência, como o pai e/ou a mãe, provoca escassez afetiva, indefinição na construção de uma identidade própria mas, sobretudo, uma dor e um sofrimento perpétuo, declarado ou latente, mas passível de ser atenuado ou aliviado pelo recurso os efeitos das drogas, facto definitivamente assumido pelos próprios entrevistados.

A dimensão “ausência de referências parentais” é percebida, de acordo com a revisão literária efetuada, como um terreno de fragilidade psíquica que propicia o desenvolvimento da toxicod dependência. Esta fragilidade cria condições propícias à procura de “soluções” por meio tóxico que, embora artificial, está disponível no mercado e oferece ao indivíduo a ilusão de uma ajuda que alivia um sofrimento nunca transformado, porque nunca visto e compreendido (Costa, 2009).

Indubitavelmente, achamos de extrema importância esclarecer a razão assumida para o comportamento de consumo de substâncias na população envolvida na investigação, circunscrevendo, com clareza, que este está associado ao sofrimento e à necessidade de “esquecer” ou “aliviar” o impacto interno dos problemas das suas vivências passadas ou atuais, como podemos verificar nos seguintes relatos obtidos a partir da EVF: *”comecei a intensificar o meu consumo porque estava sempre à procura daquela moca, de tranquilidade, de me acalmar”*; *“Sempre fui uma pessoa super alterada dos nervos, e cada vez que consumia conseguia controlar o meu estado nervoso, o meu comportamento... era muito mais fácil tomar*

decisões sob o efeito de heroína”; “*Eu e os meus irmãos fumávamos para estar bem, para esquecer.*”; “*Quando eu descobri aquela droga, quando o Ricardo apareceu com aquilo e eu mandei umas passas, aquilo preencheu-me completamente... aquilo deu-me uma paz... acho que é a melhor maneira de definir o efeito da heroína... dá uma paz enorme*”.

O conceito de consumo representa, deste modo, uma estratégia de fuga ou refúgio, declaradamente assumida pela população em estudo.

A revisão literária realizada no Parte I do presente trabalho vem salientar precisamente o acima referido: o consumo de substâncias como resposta de enfrentamento ao sofrimento emocional, na procura da libertação face a estados afetivos desagradáveis. Efetivamente vários autores interligam a personalidade do toxicodependente, pelo facto de ter sido desenvolvida em contexto sociofamiliar problemático, a um sentimento de vazio crónico, desvalorização pessoal e angústia, características nas quais o efeito da droga incide diretamente como um “falso escudo protetor” que possibilita uma ilusão dos aspetos da relação do consumidor com a vida (Jesus & Rezende, 2010; Torres et al., 2004; Costa, 2009).

Os resultados do MMPI (Mini Mult) e do IDB para a população toxicodependente em investigação, revelaram a existência de uma relação entre toxicodependência e psicopatologia, evidenciando a perturbação e o sofrimento existente no toxicómano. Efetivamente, em oito escalas, seis apresentaram valores altos (≥ 65): *Depressão (D)*, *Histeria (Hy)*, *Desvio Psicopático (Pd)*, *Paranoia (Pa)*, *Psicastenia (Pt)* e *Esquizofrenia (Sc)*.

Os resultados gráficos do perfil MMPI (Mini Mult) da amostra evidenciaram um “V” invertido da tríada neurótica *Hs (Hipocondria)*, *D (Depressão)* e *Hy (Histeria)*, com elevações altas na escala *D* e *Hy*, sendo que esta configuração assinala uma condição neurótica crónica com sintomatologia mista. Os resultados da escala *D* denunciam a amostra como deprimida, infeliz, pessimista em relação ao futuro, de baixa autoestima e autocrítica. Os valores da escala

Hy denunciam alguma imaturidade, dificuldade em lidar com a pressão e incapacidade do indivíduo em lidar com os seus problemas emocionais (Nichols, 2011).

Por sua vez, foi verificada uma elevação muito alta da escala *Pd* (*Desvio Psicopático*). Este resultado caracteriza a amostra com traços de agressividade, impulsividade e manipulação interpessoal. São vistos como sujeitos sem senso de responsabilidade, instáveis e narcisistas. São, ainda, verificadas relações interpessoais superficiais e dificuldades no estabelecimento de vínculos com figuras representantes de autoridade.

A tríade psicótica *Pa* (*Paranoia*), *Pt* (*Psicastenia*) e *Sc* (*Esquizofrenia*), por sua vez, apresentou igualmente uma configuração com valores elevados. Efetivamente, a escala *Pa* demonstrou uma elevação que supõe a caracterização da amostra como hipersensível à opinião dos outros, que pensa frequentemente estar a ser rejeitada, desconfiada, excessivamente cautelosa e com tendência a interpretar os estímulos de forma inadequada. Os valores da escala *Pt* indicam sentimentalismo, dependência, insegurança, complexos de inferioridade, ansiedade e agitação. A escala *Sc* apresentou uma elevação muito alta, cujos resultados descrevem a amostra como excessivamente individualista, imatura, com problemas de identidade, assim como dificuldades de pensamento e comunicação. Os valores desta escala são, igualmente, representativos de dificuldade nas relações interpessoais, observando-se tendência para o isolamento (Nichols, 2011; Butcher et al., 2001).

Os resultados do *Índice de Ansiedade (AI)* da amostra caracterizam-na como tendencialmente ansiosa. O *Índice de Goldberg (IG)*, por sua vez, apresentou valores que descrevem a amostra com traços predominantemente psicóticos comparativamente ao neuroticismo. A amostra é ainda caracterizada por um *Locus de Controlo* predominantemente externo, o que revela a propensão, por parte dos participantes, a acreditar que são os fatores externos que exercem maior controlo na sua vida, apresentando uma maior dependência emocional e funcional e sendo mais afetados por críticas e elogios.

Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos numa investigação desenvolvida no CAT de Castelo Branco, com utentes em programa de metadona. Felizardo (2005) realizou um estudo que tinha como objetivo a caracterização do perfil de personalidade de 42 toxicodependentes. Aplicando o instrumento Mini-Mult, os resultados obtidos revelaram apenas 12,5% dos participantes com um perfil clínico dentro dos parâmetros considerados normais pelo inventário de personalidade utilizado, e o perfil médio de personalidade determinado para o grupo apresentava maiores elevações nas escalas clínicas Depressão, Desvio Psicopático e Esquizofrenia, tendo a última o score mais acrescido. Esta configuração assemelha-se à obtida no presente trabalho científico, resultados estes que denunciam uma frágil capacidade dos utentes em estabelecer relações interpessoais saudáveis e significativas, deixando a ideia da necessidade de se pensar em intervenções terapêuticas com maior incidência nos treinos de competências sociais.

Os resultados do IDB foram bastante esclarecedores ao revelar sintomatologia depressiva em 80% da amostra. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos similares, embora com a utilização de outros instrumentos, sugerindo a existência de uma relação concreta entre toxicodependência e sintomatologia depressiva (Alves et al., 2008; Santos et al., 2011).

Um dos objetivos da nossa investigação centra-se efetivamente em explorar a hipótese da existência de fatores relacionados com o ambiente familiar de maturação do toxicodependente, que propiciem o desenvolvimento de determinados traços de personalidade.

Uma vez que o ser humano dá início ao desenvolvimento da sua personalidade a partir do nascimento, e que as experiências da infância e da adolescência em contexto familiar são cruciais para tal construção, organizámos os participantes por dimensões familiares com que se identificassem, e fez-se a comparação de resultados entre o grupo de ocorrência da dimensão familiar em estudo e o de não ocorrência, no que respeita às variáveis *Hipocondria (Hs)*,

Depressão (D), Histeria (Hy), Desvio Psicopático (Pd), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Hipomania (Ma), Índice de Ansiedade (AI), Índice de Goldberg (IG), Locus de Controlo (IR) e Inventário da Depressão de Beck (IDB).

Após a apresentação numérica e estatística bem como das respetivas leituras, passamos agora o foco para a reflexão / interpretação dos resultados obtidos. Da abordagem imediata conseguida com um olhar genérico sobre os resultados, observou-se evidência estatística para a rejeição da hipótese nula, em algumas escalas do MMPI e resultados do IDB para determinados grupos de dimensão familiar, podendo-se afirmar, nestes casos, a existência de diferenças significativas nos valores das médias para o grupo de ocorrência da respetiva disfunção, face aos de não ocorrência.

O desenvolvimento da personalidade em ambiente marcado pela agressão / repressão parental demonstrou elevações com significância estatística (p. value $\leq 0,05$) nas variáveis *Esquizofrenia e Índice de Goldberg*. Os valores extremos apresentados na escala *Esquizofrenia* denunciam o impacto que a agressividade parental, como estilo educativo, tem no desenvolvimento da conduta psicótica, confusão, desorganização e desorientação por parte do filho. Estes valores podem indicar sujeitos muito individualistas, imaturos, com interesses específicos pouco desenvolvidos, dificuldades sexuais, problemas de identidade, e dificuldades de pensamento e comunicação. É, igualmente, indício de dificuldade nas relações interpessoais, recorrendo geralmente a fuga ou fantasia como forma de compensação.

Quanto ao *Índice de Goldberg*, o grupo de não ocorrência apresenta, por si só, uma média com valores acima da norma para revelar um perfil tendencialmente psicótico, dado o facto da população em estudo ser toxicod dependente e, como vimos anteriormente, apresentar resultados altos na maioria das escalas do Mini Mult. Porém os valores apresentados pelo grupo de ocorrência ostentam um maior grau de gravidade. Observou-se, igualmente, valores considerados “borderline” no que diz respeito à significância estatística e que sugerem uma

aproximação à evidência em amostras mais amplas, nas variáveis *Hipocondria* e *Locus de Controlo*. O facto de apresentarem elevações na escala *Hipocondria* caracteriza estes indivíduos como derrotistas, insatisfeitos, pessimistas, inativos, com tendência a sentirem-se cansados e doentes, preocupados excessivamente com a própria saúde. Quanto ao *Locus de Controlo*, o grupo de ocorrência apresenta valores que subentendem externalização por parte dos sujeitos, isto é, tendência a sentir que são os fatores externos, ao invés dos internos, que têm um maior controlo na sua vida, tal como a sorte, as outras pessoas, etc. Estes indivíduos apresentam uma maior dependência emocional e funcional, sendo igualmente mais afetados por críticas e elogios (Nichols, 2011; Butcher et al., 2001).

Entendemos que, tal como referido no enquadramento teórico do presente trabalho científico, os estilos educativos parentais são cruciais para o desenvolvimento de uma personalidade saudável. Resultados da investigação da psicóloga Baumrind (1967) revelaram que características como autoconfiança, autocontrolo, curiosidade, satisfação ou, por outro lado, insatisfação, desconfiança, tendência para o isolamento, baixa autoestima e baixa autoconfiança por parte das crianças, dependem em grande parte, da qualidade com que os pais implementam a educação.

Efetivamente consideramos importante estimular os estilos parentais democráticos de forma a estimular a autoconfiança e independência. Os estilos parentais autoritários e permissivos não constituem um modelo sólido de responsabilidade e sensibilidade social para com os adolescentes, pelo facto de muitas vezes não demonstrarem abertura aos interesses dos filhos. Os pais democráticos, por sua vez, potenciam a capacitação para uma gradual tomada de decisão, sob a sua supervisão, assim como para uma prática de comportamentos responsáveis. (Elder, 1963 cit. in Sprinthall & Collins, 2011; Linares et al., 2002).

A vivência em ambiente familiar pautado pela violência doméstica demonstrou elevações com significância estatística na escala *Paranoia* e nos resultados do *IDB*. Na escala

Paranoia, o grupo de não ocorrência de Violência Doméstica por parte dos pais apresenta um valor considerado normal, contrariamente ao grupo de ocorrência que, apresentando um valor alto, caracteriza os indivíduos como excessivamente reservados e desconfiados, hipersensíveis à opinião dos outros, cautelosos e com tendência a interpretar os estímulos de forma inadequada. Muito frequentemente estes sujeitos demonstram-se agressivos de forma a antecipar-se defensivamente diante de situações que percebem inadequadamente como ameaçadoras da sua segurança. Para o *IDB*, o grupo de não ocorrência apresenta valores que revelam sintomatologia depressiva leve (justificados pelo facto de população em estudo ser toxicod dependente). No entanto, o grupo de ocorrência apresenta valores destacadamente superiores, que expõem uma população caracterizada por sintomatologia depressiva moderada-grave (Nichols, 2011; Butcher et al., 2001).

A violência doméstica é um fenómeno complexo inerente a todo o tipo de classe social e cultura. Tal violência pode ser incrementada de forma física, psicológica e sexual, existindo alguns fatores de risco que potenciam a sua existência: dificuldades financeiras, desemprego, problemas com a justiça, abuso de álcool e drogas (Sinclair, 1985, cit. in Padovani & Williams (2008)). A este propósito, Padovani e Williams (2008) desenvolveram uma investigação com o objetivo de caracterizar o histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos, tendo os resultados chamado a atenção pela frequência de ocorrência na história dessa população específica, encontrando-se uma relação com o processo de adoecimento psíquico. Em termos de sequelas deixadas pela exposição à referida disfunção familiar, destacaram-se: dores crônicas, distúrbio do sono e de alimentação, baixa autoestima, alto nível de ansiedade e depressão, ideação e tentativas de suicídio, abuso de álcool e drogas e uso não controlado de psicotrópicos.

De acordo com Baker et al. (2002), presenciar episódios em que a mãe é maltratada pelo companheiro, põe em risco o sentimento de estabilidade e segurança das crianças e jovens.

Estas situações podem ainda desencadear reações traumáticas de *stress* sob a forma de pesadelos, reações intensificadas de pânico e mesmo preocupação constante com um possível perigo. As consequências das vivências desta exposição ao *stress* levam ao isolamento social, inibem a autonomia, e desencadeiam sérios problemas de foro relacional entre o sujeito e a família, uma vez que as capacidades familiares para a comunicação com respeito poderão ser mal desenvolvidas devido à violência, e a transição para a adolescência pode ser mais complexa para o jovem e para a família. Neste sentido, Sousa (2013) desenvolveu um estudo relacionado com a problemática da violência doméstica, cujo objetivo era compreender o impacto / consequências e as percepções das crianças e jovens expostos à vitimação indireta. Os resultados advertem para os efeitos negativos a nível psicológico e emocional dessa específica vivência nas crianças / adolescentes: baixa autoestima, inibição, depressão, desobediência, comportamento agressivo e delinquente, consumo de álcool e drogas, menor capacidade de empatia, medo, visão hostil e negativa das interações sociais, atitudes negativas relativamente aos outros, pensamentos intrusivos e cansaço afetivo.

Entendemos que os dados obtidos no presente trabalho científico, nomeadamente no que diz respeito à relação entre violência doméstica, paranoia e depressão (IDB) são defendidos pelos estudos já realizados subjacentes a esse âmbito.

Sujeitos que tenham experienciado a Separação / Divórcio Parental, não apresentaram valores estatisticamente significativos nas diversas variáveis. No entanto, as variáveis *Locus de Controlo* e *IDB* apresentaram valores “borderline”, sendo expectável numa amostra mais ampla, uma aproximação à significância. Estes resultados caracterizam a predominância de um *Locus de Controlo* interno para este grupo. Estes valores fazem-nos entender que, apesar da amostra (N=30) ser caracterizada por uma personalidade tendencialmente dependente de fatores externos, indivíduos que tenham passado pela experiência de separação / divórcio dos pais, e tudo o que isso implica, particularmente o crescimento em agregado familiar

monoparental, são caracterizados por viverem os reforços presentes na sua vida como resultado de aspetos relacionados com o seu interior (esforço pessoal, competência, responsabilidade, etc.). Sentem-se, igualmente, com um maior controlo da sua própria vida e sucesso, em comparação com os indivíduos cujo *Locus de Controlo* é predominantemente externo. No entanto, os resultados do *IDB* revelam valores que supõem sintomatologia depressiva moderada – grave, ao invés da média da amostra geral, que apresenta sintomatologia moderada (Nichols, 2011; Butcher et al., 2001).

Os participantes que viveram o abuso / dependência de substâncias parental apresentaram evidência estatística para a variável escala *Índice de Goldberg*, demonstrando uma diferença elevada de valores, face ao grupo de não ocorrência, apesar de a amostra (N=30) apresentar um perfil tendencialmente psicótico (Nichols, 2011; Butcher et al., 2001).

No que diz respeito ao grupo “Ausência / Desinteresse por parte da Figura Paterna”, não foram observados dados com significância estatística para as diversas variáveis. No entanto as variáveis *Índice de Goldberg (IG)* e *Locus de Controlo (IR)* apresentaram resultados “borderline” de significância para a diferença de médias encontradas entre o grupo de ocorrência e o de não ocorrência. Estes dados sugerem que, numa amostra de investigação mais ampla, existiria a possibilidade de caracterizar o grupo de ocorrência com um perfil psicótico de maior grau de gravidade, face ao de não ocorrência e, por outro lado, caracterizar o seu *locus de controlo* como predominantemente externo, o que subentende a crença de que o controlo da vida e sucesso não depende de si, mas de fatores externos, como de outras pessoas, sorte, oportunidades, entre outros (Nichols, 2011; Butcher et al., 2001).

Para a dimensão familiar “Superproteção / Permissividade da figura materna”, os dados obtidos não revelaram qualquer evidência estatística para as diversas variáveis da personalidade.

Sujeitos que se tenham desenvolvido em ambiente familiar pautado por uma ausência / inconsistência de normas e limites de comportamento, apresentaram valores estatisticamente significativos para a variável *Hipomania*. No entanto, embora o grupo de ocorrência apresentasse um valor superior comparativamente ao de não ocorrência, tal valor é considerado normal uma vez que é inferior ao índice de psicopatologia (65) (Nichols, 2011; Butcher et al., 2001). A escala *Esquizofrenia* apresentou um “p. value” “borderline”, caracterizando os sujeitos como excessivamente individualistas, imaturos, com problemas de identidade, assim como dificuldades de pensamento e comunicação. É, igualmente, indício de dificuldade nas relações interpessoais, observando-se tendência para o isolamento.

Por fim, indivíduos que se tenham desenvolvido na ausência de referências parentais apresentam valores estatisticamente significativos para a variável *Hipomania (Ma)*. Nesta escala, o grupo de não ocorrência apresentou um valor considerado normal, contrariamente ao grupo de ocorrência que, apresentando um valor alto, caracteriza os indivíduos como hiperativos de pensamento e de ação, que tendencialmente avaliam ideias de grandeza, apresentam instabilidade de humor, autoconceito grandioso, egocentrismo e impulsividade. Estes sujeitos são descritos por habitualmente contarem com um amplo leque de interesses, assim como criarem muitos projetos, sem no entanto empregarem sua a energia adequadamente e acabando por não os concluir por falta de organização (Nichols, 2011; Butcher et al., 2001).

Efetivamente não existem estudos que sugiram uma relação entre a ausência de referências parentais e o desenvolvimento de hipomania. No entanto, os participantes que relataram nas entrevistas o seu desenvolvimento na ausência de figuras de referência parentais confessaram o início de consumo de substâncias mais cedo que os restantes participantes na investigação. Por outro lado, a maioria destes sujeitos referiram igualmente a perda de um ou mais figuras parentais por morte ou afastamento. De acordo com a literatura, o consumo de

drogas, a perda parental, eventos de vida stressantes, disfunção familiar são fatores de risco de hipomania (Michelon, L. & Vallada, H., 2015).

Em suma, dados os resultados acima mencionados, pudemos constatar os seguintes produtos da investigação:

1. Sujeitos com valores elevados na escala *Esquizofrenia* apresentam uma frequência significativa de relatos relacionados com estilos parentais educativos excessivamente agressivos e repressores;
2. Sujeitos com traços de personalidade paranoica apresentam uma frequência significativa de relatos relacionados com a vivência em ambiente familiar marcado por regulares episódios de violência doméstica e alcoolismo.
3. Sujeitos expostos a episódios de violência doméstica em seio familiar apresentam resultados mais elevados no IDB (Inventário da Depressão de Beck);
4. A maioria dos relatos dos sujeitos com elevações significativas na escala clínica Hipomania revelam um desenvolvimento na ausência de referências parentais na sua infância e adolescência.
5. Os ambientes familiares que influenciam scores mais elevados de perfis psicóticos estão relacionados com agressão / repressão parental, dependência de substâncias parental e/ou ausência /desinteresse por parte da figura paterna.

Em resumo, podemos observar que tanto os resultados das entrevistas como os psicométricos refletem, incontestavelmente, os aspetos teóricos abordados, sendo assim reveladores de que a perspectiva de intervenção na toxicodependência deve ser orientada prioritariamente para a prevenção, particularmente para o apoio à família, cujo ambiente,

dinâmicas de funcionamento e estilos parentais subjacentes se tornam aspetos elementares ou condicionantes no desenvolvimento da personalidade da criança / adolescente. Os resultados obtidos nesta investigação salientam, portanto, o que Manuela Fleming (1995) defende: a necessidade de inclusão e da essencial relevância da valência “Intervenção Familiar” em todos os programas de reabilitação de toxicodependentes, o que já vem sendo efetuado há algum tempo.

Conclusão

Consideramos que os resultados obtidos respondem às questões de investigação que nos motivaram a realizar o presente estudo. Assim, relativamente à primeira pergunta elaborada – Será que existem experiências de adversidade precoce, ambientes familiares e estilos parentais que possam estar associados ao risco de consumo de substâncias por parte dos filhos? – verificámos existir um elevado grau de convergência entre os dados obtidos através das entrevistas e os aspectos teóricos abordados.

A família é destacada como o principal fator de estruturação da personalidade do indivíduo, assim como de socialização, sendo a sua análise essencial à compreensão do comportamento de consumo de substâncias por parte do sujeito.

É na adolescência, período conturbado e vulnerável da existência humana, que se verifica, geralmente, o início dos comportamentos de risco, sendo elementar que a família estabeleça regras claras e coerentes no sentido de capacitar o jovem a reconhecer os parâmetros para agir, potenciando o seu senso de responsabilidade pelas escolhas e pelos atos pessoais. Esta transmissão de valores, regras e normas de conduta é passível de assimilação, por parte do adolescente, quando existe uma base saudável construída através de uma relação empática pai – filho, do ponto de vista afetivo e de identidade, assim como uma relação equilibrada e afetuosa com a sua figura maternal.

Relativamente à segunda questão de investigação - Será que existe uma relação directa entre o sofrimento e a depressão e o desenvolvimento do comportamento de consumo de substâncias? – verificámos, nas médias da amostra, a existência de uma configuração em “V” da tríade neurótica do MMPI (Mini-Mult) – Escalas *Hipocondria (Hs)*, *Depressão (D)* e *Histeria (Hy)* - acima dos valores significativos de psicopatologia, o que representa condição

neurótica crônica com sintomatologia mista. Para realçar estes resultados, o desfecho da aplicação do IDB revelou sintomatologia depressiva em 80% dos participantes na investigação. Estes números são considerados importantes, pois permitem-nos refletir sobre a visão do fenómeno “toxicodependência” como doença, e catalogado ao sofrimento e depressão, colocando, assim, de parte a ideia primitiva de relação com divertimento, paródia e pobreza de princípios e de valores.

Na formulação da última questão - Será que existem traços de personalidade característicos, cujo desenvolvimento é consequência de vivências ou ambientes familiares específicos? – concluímos que, primeiramente, e como referido no parágrafo anterior, existe uma relação entre toxicodependência e psicopatologia, uma vez que os resultados do MMPI (Mini Mult) evidenciaram perturbação e o sofrimento existente no toxicómano. Efetivamente, em oito escalas da amostra, seis apresentaram valores altos, índices de psicopatologia (≥ 65): *Depressão (D)*, *Histeria (Hy)*, *Desvio Psicopático (Pd)*, *Paranoia (Pa)*, *Psicastenia (Pt)* e *Esquizofrenia (Sc)*. No entanto, foi observado que determinadas características de personalidade dos participantes apresentaram resultados mais significativos em específicos ambientes familiares de desenvolvimento. A este respeito, foram verificadas relações entre dimensões esquizofrénicas da personalidade e o ambiente familiar marcado por agressão / repressão parental; paranoia e violência doméstica; hipomania e ausência / inconsistência de normas e limites de comportamento; hipomania e ausência de referência parentais; depressão e violência doméstica; perfil MMPI psicótico e agressão / repressão parental; perfil MMPI psicótico e abuso / dependência de substâncias parental.

A realização deste estudo, ainda que com evidentes limitações, que iremos discutir em seguida, permitir testemunhar as evidências, nacionais e internacionais, já disponíveis sobre a relação existente entre a vivência familiar e a toxicodependência. Assimilando o que foi acima referido, é elementar valorizar as dimensões “vivência familiar” e “personalidade” na

compreensão da toxicodependência, como um triângulo que marcou no passado e influencia permanentemente a atuação do indivíduo relativamente às suas áreas cognitiva, comportamental, afetiva e existencial.

Importa agora refletir sobre algumas limitações que possam ter influenciado os resultados e sobre as inferências que delas podemos extrair. Uma primeira limitação prende-se com questões metodológicas, pelo facto de a amostra ser de tamanho reduzido e, por isso, não conseguirmos garantir uma razoável representatividade da amostra, não nos sendo permitido extrair dela generalizações para toda a população toxicodependente portuguesa.

Efetivamente, não existiram evidências estatísticas para se afirmar que existem diferenças nas médias dos grupos de ocorrência e não ocorrência da dimensão familiar, para as variáveis *Hipocondria (Hs)*, *Depressão (D)*, *Histeria (Hy)*, *Desvio Psicopático (Pd)*, *Psicastenia (Pt)*, *Índice de Ansiedade (AI)* e *Locus de Controlo (IR)*. No entanto, fica a ideia de que, pelo facto de algumas destas escalas apresentarem valores “borderline” de significância na correlação com as dimensões familiares, seria importante o aprofundamento desta investigação, todavia com uma amostra de maiores dimensões.

Depois, apesar das investigações, no geral, apontarem pistas significativas para a compreensão do impacto das experiências de adversidade precoce, vivência familiar e desenvolvimento da personalidade na toxicodependência, é uma limitação o facto de não ser possível predizer uma relação de causa-efeito entre as variáveis em estudo, principalmente por se tratarem de estudos transversais, onde a medição é feita num único momento, não existindo portanto período de seguimento dos indivíduos.

É um facto a existência de alguns estudos relacionados com a temática da toxicodependência, vivência familiar e personalidade, de teor predominantemente exploratório e utilizando, na maioria das vezes, metodologias qualitativas. Porém, o futuro da investigação na área deveria idealmente envolver a melhoria das ferramentas de abordagem ao objeto de

estudo e aprofundar alguns temas já explorados, como os fatores psicossociais de risco das perturbações de personalidade. Considera-se importante ultrapassar lacunas identificadas, assim como aceitar os desafios que se colocam no sentido de aprofundar o conhecimento acerca do fenómeno da toxicodependência, com a finalidade de investir de forma mais eficiente nas políticas de intervenção e prevenção.

Um grande obstáculo à consistência de um ambiente familiar próspero e saudável em Portugal é, sem dúvida, a precária situação económica em que, atualmente, a maioria das famílias se encontra. Os recursos limitados e a pressão do cada vez mais insensível mercado de trabalho conduzem a situações de *stress*, que por sua vez provocam discussões, divórcios, violência doméstica, alcoolismo, doença mental, o desmantelamento familiar, entre outros.

Garantir que as famílias tenham consciência na importância das potencialidades dos estilos parentais democráticos, assim como da atenção e dos próprios cuidados aos filhos é, por si só, um grande desafio, então fazê-lo com famílias pouco sustentadas em termos económicos, neste clima de pressão socioeconómico, é quase um trabalho “hercúleo”. Consideramos emergente a intervenção no sentido prevenir situações de rutura familiar, identificar situações de risco, diagnosticar impasses familiares ou interações familiares tóxicas, tendo consciência que tal abordagem acaba por ser a principal interposição face a situações de mal-estar onde a toxicodependência encontra um terreno propício.

Não se deve deixar, deste modo, que o facto de uma criança ter nascido num meio mais desfavorecido possa prejudicar as suas capacidades de interação social, bem como possa prejudica-la a outros níveis. É essencial caminharmos, enquanto técnicos da área da saúde, no sentido de reorganizar estratégias de intervenção nestes contextos, pois a intervenção nas famílias e a promoção de uma base segura de vinculação serão, muito provavelmente, a melhor prevenção na saúde mental.

Consideramos que a nossa investigação contribuiu para um melhor conhecimento da dimensão da toxicodependência, valorizando as vivências familiares como variáveis importantes ao desenvolvimento de traços de personalidade, permitindo evidenciar a influência destes nos hábitos de consumo de substâncias. De uma forma geral, espera-se que este trabalho seja promotor de uma reflexão mais abrangente sobre a leitura que se fizer posteriormente relativamente a esta temática.

Referências Bibliográficas

Ainsworth, M. D. S., Blehar M. C., Waters E. & Wall S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Hilldale NJ: Erlbaum.

Alves, A. R.; Preto, L.; Mata, A.; Corredeira, I. & Escudeiro, M. (2008) - *Da toxicod dependência à depressão: consumos, significações e prevalências*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação.

American Psychiatric Association,(2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: VA.

Anastasi, A. (1968). *Testes Psicológicos. Nova Edição Revista*. São Paulo: E.P.U.

Baker, L.L.; Jaffe, P.G. & Ashbourne, L. (2002). *Children Exposed to Domestic Violence. An Early Childhood Educator's Handbook to Encrease Understanding and Improve Community Responses*. London: Children & Families in the Justice System.

Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa 2012 - Relatório Preliminar*, Coleção Estudos - Universidades, Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Barradas, A.M.P. (2008). *Factores influentes na permanência dos toxicod dependentes em programas terapêuticos do Desafio Jovem: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado

Integrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Lisboa.

Barstad, M. G. (2013) *Do Berço ao Túmulo - A Teoria do Apego de John Bowlby e os estudos de apego em adultos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio De Janeiro, Brasil.

Bartholomew, K. (1996). *Peer Attachment Interview*. (Manuscrito não publicado)

Baumrind, D. (1967). Child Care Practices Antecedent Three Patterns Of Preschool Behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75(1), Pp. 43-88.

Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*. 3(11), 255-272.

Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M; Mock, J. & Erbauch, G. (1961). *Inventory for measuring depression*. *Archives of General Psychiatry*, 4, Pp.63-63.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume 2. Separation: Anxiety and anger*, New York: Basic Book.

Bowlby, J. (1988). *A secure base – Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2) Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Canavarro, M. C., Dias, P., Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20 (1), Pp. 155-186.

Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (2nd edition)*. New York: Guilford Press.

Costa, E. M. (2001). Redução de Danos: preconceitos, obstáculos, justificação. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), Pp. 53-56.

Costa, N. F. (2009). Psiquiatria e Toxicodependências (cap.3). J. D. Cordeiro (Eds.), *Manual de Psiquiatria Clínica*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Pp. 243-286.

De Leon, G. (2003). *A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método*. S. Paulo: Edições Loyola.

Dieguez, C. (2000). Receita para fugir do abismo, *Veja*, 2, Pp. 90-91.

Domoslawsky, A. (2011). *Política da Droga em Portugal – Os benefícios da Discriminação do Consumo de Drogas*. Global Drug Policy Program. Warsaw: Open Society Foundations.

Facundo, F. R. G., & Castillo, M. M. A. (2005). Adquisición del uso de alcohol en un grupo de adolescentes mexicanos: el efecto de la relación con amigos. *SMAD*, 1(2), Pp.1-13.

Felizardo, S. (2005). Avaliação da personalidade no CAT de Castelo Branco – perfil obtido a partir do mini-mult questionário aplicado aos utentes em programa de metadona. *Revista Toxicodependências, Edição IDT*, Vol. 11 (3) Pp. 25-36.

Fleming, M. (1995) *Família e Toxicodependência*. Porto: Edições Afrontamento.

Frances, A. & Ross, R. (2004). *Casos Clínicos, DSM-IV-TR, Guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gonçalves, A.M. & Pereira, M.G. (2011). Variáveis Familiares e toxicodependência. *Rev. SBPH*, 14(2), Rio de Janeiro.

Goodman, A. (1990) *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.

Gorestein, C. & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese Version of The Beck Depression Inventory and The State – Trait Anxiety Inventory in Brasilier Subjects. *Med. Biol. Res*, 29, Pp. 453-457.

Jesus, S. N & Rezende, M. M. (2010). Percepção de estilos parentais na toxicodependência. *Boletim de Psicologia* , v. LIX(2), Pp. 179-190.

Johnson, B., Onwuegbuzie, A., & Turner, L. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1 (2), Pp. 112-133.

Kalina, E. (1999). *Drogadição Hoje Individuo Familia e Sociedade*. Porto Alegre: Artmed.

Lavelle, T, Hammersley, R. & Forsyth, A. (1993) Is the “addictive personality” merely delinquency?, *Addiction Research*, 1(1): Pp. 27– 37.

Linares, M., Pelegrina, S., & Lendínez, J. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia psicosocial de los adolescents. *Anuário de Psicologia*, 33(1), Pp. 79-94.

Lopes, P., Barreira, D.P., & Pires, A.M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de gênero na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), Pp. 47-57.

Main, M., & Hesse, E. (1999). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? En M. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp.161-184). Chicago: University of Chicago Press.

Maluf, T.P.G. (2002). *Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. São Paul. Brasil.

Martins, L. (2011). *Obesidade e Morbilidade Psicológica: Psicopatologia, Alterações da Personalidade, Auto-Coinceito e Estratégias de Coping em Obesos Seleccionados e a Aguardar a Cirurgia Bariátrica*. Dissertação de Mestrado para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia - Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Martins, R. (2011). *Dimensões da Personalidade e da Vinculação em Pacientes com Sintomatologia Depressiva – Estudo Exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Secção de Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Lisboa.

Matos, P. M. & Costa, M. E. (1996). Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, Pp. 45- 54.

Michelon, L. & Vallada, H. (2015). Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Vol. 32. Sup. 1. Pp. 21-27.

Nichols, D.S. (2011). *Essentials of MMPI-2 Assessment. Second Edition*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Oetting, E. & Donnermeyer, J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. Part I. *Substance Use & Misuse*, 33, Pp. 995-1.026.

Padovani, R.C. & Williams, L.C.A (2008). Histórico de Violência Intrafamiliar em Pacientes Psiquiátricos, *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (3), Pp. 520-535.

Pais, J.M. (2001) Ganchos, Tachos e Biscates – Jovens, Trabalho e Futuro, Porto: Ambar.

Paiva, F.S. & Ronzani, T.M. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em estudo*, Maringá, 14(1), Pp. 177-183, Jun-Mar.

Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico, *Estudos de Psicologia*, 11(3), Pp. 315-322.

Rahioui, H. & Reynaud, M. (2008). *Colecção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas – Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*, Lisboa: Climepsi Editores.

Rajecki, D. W., Hoffman, H., Ainsworth, M. S., et al. (1976). *As ligações infantis*. Amadora: Livraria Bertrand.

Ramires, V. R. (2003). Cognição social e teoria do apego: possíveis articulações. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2003, vol.16, n.2, Pp. 403-410.

Ribeiro, M., Vargas, E., Alves, M., Guimarães, L., & Moreira, G. (1999). O consumo de substâncias psicoativas em Juiz de Fora. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(9), Pp. 405-413.

Ribeiro, W.A. (2001). *Abordagens Pedagógicas de Prevenção do Uso Indevido de Drogas por Adolescentes: da Prática da Opressão à “Prática da Liberdade*. Dissertação de Mestrado em Educação. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte.

Santos, A.; Calado, A.; Coxo, D.; Trindade, M.M. & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Revista Toxicodependências. Edição IDT*. Vol. 17 (1). Pp. 33-41.

Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), Pp. 299-306.

Sequeira, J.P. (2006). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi.

SICAD (2015). Política Portuguesa – Políticas da droga em Portugal. Disponível em <http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx> a 11 de maio de 2015.

Simões, C., Matos, M.G. & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2006, 7 (2), Pp. 147-164.

Sindelar, J. L., & Fiellin, D. A. (2001). Innovations in treatment for drug abuse: Solutions to a public health problem. *Annual Review of Public Health*, 22, Pp. 249-272.

Sousa, T.S. (2013). *Os filhos do silêncio: crianças e jovens expostos à violência conjugal – um estudo de casos*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

Sprinthall, N. A. & Collins, W. A. (2011) *Psicologia do Adolescente - Uma Abordagem Desenvolvimentista*. 5ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Teodoro, M.L.M., Benetti, S.P.C., Schwartz, C.B. & Môneg, B.G. (2010). Propriedades Psicométricas do Parental Bonding Instrument e Associação Com Funcionamento Familiar, *Avaliação Psicológica*, 2010, 9(2), Pp. 243-251.

Torda, C. (1968). Comments On The Character Structure And Psychodynamic Processes Of Heroin Addicts - Perceptual and Motor Skills, *Southern Universities Press*, 27, Pp. 143-146.

Torres, N.; Sanches, M. & Neto, D. (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes estudantes. *Revista Toxicodependências*. 10 (3), Pp. 57-70.

Wolitzky, D. L. (2006). *Psychodynamic Theories*. In J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology, Volume 1: Personality and everyday functioning*, Pp. 65-95, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Anexos

Anexo A

Entrevista de Vinculação à Família de Bartholomew

História Familiar

Ao longo desta entrevista iremos falar bastante da sua família.

Vou-lhe pedir para começar por me dizer onde nasceu, onde viveu? Mudou de casa alguma vez? Tem irmãos? (**transições familiares**)

Se necessário: Quem vivia consigo na casa? Actualmente onde estão os membros da sua família mais próxima?

Os seus pais, o que fazem profissionalmente? E os seus irmãos?

Vamos procurar recuar no tempo. Tem recordações de como era em criança? Lembra-se do que costumavam dizer de si? Tem alguma imagem ou acontecimento que recorde particularmente com mais facilidade? (**caracterização de si próprio nas relações**).

Recorda-se como era a relação dos seus pais, entre eles, quando era criança? Eram carinhosos um com o outro à sua frente? Havia zangas, discussões ou conflitos entre eles? Costumava estar presente nessas situações? Como se sentia? (**expressão de carinho e afeto**).

Se necessário: Os seus pais separaram-se ou divorciaram-se?

Relação com os Pais

E a relação que os seus pais tinham consigo? Lembra-se de se sentir mais próximo de um deles em particular?

Os seus pais eram carinhosos consigo? Havia diferenças entre eles?

Adjetivos

Se eu lhe pedisse para descrever a sua mãe durante a infância, que adjetivos escolheria? E se a tivesse de descrever agora? Procure dar-me alguns exemplos de situações que ilustrem os adjetivos que escolheu.

E em relação ao seu pai?

Incentivo à Exploração

Recorda-se quais eram as suas brincadeiras preferidas? Costumava brincar com os seus pais?

Procurar explorar: disponibilidade para brincar com o filho, prazer/envolvimento na brincadeira de pais e filho, tipo de brincadeiras com cada um dos pais, etc.

Havia brincadeiras ou jogos que os seus pais não gostassem que fizesse? Quais eram as razões? Lembra-se de alguma situação em particular?

Procurar explorar: existência de razões justificadas pelo tipo e natureza das brincadeiras, ou pelo contrário existência de ansiedade exacerbada ou superproteção.

Sentia-se muitas vezes preso em casa sem poder fazer o que gostava? Como reagia nessa situação?

Momentos de Vulnerabilidade (criança em situação de vulnerabilidade – reação das fig. de vinculação)

Durante a sua infância houve certamente momentos em que se sentiu aborrecido, triste ou infeliz. Lembra-se de algum em particular? Quer falar um pouco acerca dele?

Recorda-se se procurava os seus pais? Como reagiam eles? Havia diferenças entre um e outro?

Se necessário: Quando se sentia magoado no conflito com irmãos ou professores? Quando se sentia gozado pelos colegas?

Teve alguma doença em particular ao longo da sua infância/adolescência, ou alguma vez esteve adoentado? Lembra-se de como era tratado pelos seus pais?

Houve algum acidente ou algum acontecimento (ex: partir uma perna, operação às amígdalas, etc), em criança, que alterasse de algum modo a rotina normal do seu dia-a-dia? Quer falar um pouco acerca dessa situação ou situações, e de como foram vividas por si e pela sua família?

Lembra-se se na infância chorava muitas vezes? Era um menino que fazia birras?

Por que razões? Era considerado um menino mimado? Era uma criança difícil?

O que é que os seus pais costumavam fazer nessas alturas? O que os levava a agir desse modo?

Separações

Lembra-se da primeira vez que esteve separado dos seus pais por algum período de tempo? (Ex: campos de férias, férias dos pais, hospitalizações)

Se necessário: E de entrar no infantário? E de ir para a escola a primeira vez? E de ir para a universidade? Ausência dos pais por motivos profissionais?

Em criança alguma vez se perdeu? Lembra-se de como se sentiu e o que fez? Os seus pais reagiram como? (**ter em conta fonte de recordações**)

Alguma vez lhe apeteceu fugir ou fugiu realmente de casa? Quer falar um pouco acerca disso? Qual foi a reação dos seus pais?

Rejeição

Durante a sua infância, os seus pais fizeram-no sentir que o amavam? Que tinham carinho por si? Que X era importante? Que tinham orgulho em si?

Lembra-se de como é que eles manifestavam o seu afeto?

Vamos agora falar de experiências diferentes.

Quando era criança alguma vez sentiu que os seus pais o estavam a desvalorizar? E a rejeitar? Quer falar um pouco de como foi essa experiência para si? (**rejeição, abandono**).

O pai ou a mãe aperceberam-se que o estavam a rejeitar/desvalorizar, ou de que se estava a sentir rejeitado?

Se adequado: Falou-me de que tinha irmãos. Alguma vez se sentiu discriminado em relação a eles? Quer contar algum episódio em que isso tenha acontecido?

Alguma vez se sentiu pressionado pelos seus pais?

Quando criança, recorda-se de alguma vez ter tido medo dos seus pais?

Alguma vez ficou magoado com eles?

Alguma vez sentiu que desiludiu os seus pais? Como lhe fizeram sentir que estavam desiludidos? É importante para si fazer o que os seus pais gostariam?(ex: relativamente a resultados escolares, escolha de amigos, frequência de locais de lazer).

Previsibilidade do Comportamento

Alguma vez os seus pais o ameaçaram, seja por brincadeira ou disciplina?

A disciplina era muito importante para eles? Que métodos utilizavam como forma disciplinar?

Considera que a forma de disciplina que recebeu era abusiva?

Em geral, o comportamento dos seus pais era previsível? Sabia como eles iriam reagir face a diferentes situações? Alguma vez os seus pais fizeram alguma coisa que o surpreendesse?

Mudanças

O que pensa que justificou o modo como eles atuaram em determinados momentos?

Gostaria que os seus pais tivessem sido diferentes? Em que sentido?

Se necessário: Os seus pais alguma vez o desapontaram? Há alguma coisa que não gostasse dos seus pais?

Se for tudo negativo: Tem algumas recordações positivas da relação com os pais?

Quando for pai/mãe, tenciona educar os seus filhos como os seus pais educaram?

Acha que os seus pais gostariam que você tivesse sido diferente? Em que aspetos?

Por vezes os irmãos têm experiências e recordações semelhantes da sua infância, outras vezes não. No seu caso, pensa que os irmãos têm uma ideia parecida com a sua da infância e dos pais?

Modificações na Relação com os Pais

Na sua opinião, houve mudanças substanciais na relação com os seus pais desde a infância? Quer falar um pouco acerca delas? O que acha que contribui para que essas mudanças ocorressem?

Ao longo da vossa relação houve períodos mais críticos entre X e os pais? (ex: zangas, discussões, etc). O que motivava essas discussões? Como eram resolvidas?

Como aceitaram os seus pais a sua entrada na adolescência (o facto de não ser mais uma criança)? **(transição na adolescência)**

Como é a relação com os seus pais agora? Costuma conversar com eles acerca de questões/preocupações pessoais? Existem assuntos que seriam difíceis de falar com eles? Sente que eles o(a) compreendem?

Acha que poderia contar com o apoio dos seus pais, se algo de grave acontecesse?

Quais as expectativas dos seus pais em relação ao seu futuro? O que pensam eles do curso que escolheu e da sua entrada (ou não) na faculdade?

Perdas (reais e simbólicas), suicídios e terapia

Alguma vez perdeu alguém que lhe era próximo? Quer falar um pouco acerca de como sentiu a ausência dessa pessoa e de como lidou com a situação?

Procurar explorar: idade do sujeito aquando da perda, qualidade da relação que mantinha com a figura perdida, circunstâncias da perda, reações à perda, condições para a resolução do processo de luto, etc.

Se necessário: Como foi lidando com a situação ao longo do tempo? Sentiu muita falta dessa pessoa? Houve mudanças na sua vida após essa perda? Que recordações guarda dessa pessoa?

Não sei se teve algum animal de estimação perdido e do qual gostasse de falar?

Tem conhecimento se alguma vez alguém da sua família procurou o suicídio como forma de resolver os seus problemas?

Procurar explorar: Quem o fez, porque razões o fez, como reagiu a restante família, a tentativa ajudou a resolver alguma coisa, como é encarada essa situação hoje em dia, fala-se ou alguma vez se falou acerca desse assunto em família, houve recurso a especialistas (psicólogos, psiquiatras, terapeutas familiares, etc).

Já alguma vez procurou, ou alguém da sua família procurou ajuda de um psicólogo ou psiquiatra? Quais as razões a que se deveu essa procura?

Efeitos

Na sua opinião, acha que aprendeu alguma coisa com as suas experiências de infância?

Pensa que as experiências da sua infância influenciaram quem é hoje e o modo como se relaciona com as pessoas em geral? Em que sentido?

Sente que houve algo na sua infância que inibiu ou dificultou o seu desenvolvimento? Actualmente com qual dos pais se identifica mais?

Na sua opinião, qual dos dois exerceu uma influência mais significativa ao longo do seu desenvolvimento?

Outros

Temos estado a falar da sua família e particularmente da relação com o seu pai e a sua mãe. Existiram outras pessoas/adultos importantes ao longo do seu desenvolvimento? (ex: ed. Infância, professores, avós, vizinhos, etc). Gostaria de falar um pouco acerca dessas pessoas e das recordações que guarda delas?

Quer acrescentar alguma coisa a esta entrevista?

Anexo B

Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota (Versão Mini-Mult)

INSTRUÇÕES: Nestas folhas encontram-se várias frases. Peço-lhe que responda VERDADEIRO ou FALSO a cada uma delas.

Se a resposta for VERDADEIRO, faça uma cruz na coluna do VERDADEIRO.

Se a resposta for FALSO, faça uma cruz na coluna FALSO.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

	Verdadeiro	Falso
1. Tenho bom apetite.		
2. Quase sempre acordo bem-disposto.		
3. A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam.		
4. Trabalho num estado de grande tensão nervosa.		
5. Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar nelas.		
6. Raramente tenho prisão de ventre.		
7. Há alturas em que desejo muito deixar a minha casa.		
8. Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir.		
9. Sofro de náuseas e vômitos.		
10. Parece que ninguém me compreende.		
11. Às vezes apetece-me praguejar.		
12. Tenho pesadelos quase todas as noites.		
13. Tenho dificuldades em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado.		
14. Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas.		
15. Se os outros tivessem querido, com certeza eu teria mais sorte.		
16. Numa certa altura da minha infância, aconteceu-me roubar pequenas coisas.		
17. Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada.		
18. O meu sono é agitado e incómodo.		
19. Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas.		
20. A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.		
21. Muitas vezes sou obrigado a receber ordens de pessoas que sabem menos que eu.		
22. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.		

	Verdadeiro	Falso
23. Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem simpatia e a ajuda dos outros.		
24. Às vezes fico furioso.		
25. Acho que tenho pouca confiança em mim.		
26. Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremam de uma maneira incómoda e estranha.		
27. A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.		
28. Sinto-me quase sempre feliz.		
29. Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.		
30. Tenho a impressão de que os outros tentam prejudicar-me.		
31. Acho que todas as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem.		
32. Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou com os meus intestinos.		
33. Muitas vezes não percebo porque sou brusco e rabugento.		
34. Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los.		
35. Estou convencido de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que eu conheço.		
36. Às vezes, sinto que não sirvo para nada.		
37. Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.		
38. Há alturas em que faço as coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente.		
39. Acho que muitas vezes tenho sido castigado sem razão.		
40. Nunca me senti tão bem como agora.		
41. Não me importo com o que os outros pensam de mim.		
42. Acho que tenho boa memória.		
43. Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço.		

	Verdadeiro	Falso
44. Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral.		
45. Tenho muitas poucas vezes dores de cabeça.		
46. Não acho difícil conservar equilíbrio quando ando.		
47. Não gosto de toda a gente que conheço.		
48. Há pessoas que tentam aproveitar-se das minha ideias e dos meus pensamentos.		
49. Gostava de não ser envergonhado.		
50. Estou convencido de que os meus pecados não podem ser perdoados.		
51. Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são importantes.		
52. Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou.		
53. Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros.		
54. Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume.		
55. Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o fôlego.		
56. Fico furioso com facilidade, mas esqueço-me depressa.		
57. Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira.		
58. Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que realmente tenho.		
59. Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros.		
60. Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra, se essa deixar.		
61. Há alturas em que me sinto cheio de energia.		
62. A minha vista não tem enfraquecido.		
63. Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos.		
64. Numa ou em várias alturas da minha vida, senti que alguém tentava hipnotizar-me.		
65. Às vezes sinto-me cheio de alegria sem nenhuma razão especial.		

	Verdadeiro	Falso
66. Mesmo quando estou ao pé das outras pessoas, sinto-me só a maior parte do tempo.		
67. Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar de uma situação desagradável.		
68. Sou mais sensível que as outras pessoas.		
69. Às vezes o meu espírito parece que trabalha mais devagar do que é costume.		
70. As pessoas desiludem-me muitas vezes.		
71. Tenho abusado de bebidas alcoólicas.		

Anexo C

Inventário da Depressão de Beck

Isto é um questionário. É constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação. A que melhor descreve a forma como se sente no momento actual.

Não me sinto triste.	
Ando “neura” ou triste”.	
Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.	
Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim.	
Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.	
Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.	
Sinto-me com medo do futuro.	
Sinto que não tenho nada a esperar do que surja do futuro.	
Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.	
Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.	
Não tenho a sensação de ter fracassado.	
Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.	
Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.	
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos.	
Sinto-me completamente falhado (pai, mãe, marido, mulher).	

Não me sinto descontente com nada em especial.	
Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.	
Não tenho satisfação com as pessoas que me alegravam antigamente.	
Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.	
Sinto-me descontente com tudo.	
Não me sinto culpado com nada em particular.	
Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.	
Sinto-me bastante culpado.	
Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada.	
Considero que sou mau e não valho absolutamente nada.	
Não me sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.	
Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal.	
Sinto que estou a ser castigado e que em breve serei castigado.	
Sinto que mereço ser castigado.	
Quero ser castigado	
Não me sinto descontente comigo.	
Estou desiludido comigo.	
Não gosto de mim.	
Estou bastante desgostoso comigo.	
Odeio-me.	
Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.	
Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros.	
Culpo-me das minhas próprias faltas.	
Acuso-me de tudo de mal que acontece.	

Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo.	
Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar.	
Sinto que seria melhor morrer.	
Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse.	
Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.	
Matar-me-ia se tivesse oportunidade.	
Atualmente não choro mais do que o costume.	
Choro agora mais do que o costume.	
Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.	
Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade.	
Não fico mais irritado do que ficava.	
Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava.	
Sinto-me permanentemente irritado.	
Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.	
Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.	
Atualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.	
Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.	
Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.	
Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.	
Atualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.	
Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.	
Sinto-me completamente capaz de tomar qualquer decisão.	

Não acho que tenho pior aspeto do que costumava.	
Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente.	
Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente.	
Sinto que sou feio e tenho um aspeto repulsivo.	
Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.	
Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar.	
Não consigo trabalhar tão bem como de costume.	
Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for.	
Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.	
Consigo dormir tão bem como dantes.	
Acordo mais cansado de manhã do que era habitual.	
Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer.	
Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais de 5 horas.	
Não me sinto mais cansado do que o habitual.	
Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.	
Fico cansado quando faço seja o que for.	
Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.	
O meu apetite é o mesmo de sempre.	
O meu apetite não é tão bom como costumava ser.	
Atualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente.	
Perdi por completo todo o apetite que tinha.	

Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente.	
Perdi mais do que 2,5 quilos de peso.	
Perdi mais de 5 quilos de peso.	
Perdi mais de 7,5 quilos de peso.	
A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.	
Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre, ou ainda outras sensações físicas desagradáveis.	
Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa.	
Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.	
Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.	
Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar.	
Atualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.	
Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.	

Anexo D

Retratos-Síntese

Participante 1

Filho mais novo de uma família constituída por pais e 5 filhos. Atualmente com 46 anos, consumidor de cocaína, o Francisco refere que é o único consumidor da família, já que os irmãos estão *“todos orientados na vida”*.

Aficionado por motas, comprova-o pelo facto de que *“As pessoas diziam que eu era um maluco por motas... só queria era motas”*. Inclusivamente *“Também tive um acidente de mota com 18 anos. Fiz um traumatismo craniano. Estive duas semanas em coma profundo e fiquei um pouco apanhado da cabeça”*.

Em relação aos pais, refere primeiramente que eram carinhosos. No entanto, comenta que *“O meu pai é que às vezes se embebedava e a minha mãe não gostava. O meu pai gostava muito de beber vinho. O meu pai tinha problemas com álcool e chegava alcoolizado a casa muitas vezes. Depois chateava a minha mãe. Insultava-a. Coisas algo fortes.”* O modo como reagia a estes episódios: *“Isolava-me... e chorava. Nunca me metia à frente a tentar parar a discussão porque o meu pai era perigoso quando estava bêbado”*.

Francisco diz ter sido mais chegado à mãe porque ela *“era carinhosa e dava-me muito miminho”*, enquanto o pai *“era bruto, não me queria na horta nem queria que eu fizesse nada porque dizia que eu não sabia fazer nada”*.

Quando lhe pedido para descrever a mãe, diz que esta era meiga e carinhosa, enquanto o pai, *“um ordinário, só queria discutir com a minha mãe e tratar-me mal. Com a minha mãe brincava... mas com o meu pai não... ele tinha um feitio... ele não queria brincadeiras, era o*

feitio dele... era trombudo... não gostava de brincadeiras. Cheguei a ter medo dele... quando ele vinha muito bêbado... dava-lhe para me bater”.

Não eram os pais do Francisco que lhe colocavam limites, normas e regras de conduta, eram os irmãos mais velhos: *“Atavam-me com uma linha... o meu irmão Vítor... atava-me com uma linha a uma cadeira. Se eu a partisse, davam-me uma sova. Nunca partia a linha... ficava lá, de castigo, sentado. Isto acontecia depois de eu fazer asneiras. Os meus irmãos é que me metiam de castigo, pois eles já tinham mais idade, eu tenho uma diferença de 10 anos para o meu irmão Vítor. Naquela altura ele já trabalhava e já ganhava para a casa”.*

Ainda em relação à mãe, afirma que se sentia importante para ela, contrariamente ao pai, *“porque ela agarrava-me... fazia-me miminhos... e enquanto ela foi viva, eu tinha o comer pronto a horas, aquelas mordomias todas de um filho mimado e depois, quando ela estava a morrer, tudo foi abaixo”.*

Refere que o início dos seus consumos está relacionado com o facto de se ter juntado a um grupo de rapazes que fumavam haxixe. Diz igualmente que *“o haxixe e a erva dá vontade de rir, parecia que não havia problemas nenhuns. Era o problema de ser frustrado por ser pobre... foi isso que me levou a consumir o haxixe. Fumei até aos 30 anos.”*

Participante 2

O Manuel, com 51 anos, cabelo claro e de olhos azuis salientes, com história de consumo de heroína e cocaína, no entanto recaído no álcool, refere que sempre teve uma relação satisfatória com os pais e os quatro irmãos. Desde sempre afirma ser rebelde, fugir de casa para brincar com os amigos entre outras coisas.

Quando lhe é perguntado como era a sua relação com os pais em criança, este relata que *“Eu tive sempre uma relação muito mais próxima com a minha mãe do que com o meu pai. O*

meu pai era uma pessoa muito fria, firme... era um bocado assim... mais... pronto... (hesita). Para já, era aquela pessoa que eu tinha mais respeito, ele impunha respeito". Ainda na exploração da relação com os pais: "Não... Não... Mas sempre tive muito mais respeito ao meu pai do que propriamente à minha mãe. Falar ou desabafar é que era mais com a minha mãe. Quando eu queria alguma coisa, pedir dinheiro, ou pedir para comprar sapatilhas ou umas calças, era à minha mãe e nunca ao meu pai. Nunca pedia nada ao meu pai".

Manuel diz ter sentido pouco afeto parte do seu pai, comparativamente à mãe: *"Sentia... algum... mas mais da parte da minha mãe. O meu pai... às vezes tinha medo dele. Eu sentia medo dele. Intimidava-me. Quando o meu pai estava em casa, intimidava-me. Obrigava-me a ser mais certinho e tal, quando o meu pai estava em casa já não saía à rua".*

Descreve a mãe como *"amiga, era amiga, era... era a minha protetora, protegia-me de tudo, até do meu pai".*

Refere que começou a usar drogas leves com os amigos em festas, socialmente. No entanto, *"A heroína veio aos 18 anos. Já eu trabalhava por conta própria, já tinha dinheiro. Um colega meu insistia para eu experimentar aquilo, e comecei a consumir. Aquilo deu-me uma sensação estranha, uma moca diferente. O haxixe era assim mais pesado, olhos vermelhos e tal, e aquilo parece que ficava mais leve, mais suave, era outro tipo de droga... e comecei de vez em quando, mais ao fim de semana, a usar heroína. A heroína ou a cocaína".*

O grau de dependência foi tal que: *"A primeira vez... o primeiro tratamento que eu fiz foi numa clínica. Tive lá 15 dias, davam-me injeções e comprimidos. Saí de lá e fui logo usar. Aliás, até tenho uma história. Saí de lá, saí de pijama, fui à procura de um táxi. Fui de pijama para dentro do táxi, voltei para a minha terra, fui comprar heroína e voltei para a clínica outra vez. Andei grande parte do dia de pijama e de táxi, só para consumir!".*

Manuel encontra-se neste momento internado por dependência de álcool. Afirma que o facto de ter perdido muito ao longo da sua vida, tal como por exemplo *"Tinha um negócio,*

tinha uma serralharia...” e, após tratamento às drogas, “acabei por construir outra (sociedade) e tive bem na vida e acabou tudo por ir água abaixo”, fez com que padecesse de depressão crónica: “Perdi muito, perdi muito e foi à depressão, que ainda hoje não curei, ainda hoje tenho depressões por isso estou a tomar muitos medicamentos, por uma depressão que eu apanhei nessa altura. Nunca mais fui a mesma pessoa. Noto em mim que nunca mais fui a mesma pessoa”.

A relação com o pai agravou-se quando se descobriu os consumos: *“Houve uma altura em que tive medo do meu pai, quando ele soube que tinha destruído tudo, fugi para a casa do meu irmão para as caldas da rainha com 26 anos, com medo que o meu pai me batesse pois ele ameaçou-me com uma forquilha, estávamos a carregar estrume para uma fazenda. E virou-me a forquilha: - «Ah pá, eu mato-te, não andas aqui a fazer nada, seu malandro, destruíste tudo» - E eu fiquei cheiinho de medo. Depois tive 3 meses na casa do meu irmão até voltar. A minha mãe entretanto ia lá - o pai quer-te em casa, não te faz mal nenhum - mas eu também não andava bem e uma das razões que me fez ir para casa do meu irmão era deixar as drogas e o ambiente que eu vivia ali, pois eu fiquei com ferramentas, não pedia dinheiro aos meus pais nem roubava para as drogas, fiquei com ferramentas, maquinas, berbequins, sucatas e alumínio (da empresa) e andava a vender aquilo quase todos os dias. Pelos consumos nunca pedia dinheiro aos meus pais, por isso não descobriram tão cedo”.*

Participante 3

O António, de 42 anos, de estatura baixa e notoriamente bem vestido com vestuário facultado pela instituição, é filho de mãe doméstica de profissão, e pai que trabalhava em hotéis e restaurantes de luxo, confessa que sempre viveu com os pais até aos 35 anos, quando faleceu a sua mãe.

Bem-falante e de discurso objetivo, refere que desde muito novo começou a “*dar problemas na escola. Comecei a chumbar, não queria estudar e era muito preguiçoso*”. Relativamente à percepção das razões do seu comportamento, segundo António: “*Eu não sei, mas eu sempre fui muito ansioso... Sempre fui muito ansioso, inseguro... Desde pequenino que tenho este problema, em situações fico assim (mostra-me as mãos suadas). A minha mãe chegou a andar comigo em médicos. Sempre que me acontece uma situação forma do normal ao que estou habituado, fico assim... Eu sempre fui muito mimado... não sei se foi por isso... o meu irmão já tinha 18 anos quando eu nasci. E eu quando nasci, as atenções lá em casa eram todas para mim, aquilo era tudo... se calhar mimaram-me de mais, não sei, por parte do meu irmão, dos meus pais... e eu sempre fui muito de birras. Eu queria uma coisa, fazia uma birra. Fazia, fazia, só parava quando me davam aquilo que eu queria. Ou queria aqueles ténis, ou queria aqueles bonecos, na altura havia aqueles bonecos dos desenhos animados que saíam para as papelarias... Eu fazia birras, batia o pé e tinham de me dar. Até havia um amigo do meu pai que trabalhava no restaurante com ele... que gozava muito com isso, às vezes quando eu estava lá e pedia coisas ao meu pai ele dizia - «bate o pé, bate o pé, o pai compra, bate o pé!» - e o meu pai acabava por me fazer as vontades, ou a minha mãe ou o meu irmão”.*

Relativamente à interação entre os pais, António assume uma posição muito crítica, revela que “*houve sempre uma coisa que me irritou muito, e que me revoltava às vezes, que era a maneira como o meu pai tratava a minha mãe*”. Explica que “*o meu pai sempre foi muito bruto a falar, na maneira como fala, muito ríspido, já o meu avô era assim. O meu pai tem 11 irmãos, e é o mais velho. O meu avô era muito bruto, quando o meu pai era pequeno, chegava a casa bêbado, punha os filhos todos na rua, assim como a minha avó, e não queria ninguém em casa. A minha avó dizia sempre para a minha mãe: «prepara-te que o Manuel, que era o nome do meu pai, é o mais parecido com o pai, ele vai ser igual ao pai. Ele vai ser bruto e mau como as cobras*». O meu pai era assim... o meu pai era muito bruto a falar às vezes para a

minha mãe, chamava-lhe nomes e tudo, chamava-lhe vaca: «Eia, sua vaca! Sua estúpida!». Quando as coisas não aconteciam como ele queria... era bruto, mesmo! Era bruto... e aquilo dava-me uma revolta... Eu revoltava-me com aquilo.... Ficava mesmo revoltado!».

António conta como vivia os episódios de violência verbal entre os pais: *“Com uma revolta enorme. Se fôssemos dentro do carro, não havia como fugir, tinha de assistir... se fosse em casa, se calhar refugiava-me... saía para a rua... ou refugiava-me no quarto e às vezes até chorava... a pensar naquilo, com raiva... apetecia-me matar o meu pai... Sempre me revoltou, até comigo já mais velho, com 19, 20 anos... Nessa altura já intervinha com o meu pai...”*.

Em relação aos consumos, começou com drogas leves *“Para aí com 16 anos... na claque do Sporting, a «Juveleo». Eu era sócio do Sporting, e foi lá na claque que comecei a fumar”*.

Descreve a mãe como protetora, encobridora das suas façanhas negativas. Exemplifica com a primeira vez que a mãe descobriu que consumia drogas: *“Foi quando fui ver um concerto, na altura, de «Guns’n’roses», que houve no Estádio de Alvalade, a primeira vez que eles cá vieram, eu tinha feito uns 20 «charros» e estavam dentro de um maço de tabaco para levar no dia a seguir para o concerto, para não ter de os fazer lá... e coloquei atrás da aparelhagem no meu quarto. No dia do concerto, quando vou para ir buscar aquilo, aquilo não estava lá, e eu fui ter com a minha mãe, perguntar-lhe se ela tinha encontrado alguma coisa atrás da aparelhagem. Ela mostrou-me e perguntou - «É isto?! É isto que andas à procura?» - e começou a chorar... muito triste... que eu andava metido na droga”. A mãe não contou ao pai “porque eu pedi-lhe. A minha mãe sempre me encobriu do meu pai, escondia as coisas do meu pai”*.

Revela, ainda na iniciação dos consumos, em grupo, que *“tínhamos um grupo lá na zona onde residia, começámos todos na mesma altura a fumar ganzas e depois começámos todos a fumar pó, também, juntos. Sempre em grupo, comprávamos «a meias», porque na altura só*

vendiam «pedras» a 1000 escudos e fazíamos umas «vaquinhas a meias».” Foi-lhe presenciada a heroína por um amigo: “Houve um dia que não havia «chamôn» para fumar, haxixe. Ninguém tinha para vender. E um rapaz que era o Ricardo, um amigo nosso, que tinha começado a namorar com uma rapariga que consumia heroína, fumava «na prata». E esse Ricardo apareceu lá no bairro - «Pessoal não é uma ganza, mas tenho aqui uma cena nova que o pessoal anda aí a fumar, que se fuma numa prata...» - sei que não havia chamôn e apareceu aquilo... fomos fumar para uma escada onde costumávamos ir, de um prédio enorme e antigo, abandonado.” António refere, a esse propósito, que “Nem sabia que aquilo ia dar ressaca, nem que ia dar dores no corpo... nem nada. Ele apareceu com aquilo, tinha vários pacotes porque ela (namorada) vendia e deu-lhe para ele vender... ele meteu aquilo na prata «eehhi...» a gente experimentou, eu experimentei aquilo, quando experimentei aquilo... aquilo preencheu-me completamente. Tirou-me os suores, tirou-me as ansiedades”.

O consumo regular de heroína não se justifica apenas pela necessidade física do seu organismo: “Quando eu descobri aquela droga, quando o Ricardo apareceu com aquilo e eu mandei umas passas, aquilo preencheu-me completamente... aquilo deu-me uma paz... acho que é a melhor maneira de definir o efeito da heroína... dá uma paz enorme. Perde-se os medos, as ansiedades, deixa-se de ficar introvertido, fica-se extrovertido... Quando fumava heroína não transpirava das mãos, ficava sem medos, dava-me uma paz enorme. Aquilo para mim foi... tinha descoberto a pólvora! Depois só queria aquilo. E depois começámos a fumar todos juntos, primeiro só ao fim de semana, começámos a comprar «a meias», mas depois deixou-de ser porque eu já queria um pacote só para mim... começámos a comprar cada um o seu... e depois... até que um dia comecei a «picar». Porque fumar já não rendia tanto, começava a ser muito caro... e «picado» fazia mais efeito e durava mais tempo”.

Entretanto, após ter experimentado a primeira tentativa de tratamento, a pressão dos pais, e ter recaído logo após a saída da clínica, foi colocado fora de casa: “os meus pais

puseram-me na rua porque eu roubei o dinheiro todo em casa, levei coisas de valor, o meu irmão tinha o ordenado todo na gaveta do quarto, roubei o ordenado todo”.

António esteve apenas um mês na rua: “E nessa fase só consumia cocaína. Andava completamente paranóico. Ia na rua, ouvia passos, escondia-me atrás dos carros, enfiava-me para dentro dos prédios, desconfiava que as pessoas eram polícias... O meu irmão, de vez em quando, durante esse mês, dava-me dinheiro para ir dormir numa pensão que havia lá na zona. Pagava-me a dormida. Senão dormia num prédio abandonado com mais toxicodependentes. E fartei-me, comecei a ver que aquilo não era vida para mim, cheirava mal, não tomava banho, tinha os pés cheios de bolhas porque andava muitos quilómetros para arranjar dinheiro, andava por Lisboa a fazer «divulga» com papéis para pedir dinheiro para instituições mas era mentira, era tudo para mim, eu é que ficava com o dinheiro para consumir. Assim que fazia «dois contos e meio», que dá para uma «quarta de grama», eu ia logo para o Casal Ventoso, mandava dois ou três «caldos de coca», e depois com aquele «flash da branca», com aquele «speed da branca», consegui fazer dinheiro mais depressa, tinha mais lata para falar com as pessoas, começava logo a andar pelos prédios e pelas lojas a pedir dinheiro, passava o dia todo nisto, até mesmo durante a noite. Às 4 da manhã, às vezes estava no Casal Ventoso a «mandar coca». Às 4 da manhã... com os pés cheios de bolhas...”.

Focando-se na relação com os pais, descreve a mãe como superprotectora e “uma pessoa que faz tudo pela outra. Ela sacrificava-se... porque defendia-me... dava-me dinheiro... o meu pai sabia, ela dava-me dinheiro às escondidas quando eu estava a ressacar... e o meu pai sabia que ela me dava o dinheiro, e ela preferia ouvir do meu pai mas dava-me na mesma... sacrificava-se. A minha mãe fazia-me tudo o que eu queria. Se o comer fosse peixe, que eu não gostava, fazia-me bifinhos com batatas fritas e arroz. Fazia-me tudo o que eu queria... fazia-me as vontades todas”.

O pai é descrito como *“Tanto era amigo como eu tinha um ódio dele imenso. Revoltante”*.

António revela que o modo como os pais colocavam normas e limites no seu comportamento era sob a forma de ameaças, no entanto: *“ele fazia essas ameaças mas acabava sempre por nunca cumprir. Acabava sempre por ceder. Eu começava a chorar e a pedir - «ó mãe, ó pai» e ele acabava por me dar as coisas. Cedia sempre.”; “Mas demorava pouco tempo (n.d.r. o castigo). Eu começava a manipulá-lo, começava a fazer-me de coitadinho e passados dois dias já andava outra vez na rua.”*.

Quando lhe é questionado se gostaria que os seus pais tivessem sido diferentes, António refere: *“Se calhar o meu pai. Só mudava a brutalidade dele quando falava para a minha mãe. Só isso, porque o homem até era bom amigo. Gostava que ele fosse uma pessoa mais... mais... mais calmo a falar, não fosse tão impulsivo!”*.

A sua posição crítica face às suas recaídas está relacionada com o seguinte: *“Não sei se é o medo do futuro... que as coisas não corram bem... ou saturar-me da vida que estou, certinha... ou achar que é só uma vez. Normalmente é o achar que é só uma vez. A gente achar que “ah, é só para matar saudades, vou lá só uma vez, para ver se o efeito ainda é o mesmo, se ainda sinto as mesmas sensações”*.

Participante 4

Joana, de 41 anos, nasceu em França. De estatura alta, t-shirt, calças de fato de treino e ténis desportivos, cabelo curto, autocaracterizando-se de «maria rapaz», refere que nunca conheceu o pai e a mãe. Quando nasceu, a mãe *“tinha uma doença de tuberculose. Não podia ficar comigo... fui separada logo da minha mãe desde bebé. Depois puseram-me cá em Portugal em casa de uma irmã dela, só que as coisas não correram bem...”*.

Quando veio para Portugal, com 4 anos, refere que *“era maltratada por ela (tia), amarrava-me às cadeiras, não me mudavam as fraldas, não me davam comer... ela ia-se embora não sei para onde... começaram-me a drogar com medicamentos para me meter a dormir, desde bebê”*, justificando o conhecimento de tais acontecimentos com *“ciganos que moravam na rua da minha tia acabaram-me por me contar isso mais tarde”*.

Entretanto voltou para França *“por causa dos maus tratos”* em Portugal. Voltou para casa da mãe, que entretanto ter-se-ia curado da tuberculose e estava junta com um homem. Esteve com a mãe perto de um ano e seria inserida posteriormente num orfanato: *“Não cheguei a estar um ano com eles... porque havia maus tratos. O meu padrasto batia-me com paus, com tudo o que apanhavam à mão. E um dia cheguei à escola, num dia em que tínhamos ido à piscina com a escola, e toda a gente me viu marcada... nas costas, nas pernas, na cara e isso tudo. E perguntaram-me o que se tinha passado. E eu com medo disse que tinha caído nas escadas. Só que ninguém acreditou e chamaram o médico de medicina legal, e fizeram-me despir toda para mostrar o corpo... e o médico disse-me assim “isso foi alguém que te bateu...”*. Depois mandaram-me outra vez para as aulas, e quando saí tinha a polícia à porta. *Levaram-me para a esquadra, estava lá a segurança social e muita gente... e disseram assim “agora tu não podes ir para casa...” e eu estava cheio de medo e respondi “se eu não for para casa, ele vai-me matar...”*.

Esta situação levou a que Joana tivesse experimentado o ambiente de tribunal em criança, e tudo o que tal implica para o seu sistema nervoso: *“A primeira vez que coloquei um pé num tribunal, fui com um monitor do orfanato, nessa noite não dormi nada a pensar - queres ver que ele (padrasto) vai-me bater dentro do tribunal - estava cheia de medo, mas o monitor disse-me sempre que não ia acontecer nada, que ele estava de um lado e eu estava ao lado do monitor, e estava à frente da polícia e do juiz, e que não podia ter medo, e eu tive de contar a*

verdade do que se estava a passar em casa. O meu padrasto foi preso por causa disso e teve de pagar uma grande multa”.

A sua adaptação ao espaço de orfanato não foi fluída: “Ainda antes de ir para o orfanato, estive em duas casas de acolhimento muito pouco tempo. Depois fui para um primeiro orfanato mas não consegui estar lá pouco eram pessoas de mais idade e eu não consegui ganhar amizades porque estava muito fechada... por causas dos traumas e isso tudo... estava sempre no meu cantinho, pronto, não me sentia bem”. No entanto, “depois puseram-me num outro orfanato onde fiquei até aos 18 anos. Fiquei muito bem lá. Aos 18 anos tive de sair de lá, fui para casa do meu padrasto e da minha mãe... o meu padrasto nessa altura já tinha saído da prisão e começou a violar-me tinha eu 12 anos, quando ia a casa ao fim de semana. Ao início a minha mãe e o meu padrasto não me podiam contactar, por ordem do tribunal... depois o tribunal fez com que eu tivesse de ir a casa de tempos a tempos...”.

Joana confessa que as violações só terminaram quando esta confrontou o padrasto: “então porque é que me estás a fazer isso? Estás com uma mulher e eu sou muito jovem para estas coisas...”. A entrevistada sublinha que “disse-lhe que tinha ouvido dizer que podia fazer queixa sobre isso contra ele... se voltasse a acontecer aquilo... mas são coisas que ficaram muito tempo cá dentro”.

Finalmente, quando faz 18 anos, sai do orfanato e sai de casa: “desliguei-me aos 18 anos, desde que saí de casa. Agarrei as minhas malas e fui embora”

Quando desafiada a fazer uma descrição de si enquanto criança, Joana confessa que “Em criança eu era muito calma e muito tímida. Tinha uma única amiga, era de cor. Nunca fui racista. Só tive essa amiga, era muito fechada. Por acaso eu era muito fechada. Queria sempre estar sozinha.”

Joana caracteriza a sua relação com a mãe da seguinte maneira: “Não tenho amor à minha mãe, e para mim ela não é nada. E o meu padrasto a mesma coisa”. Refere igualmente

que a mãe “*Não tinha amor por mim*” e que “*é uma pessoa que nunca quis trabalhar, sempre andou a «chular», o meu padrasto teve com ela ainda um bom tempo, depois divorciou-se, e aqui já teve uns sete ou oito homens... desculpe lá o que vou dizer, mas para mim ela é uma «puta» que anda aí. Sei que ela não é mãe em condições. Só para dizer que ela me fez, mais nada. Só isso que sinto dela*”.

Relembra os períodos em que ia do orfanato a casa (férias e fins-de-semana) do seguinte modo: “*Era a escrava... era só isso que sentia... falavam-me aos gritos...*”; “*eu não falava... quando eu estava em casa, nunca falava... tinha muito medo do meu padrasto... ainda hoje tenho...*”.

Joana não tem dúvidas ao afirmar, no que diz respeito à construção de uma trajetória de vida das adaptativa, que “*Foram os meus problemas de infância que provocou toda esta minha vida*”.

Participante 5

Rodrigo, homem magro, de estatura média, mal encarado, de nariz visivelmente deteriorado, braços totalmente tatuados, de 40 anos, faz parte de um conjunto de 8 irmãos e deixou de estudar muito cedo, “*meu pai e a minha mãe tiraram-me da escola para eu ir buscar as refeições ao Quartel (da zona de residência)... antes davam comer no Quartel... e eu ia buscar o pequeno almoço, o almoço, o jantar, para a família... a pé, por ali a cima (da residência ao Quartel são 4 quilómetros a subir)*”.

Antes de começar a trabalhar, com 13 anos, Rodrigo partilha que “*Os meus irmãos são mais novos que eu, e eu tinha de tomar conta dos meus irmãos, pois os meus pais iam trabalhar para fora... e eu é que tinha de fazer o comer, arrumar a casa, era como se fosse uma mulher, pronto*”. Após início da sua atividade profissional, refere que o pai exigia o seu ordenado por

completo para a ajuda na casa: “ *Uma vez, quando ainda estava a viver na casa dos meus pais, recebi 200 e tal contos e fiquei a fazer horas nessa noite... e tirei mil escudos do ordenado que tinha recebido para o meu jantar, não ia estar ali a passar fome desde manhã... eu tirei mil escudos, cheguei a casa e dei-lhe o dinheiro, ele contou-o e faltava mil escudos, deu-me uma sova... por faltar aquele dinheiro que foi gasto no comer*”.

A partir dos 16 anos passou a desenvolver a sua vida entre estabelecimentos prisionais e a vida em liberdade. A este propósito, explica que “*tive um problema com a justiça, com 16 anos, depois fui preso, apanhei nove anos. Depois saí... entretanto tive outro problema com a autoridade, andei aos tiros com eles... aquilo depois correu mal também... fui preso outra vez... cumpri mais sete anos... Já estive preso (ao todo) 19 anos e oito meses... (para além das penas referidas, cumpriu recentemente com mais três anos de pena efetiva)*”. No que diz respeito ao tempo que cumpriu em estabelecimento prisional, na primeira pena (aos 16 anos) confessa que “*Não tive nenhuma visita... em 9 anos! Quem lá ia era o Padre Albino, que é um padre de Leiria... ele é que levava-me tabaco, roupas...*”.

A justificação que encontra para ter sido preso na sua adolescência é a seguinte: “*Eh pá... isto era assim, eu trabalhava, não tinha dinheiro para os meus vícios, tinha que andar a roubar para os meus vícios... então, se eu trabalhava, o dinheiro era para casa, não me davam dinheiro... eu tinha de arranjar para mim. Depois fui preso...*”.

Quando questionado se tem recordações de si enquanto criança, Rodrigo refere que “*Era um rapaz normal... pouco ou nada brincava... era muito sério...*”. Quando desafiado a partilhar uma recordação de infância, “*a única coisa que posso contar é.... Hum, conheci um rapaz, fomos aí a uma casa, encontrámos uma espingarda... e a gente andou de volta daquilo e começámos a «engatar ali, desengatar além», até que ele deu-me um tiro dela... levei um tiro... foi aqui (aponta para o ombro) ... tinha para aí 11, 12 anos... depois de chegar a casa*”.

chamaram a ambulância... e depois tive de ser operado, estive lá (internado) 9 meses de uma vez... e 8 meses numa segunda vez... ”.

Rodrigo, relativamente à relação existente entre os pais, menciona que *“davam-se bem... embora o meu pai bebesse muito...”*. Descreve a mãe com a seguinte expressão: *“Ai, para mim a minha mãe é tudo... é como uma santa, sempre que me vê... chora, chora, agarra-se a mim... não tem como se explique o que ela sente ali dentro dela”*. Já em relação ao pai: *“O meu pai não ajuda, «um gajo» vai pedir ajuda diz que não tem... e a minha mãe não, a minha mãe se tiver dá tudo...”*. Refere ainda que o pai era mau e que *“jurei-lhe a morte tanta vez”*. As razões estão relacionadas com os factos: *“Chegar a casa bêbado... depois implicava com a minha mãe... depois implicava com a gente... eu andava a trabalhar e tinha de entregar o dinheiro certo em casa, se não entregasse o dinheiro certo em casa dava-me uma sova...”*. Afirma ainda que *“o meu pai uma vez chegou-me a dizer que eu não era filho dele... ya... mas a pior coisa que ele me disse foi que agarrava na motosserra e cortava-me o pescoço...”*. Conclui os relatos com a frase: *“toda a gente diz que ele é mau”*.

Entretanto, entre prisões, crimes e toxicodependência, Rodrigo relata que lhe foram retirados três filhos pelo tribunal, e culpa a educação que teve por tudo o que lhe aconteceu de negativo: *“se eles (pais) tivessem sido diferentes não teria acontecido o que aconteceu... Não tinha ficado sem os meus filhos, não tinha ficado sem a minha mulher... Foram retirados quando fui preso pela última vez (3 anos)... eles estava comigo... A mãe, desde que fui preso começou-se a agarrar ao álcool...”*.

Quando questionado se tem uma opinião crítica face à construção de um caminho negativo de vida, Rodrigo apresenta uma noção bem definida: *“Eu já disse à minha companheira... acho que estou agarrado às drogas para esquecer tudo o que se passa à minha volta... os meus filhos que não sei deles, os problemas com os meus pais... e com a droga esqueço tudo...”*.

Participante 6

Bruno, de estatura alta, forte, expressivos olhos azuis e loiro, bem parecido, de 30 anos, consumidor de cocaína e haxixe e diagnosticado há alguns anos, com doença afetiva bipolar, refere que viveu com os pais e a irmã, três anos mais velha, até aos 14 anos, altura em que foi estudar para um colégio interno em Coimbra. As razões relacionam-se com o facto de *“na altura usava óculos, e eram uns óculos graduados porque eu via muito mal e chamavam-me «caixa de óculos, menino da mamã, menino de leite» e isso tudo afetava-me um pouco, desorientava-me a cabeça. Alguns arranjavam sempre maneira de arranjar confusão comigo. Com os nomes que me chamavam... era para me rebaixar, para me mandarem abaixo, porque o meu pai tinha empresa, e como o meu pai tinha algum dinheiro e sempre foi uma pessoa bem vista na sociedade por toda a gente, e toda a gente o conhece... eles achavam-se inferiores a mim e era a maneira que eles tinham de se superiorizarem... assim pedi à minha mãe para ir estudar para fora”*.

Bruno cresceu numa uma família de nível socioeconómico acima da média, uma vez que o pai era proprietário de uma empresa de peixe congelado. Neste sentido revela que *“com 14 anos já tinha cartão multibanco para poder levantar dinheiro que o meu pai depositava. Nessa altura o meu pai fez uma sociedade com um angolano, que quando chegou depositou logo 350 mil euros na conta do meu pai...”*.

No entanto, conta que não chegou a concluir os estudos porque *“quando o meu pai se juntou em sociedade com o angolano e o meu tio, os três tinham acesso ao banco, o meu tio como era mais espertalhão andou lá a desviar uns dinheiros e nunca avisou o meu pai. O angolano um dia virou-se para o meu pai e disse: para a semana venho cá e quero que me apresentes o relatório de contas, todos os gastos que foram feitos, e o material que há na*

câmara frigorífica. Quando o meu pai vai a Évora e percebe que não há nada lá do que tinha mandado vir, exclamou «ah, espera aí que já estou tramado». O meu pai foi ao pé do meu tio e meteu-o fora da empresa. Quando o angolano se apercebeu do que se tinha passado, tiveram de dividir a sociedade que eram duas empresas, em que o meu pai ficou com a empresa velha e o angolano a empresa nova que estava em Évora. Assim, tive de sair da escola (Coimbra) e voltar para casa para ir ajudar o meu pai. Ele pediu-me “filho, tens de vir ajudar o pai, o pai não pode estar sozinho...”.

Bruno confessa que, quando voltou para casa para ajudar o pai, “os meus pais nessa altura já não andavam bem, eu via que o meu pai já não dormia com a minha mãe, dormia no sofá com uma manta. Eu perguntava «papá, porque é que tu dormes no sofá com uma manta, e não na cama ao pé da mamã?» E ele respondia: «Não porque... eu e a tua mãe não dá, estou saturado da tua mãe, ela está sempre a pedir mais dinheiro, o pai é um banco de dinheiro, chego ao fim de semana nem tenho dinheiro para mim e ninguém se preocupa comigo...» Ainda por cima essa altura coincidiu com o cancro na boca do meu pai, que teve de começar tudo do zero na vida dele. Cancro na boca, a empresa fechou, divorciou-se...”.

A saída de casa por parte do pai foi algo que Bruno nunca esqueceu: “o meu pai esteve à espera que a minha irmã acabasse o curso sair de casa... levou depois só as roupinhas para o apartamento que arrendou em meu nome, quando a minha mãe menos esperava porque nunca acreditou que ele saísse de casa. Eu, passados uns 15 dias pedi ao meu pai se podia morar com ele, e ficou a minha irmã e a minha mãe na casa de família...”.

A entrada do Bruno no mundo das drogas coincide com o regresso deste para casa dos pais, e se depara com o quadro desestruturado da sua família: “quando fechámos a empresa... foi tudo ao mesmo tempo... fechámos a empresa, o divórcio dos meus pais, a separação da Lena (namorada), o meu carro todo partido (partiram-me o carro, o meu pai bem dizia para deixar o carro guardado sempre na garagem), fui internado entretanto na Psiquiatria de

Leiria. Tive lá oito meses. Nessa altura ninguém me suportava, não estava bem ao pé de ninguém, isolava-me só fazia porcaria... partia tudo o que viesse à frente... ”.

Quando desafiado a recordar os tempos de infância, aponta para o facto de que já existiam problemas em casa relacionados com o entendimento entre os seus progenitores: *“Quando era criança... sofria muito... houve uma altura em que o meu pai passou-se da cabeça, de excesso de trabalho, porque dormia 2 ou 3 horas por dia... batia à minha mãe... Via... várias vezes. Ia lá separar, metia-me no meio... Eram chapadas... e murros... e chapadas... entre eles. Tinha 6, 7 anos... Eu ficava mal... chorava muito, chorava à frente deles para eles pararem... enquanto eu não começasse a chorar eles não paravam... mas não era só o meu pai a dar, era a minha mãe também... eu era criança... eu lembro-me que houve ali uma fase da minha vida... e isso tudo... deu-me traumas na minha cabeça... só se despoletaram uns anos mais tarde... ”.* A este respeito, Bruno vai mais longe e assevera de forma concreta que *“isso abalava-me muito... eu ficava mal... ficava mal psicologicamente”.*

No entanto a sua entrada no mundo da droga de forma abusiva foi *“algo tarde”*. A este respeito, Bruno relata que *“a cocaína veio muito cedo mas entretanto fiz uma pausa... O primeiro «risco que mandei», que foi só um coisinho assim (faz gesto com o polegar e indicador), que andei a noite toda aos saltos e em cima das colunas, a suar por todos os lados porque aquilo era mesmo puro, puro, puro, que era do meu patrão da discoteca. Com 16 anos já fazia uns trabalhos na discoteca”.*

Quando questionado se gostaria que os seus pais tivessem sido diferentes, Bruno confessa que *“só mudaria o divórcio e ainda hoje sermos uma família feliz como éramos... nunca nos faltava nada e desde que isso aconteceu... abalou-me muito e sofri muito com isso”.*

Participante 7

Baltazar, de 37 anos, de estatura alta, respeitador, filho de funcionário público aposentado e de secretária de biblioteca. Partilha que viveu até aos 30 anos em casa dos pais, no entanto “*há quatro anos a minha irmã saiu de casa e há dois anos saiu a minha mãe. Fiquei a viver só com o meu pai, mais ninguém*”.

As razões para a saída da irmã e da mãe estão relacionadas, segundo Baltazar, com ele próprio: “*A minha irmã saiu de casa porque eu estava constantemente a chateá-la... a pedir-lhe dinheiro para consumir droga e álcool... e a minha mãe saiu por minha causa e por causa do meu pai. Eu também andava sempre a «moê-la», fiz lá disparates em casa, distúrbios e andava sempre a pedir-lhe dinheiro... e também foi por causa do meu pai, que bebia bastante, e continua a beber muito. Neste momento estão divorciados... há um ano e meio*”.

Baltazar caracteriza a relação entre os pais como “*boa, mas o meu pai, desde que casou, gostou sempre, depois do trabalho, de estar com os amigos e beber uns copos, já chegava a casa assim... um bocado «esquinado» e então de vez em quando havia lá atritos... mas no geral a relação era boa. O meu pai era um bocado violento verbalmente. Mas o meu pai nunca encostou a mão à minha mãe... nunca houve problema nenhum... mas falava assim para o rispidamente, um bocado ríspido. Que o jantar não estava feito. Que a casa estava toda desarrumada. O chão está todo sujo... e não era verdade. De momento não notava nada, ela (mãe) não chorava. Mas depois notava-se que andava em baixo, no aspeto dela, não dormia bem, não descansava bem, não andava com uma cara alegre*”. Baltazar, quando questionada sobre a sua reação a tais episódios, recorda: “*Quando eles começavam a discutir ia para o meu quarto. Sempre foi assim. Ficava mal disposto*”.

Baltazar autocaracteriza-se, em criança, como “*chato, persistente e manipulador*”, fazendo birras para obter o que queria por parte dos pais, geralmente com sucesso.

Efetivamente, nunca deu importância às tentativas de colocação de um sistema consistente de limites e normas por parte dos pais. Neste sentido, revela que apesar de existirem brincadeiras que os pais proibiam-no de ter, nunca as deixava de fazer. Um exemplo claro é o das “cabanas nas árvores e as fogueiras. Pelo perigo de nos magoarmos, queimarmo-nos, cairmos das árvores abaixo, partirmo-nos todos... continuava a fazer à mesma, apesar da proibição dos meus pais. Dizia que ia ter com amigos a um certo sítio e ia para a cabana. Roubava umas costeletas, uma chouriça... assávamos lá... com 8, 9 anos. Quando descobriam em casa... ai... isso era uma chatice em casa... faltavam as coisas no frigorífico... descobriam logo e associavam logo às fogueiras! A intervenção havia... mas era muito leve - «não vás para lá garoto! Tu vais-te aleijar! Não andes com esses rapazes que são más companhias!» ”.

Baltazar descreve a relação com a sua mãe, na infância, como saudável: “a minha mãe era amorosa, carinhosa e afetiva”. No entanto refere que, atualmente, a sua mãe é “distante, fria e intriguista” porque “quando me vê, vem sempre com perguntas de como é que eu estou - «não voltes ao mesmo, olha pelo teu pai». Ela não deixa de ter razão porque está magoada comigo... mas ao mesmo tempo podia ser mais amorosa, podia envolver esse tipo de conversa com mais amor pelo meio e não consegue desenrolar sem frieza”.

Baltazar caracteriza o seu pai, por sua vez, como um pouco distante na sua infância: “nas atitudes era muito atencioso... nas atitudes mais materiais, mais de oferecer, dar bem-estar aos filhos e isso tudo. Agora em palavras- «oh filho, vê lá, olha as companhias... ou... se tens uma namorada bonita, ou se tens namorada, ou se é boa cachopa...» - nunca disse nada disso”. No entanto, revela que o seu pai, “depois de eu entrar no mundo da droga, compreendeu-me mais. A partir dos 27, 28 anos... apoiou-me mais. Muitas vezes o meu pai foi comigo aos «dealers» para comprar droga, ficava no carro, dava-me o dinheiro ... ele ficava no banco da frente e eu ia para o banco de trás do carro fumar”.

O entrevistado revela que a sua entrada nas drogas foi precipitada por uma queda de bicicleta: *“Eu era bastante desportista... praticava muito desporto. E depois tive uma queda bastante aparatosa numa prova de «Downhill» (btt) em Porto Mós, parti-me todo. E então tive três meses de cama, foram dezenas e dezenas de amigos lá à casa e levavam companhias. Nessa altura comecei a gostar de grupos de músicas, tinha os meus 25 anos, e o tipo de música que eu gostava era pesado, bem negro, puxava drogas, depressivo, uma pessoa veste-se toda de negro. Identifiquei-me com esse estilo de música”. Quando questionada a sua identificação com estilo de música depressiva, Baltazar defende-se: “Era o estilo de música que gostava, gostava de como os vocalistas de vestiam. Fui aos primeiros concertos, comecei a fumar os primeiros «charutos»... Lá em casa as coisas estavam razoáveis. O meu pai já se metia no álcool... eu também já aparecia bêbado em casa ao fim-de-semana...”*

Baltazar confessa sentir-se desvalorizado pelos pais, *“ a partir do momento em que entrei na droga, a partir dos 30, 31... chamarem-me vagabundo, ladrão, patife, ordinário. Sentir estas palavras dos pais era sentir uma dor muito profunda... porque não queria fazer aquilo, só que estava a ressacar... e era obrigado a fazer aquilo”*.

Quando Baltazar é questionado se tenciona educar os seus filhos como os seus pais o educaram, responde que sim, *“mas mais exigente e mais rigoroso”*.

Participante 8

Pedro, rapaz de 23 anos, baixo e com peso bem acima da média, expressão carregada e tensa, filho de pais adolescentes, mãe com 18 anos e pai com 16, relata que viveu apenas até aos três anos com os seus pais, e a sua infância adolescência foi passada entre a casa da mãe, a casa da avó materna e a casa da avó paterna: *”o meu pai é toxicodependente, chateou-se com a minha mãe por causa de dinheiros e porque ela veio a descobrir depois (a sua dependência)...*

O meu pai foi-se embora e fiquei com a minha mãe. Como a minha mãe tinha um trabalho muito sobrecarregado a cuidar de crianças lá em casa, e por ter começado a sair à noite... fui viver para a casa da minha avó materna dos 3 aos 8. Aos 8 fui para casa da minha avó paterna, onde morava o meu pai... Depois houve lá umas zangas... o meu pai chateou-se com a minha avó... e para não me separarem e eu não ir para uma instituição, pedi para voltar para a casa da minha avó materna”.

Numa das vezes em que seu pai ia busca-lo para estarem juntos, Pedro confessa que “foi com ele, com 11 anos, que comecei a consumir”.

No entanto, apesar de uma vida a saltar entre as casas das avós, Pedro revela que houve um período em que esteve em casa da mãe e do padrasto, que se tornou curto por causa do seu comportamento desviante não aceite pelo padrasto. A este respeito, confessa que certa vez “apanhei o meu padrasto fora (é camionista internacional) e a minha mãe a dormir, eu estava a traficar... agarrei no carro do meu padrasto, que estava na garagem, e fui para uma vila, que são uns 6 ou 7 quilómetros, fui lá entregar umas coisas e depois, não estava habituado a conduzir a fumar «brocas», ganzas, fumei lá umas ganzas com o pessoal, venho para casa e despisto-me contra uma árvore e escavaquei o carro todo da parte da frente. Por acaso não me aleijei porque era airbags por todo o lado, era um Renault Clio dos novos. Sei que se partiu um frasquinho de perfume que estava lá, e cada vez que falo nisto sinto o cheiro desse perfume, começo a chorar e... fico... passado da cabeça”. Entre lágrimas, Pedro recorda que após esse episódio, o padrasto “pôs-me na rua... fiquei a dormir dentro da Caixa Geral de Depósitos... tinha o cartão da escola, que tinha uma tira magnética, e passei na porta da Caixa Geral de Depósitos... abria a porta e punha-me lá dentro no quentinho a dormir... durante o dia andava refugiado em casa de outras pessoas, mas não podia lá dormir. Só ia lá para consumir a droga e saía. Depois, havia um rapaz na mesma situação que eu, a dormir na rua, e dedicávamo-nos aos assaltos”.

Passados poucos dias, Pedro voltou para casa da avó: *“a minha avó veio a saber que andava nos assaltos, viu-me e... nunca mais me esqueço (entre lágrimas) chamou-me - «anda comer, anda tomar banho» - andava com a roupa toda suja... toda rota de arrumar carros, daquela poeira toda de terra batida... estava todo sujo, cheio de surro... e chamou-me... e levou-me para casa dela... fiquei lá outra vez...”*.

Quando convidado a descrever a relação com a sua mãe na infância/adolescência, Pedro refere que *“ela para mim é como se fosse uma irmã, é mais minha irmã do que mãe... porque ela para mim, vou ser sincero, eu não gosto muito, muito, muito, muito da minha mãe... por ela me ter rejeitado em pequeno... por ter ido para as noites com as amigas... e me ter deixado em casa da minha avó... foi a minha avó que sempre me criou”*. Pedro vai mais longe e afirma que a mãe foi uma *“pessoa que rejeitava o próprio filho... por vezes por eu dizer a professores que a minha mãe me rejeitava, ele ficava frustrada... e chegou a bater-me várias por eu dizer isto na rua...”*.

Em relação ao pai, Pedro descreve-o como um ser *“egoísta... só queria saber dele, não queria saber do meu sofrimento”*. Partilha que *“ ultimamente só falei com o meu pai para lhe bater... porque... vai sempre chatear a minha avó a pedir dinheiro para «tirar a ressaca»”*. Pedro relata um episódio que ocorreu entre si e o seu pai relacionado com a problemática de dependência que viviam em comum: *“uma vez ele estava a arrumar carros e apontou uma faca a um senhor e pediu para lhe dar dez euros. Com esses dez euros ninguém lhe vendia droga (pouco dinheiro), só a mim é que os traficantes fiavam. Ele deu-me os dez euros para a mão... eu estava a ressacar, não tinha dinheiro, e comprei para consumir, e fugi. Depois ele foi chatear a minha avó materna, «queria dinheiro, queria dinheiro», a ameaçar a minha avó... e a minha avó teve de lhe dar os últimos 10 euros que tinha”*. Pedro conta, entre lágrimas, que quando soube *“agarrei numa cassetete maleável, coloquei-o dentro das calças, na perna, parecia que estava a pressentir que ele vinha aí... cheguei-me ao pé dele «o que é que foste*

fazer à minha avó? Deixaste-a sem comer!» e comecei a dar-lhe”. Pedro avança que “o meu pai nunca quis saber de mim. Para ele, se calhar, ele sentia-se satisfeito se eu tivesse morrido (enquanto menor de idade) porque ele estava obrigado pelo tribunal a dar-me uma pensão, que nunca deu... nunca deu um cêntimo à minha mãe... sinto-me rejeitado por ele também... ele para mim não é nada... um pai que põe os filhos na droga...”.

A viver entre a casa da avó materna e paterna, Pedro confessa que não tinha supervisão alguma por parte da mãe: *“a minha mãe deixava-me fazer tudo. Só havia um problema, quando eu era novinho, sete ou oito anos, fugia de casa, e depois a minha avó e a minha mãe iam à minha procura... fugia porque estava farto de estar preso em casa... a minha avó trabalhava, a minha mãe trabalhava... e estava sempre sozinho em casa. Fechavam-me à chave”. Quando questionado se a mãe ou a avó intervinham na sua desobediência, Pedro admite que “nunca me colocaram de castigo”.*

Pedro é desafiado a responder o que sente que são as expectativas da sua mãe em relação a ele. A esse respeito, o entrevistado sugere que *“ela já não acredita... se acreditasse em mim dava-me a chance de ir a casa para eu tentar conquistar o meu padrasto... ele não me quer lá em casa, quer que eu me faça à vida, arranje um trabalho fora da Nazaré, arranje um apartamento...”.*

Participante 9

Frederico, de 47 anos, de estatura baixa e muito magro, com uma tatuagem de um punhal no braço direito, que diz ter sido o tio que lhe fez e estar arrependido, rapaz de poucas palavras e de respostas curtas, é o segundo filho mais novo de uma família que de 12 membros (pai, mãe e dez filhos). Confessa que todos os seus irmãos *“estão bem na vida, só eu é que tive problemas”*. Neste sentido, Frederico justifica a sua trajetória de vida desadaptativa com o facto

de ter começado a trabalhar muito novo, com sete anos: “*os meus irmãos estudaram. Tiveram sorte. Porque eu era mais obediente que eles, o meu pai mandava-me fazer as coisas e eu fazia. O meu pai é que dizia que eu não ia para a escola porque tinha que fazer. Então... tratava dos porcos, limpava os currais... e plantava abóboras, beterrabas, fazia a lavadura para os porcos*”.

Segundo Frederico, a relação entre os seus pais sempre foi caótica até à separação: “*o meu pai bebia muito e de vez em quando fazia barulho em casa... gritava... batia também na minha mãe, com as mãos... chapadas... à minha frente e tudo! Quando me metia à frente da minha mãe quando ele lhe queria bater, apanhava eu e a minha mãe. Mas custava-me ver a minha mãe estar a levar porrada, não é? O meu pai traiu-a e fez um filho a uma outra mulher. Mais tarde separaram-se quando um dia apareceu uma carta lá em casa (da outra mulher). A minha mãe foi-se embora e deixou-nos lá sozinhos.*”.

Frederico refere que a violência que presenciou em casa criou-lhe uma grande mágoa e um sentimento de impotência e de revolta: “*Ficava muito triste, queria defender a minha mãe e não conseguia... as agressões demoraram muito tempo... e eu sempre a viver naquela situação*”.

A vida de Frederico e irmãos era, segundo ele, pautada por medo e insegurança, consequências do alcoolismo do pai, que o tornava uma pessoa agressiva e violenta: “*ele agarrava em inchadas e tudo para nos ameaçar. A minha mãe chegou a ir ao hospital. Uma vez o meu pai deu-lhe com uma machada pela cabeça. Deu-lhe com o olho da machada. Aquilo era o álcool, andava sempre bêbado*”.

Quando questionado se tem alguma recordação positiva do pai, refere que não, “*era tudo mau, só ralhava*”.

A mãe, para Frederico “*significava tudo, lavava a casa, fazia comer, lavava a roupa...*”, já o pai “*ganhava o dinheiro para a casa, para a gente comer...*”.

Após começar a trabalhar fora do seu contexto familiar, com 14 anos, Frederico comenta ter-lhe sido atribuída liberdade, *“não tinha horários de chegada a casa impostos pelos meus pais. Mas aparecia sempre para o jantar”*.

O consumo de drogas leves, por parte do Frederico, começou por volta dos 20 anos, com as companhias. No entanto, aos trinta anos começou a consumir heroína porque, segundo ele, *“andava triste, andava revoltado, não sabia ler nem «o caraças»... não conseguia arranjar uma namorada”*.

Participante 10

Roberto, homem com 52 anos, demonstra-se apresentável e bem falante na entrevista. Refere que começou a trabalhar cedo, aos 16 anos, mudando-se para Lisboa onde já estava a viver, e também a trabalhar durante a semana, o seu pai. Essa altura coincidiu com o início do seu consumo de drogas leves, por intermédio do seu primo: *“Quando fui para Lisboa trabalhar, de vez em quando, em vez de ir passar o fim-de-semana à aldeia, ia para casa dele, que estava na altura em casa dos pais, dos meus tios. E foi quando comecei a ir para as discotecas, com ele e com os amigos dele, onde me apresentaram os «charros»... haxixe...”*. Por outro lado, Roberto refere que também o seu pai começou a abusar do álcool nesse período: *“ele depois começou a beber uns copitos, a meter-se na «pinga», e o estado dele foi-se degradando, começou a ficar cada vez mais agarrado ao álcool, a beber cada vez mais, e depois a relação com a minha mãe ficou também afetada, tinham várias zangas. O meu pai ao fim-de-semana ia para a taberna, (quando vinha de Lisboa) e depois vinha já «bexigado» da taberna, chegou uma altura em que já não «batia» muito bem por causa do consumo do álcool...Eu, na altura, não dava muita importância a isso, nunca pensei que aquilo viesse a tornar-se, mais tarde, a situação grave em que se tornou, e que ele chegasse depois um dia mais tarde ao ponto de já*

não ter trabalho, viver apenas em função do álcool, ia à taberna beber uns copitos, levava vinho para casa e bebia... ”.

Roberto, quando desafiado a abordar a sua infância, recorda a mãe, já falecida, como uma pessoa *“muito alegre e de vez em quando cantava comigo e com os meus irmãos... tinha assim aquelas brincadeiras, proclamava versos e prosas, eram coisas muito engraçadas, cantava connosco e ensinava-nos cantigas”*. Relativamente ao pai, admite que não guarda grandes memórias uma vez que *“só vinha ao fim-de-semana de Lisboa onde trabalhava, chegava na sexta-feira à noite e nós já estávamos a dormir porque éramos pequenos... passávamos o sábado com ele e no domingo ele voltava para Lisboa. Grande parte da minha vida, vivi-a com a minha mãe e os meus irmãos, o meu pai era só mesmo ao fim-de-semana”*.

O comportamento previsível por parte da mãe nunca incomodou Roberto face à sua maneira de estar e de actuar na vida. A esse respeito, o entrevistado comenta que fazia coisas que a mãe, desacompanhada pelo marido que estava a trabalhar em Lisboa, proibia, como por exemplo fugir de casa sem dar conhecimento: *“às vezes tolerava um bocadinho, outras vezes ficava brava e queria-me bater... por ter fugido, por não dar conhecimento de para onde ia e onde andava tantas horas... mas não era por isso que deixava de voltar a sair, sabia que ela de vez em quando podia dar-me uma sovita ou uma chapada... ao longo da minha vida de miúdo aconteceu bastantes vezes, eu desobedecer e fugir e ela sem saber de mim”*.

Os consumos de Roberto tornaram-se mais regulares por volta dos 18, 19 anos: *“comecei a conhecer, perto da minha terra, outras pessoas que se metiam nas «charradas», que consumiam charros de haxixe e de marijuana”*. Justifica o comportamento de consumo de drogas leves na sua adolescência pela *“curiosidade de saber como é, e depois... é aquela coisa de estar «noutra onda», dá uma certa euforia, parece que uma pessoa fica fora de si, sente-se bem assim, fica diferente, com mais energia, com mais alegria do ponto de vista psicológico, lembrava-se de coisas, era mais divertido. Mas isso foi durante um tempo porque depois, com*

o passar dos anos, mais tarde, quando enveredei pelas drogas duras, já não conseguia consumir drogas leves...”.

A entrada de Roberto no mundo das drogas pesadas foi com 26 anos. Roberto confessa que “naquela altura já tinha lido livros sobre drogas, e tinha conhecimento de outras pessoas e assim, mas pensando que era diferente dos outros, que conseguia superar essa situação toda (vício), que era uma experiência nova e não sei quê, pensei «epa vou experimentar... mas não me hei-de agarrar, porque não hei-de conseguir controlar-me?!». Assim, com um amigo, costumávamos sair todos os fins-de-semana, para os copos e assim, também fumávamos umas «charradas», e ele, a uma dada altura disse «vou-te apresentar uma coisa nova, tu vais ficar coiso com isto», e foi quando ele me apresentou a heroína a primeira vez. Experimentei, a primeira vez foi uma coisa um bocado a medo, experimentei fumada, injetada nunca, só fumada, mas aquilo nem me disse nada, dei umas passas fracas um bocado a medo, não me deu pancada nenhuma nem nada. Depois, passado uma semana voltámo-nos a encontrar outra vez, para a paródia, copos, «charradas» e etc, e ele apresentou-me novamente a heroína. Como na primeira vez não me tinha feito efeito nenhum, já fui um bocado com mais confiança, e foi aí que me deu uma pancada dentro da cabeça, só voltas à cabeça, que até me deu para vomitar, que acho que é o que acontece com todas as pessoas que experimentam a primeira vez, também... depois tive mais uma semana sem consumir, até me encontrar novamente com esse rapaz, até que me deixei influenciar e deixar ir por ele. Começámos a consumir cada vez mais, até que chegou uma altura que dei conta que estava agarrado «àquilo», sentia-me mal, muito maldisposto, a ressacar, com diarreias, dores no corpo, já não conseguia passar sem «aquilo»... nessa altura comecei a consumir sozinho também... consumia com ele ao fim-de-semana, mas depois consumia sozinho durante a semana”.

Roberto partilha que já viveu muitas recaídas ao longo da vida. No entanto sente que este comportamento não está relacionado com a sua maneira de estar na vida: “*não é que a vida*

me esteja a correr mal muitas vezes, as minhas recaídas a maior parte das vezes aconteciam quando estava bem na vida, tinha dinheiro, estava a trabalhar... é aquela coisa de querer emoções fortes. As drogas é uma coisa muito gulosa, dá prazer, a heroína e a cocaína, é uma coisa que deixa a pessoa... fora do normal... fica excêntrica... dá-me a impressão que se a gente consumir droga tem mais alegria... mas depois é aquela coisa, consumimos uma vez e pensamos que ficamos por ali... e nunca ficamos. Como é uma coisa gulosa, esquecemo-nos do que sofremos anteriormente, queremos matar saudades... depois é outra coisa, conheço muitas pessoas que conseguem consumir cocaína sem consumir heroína, mas eu não consigo. Se eu consumir cocaína, tenho de consumir obrigatoriamente heroína para me acalmar, está a perceber? Então evito consumir cocaína porque depois tenho de consumir heroína. Mas quando vou consumir heroína não preciso de consumir cocaína... nas minha recaídas era heroína, e depois quando o dinheiro era mais, consumia também cocaína... dava-me outra sensação e outra emoção, um prazer diferente de consumir só heroína. Se eu consumisse apenas cocaína ficava muito excitado, muito ansioso e depois não me conseguia acalmar”.

Quando questionado se gostaria que os seus pais tivessem sido diferentes, Roberto esclarece que a vivência familiar não foi mais que uma passagem na sua vida. No entanto, aponta que *“gostava apenas que o meu pai não tivesse sido alcoólico, até poderia ter durado mais anos, poderia haver mais harmonia na família e ele não se tivesse tornado um alcoólico como se tornou”.*

Participante 11

Sofia, de 34 anos, mas aparentemente com muito mais idade, expõe-se na sessão de entrevista com cabelo ondulado e mal tratado, quase completamente desdentada. Conta que tem uma irmã mais nova e um irmão mais velho, e é filha de pai alcoólico e de mãe sofrida, ambos

surdos-mudos. Acrescente, ainda, que o seu pai era altamente violento: *“batia nela (mãe) quando não tinha dinheiro para a bebida. Depois quando a minha mãe arranjava dinheiro, ele já não lhe batia, já não discutiam tanto. Ouvia-o chamar «filha da puta» à minha mãe, a dizer que a punha na rua, que ela tinha outro homem. Mas ela nunca teve outro homem”*.

Os episódios de violência domésticos aconteciam, portanto, na presença de Sofia. A este respeito, a entrevistada relata que começaram quando *“tinha os meus 6, 7 anos. Ficava triste. Às vezes metia-me no meio, mas levava porrada também... o meu pai batia com socos... também em mim, mesmo com 7 anos. Às vezes o meu pai também batia com o cinto na minha mãe... a minha mãe chorava muito”*. Sofia avança ainda que a agressividade do pai só terminou quando fez 15 anos e começou a tirar um curso remunerado com a sua irmã: *“quando já entrava dinheiro em casa é que as coisas acalmaram mais. As brigas eram sempre por causa do dinheiro”*.

Sofia sempre se sentiu mais próxima da sua mãe: *“era ela que me dava mais força, amor, carinho”*. Em relação ao seu pai, nunca viveu uma grande afinidade, até porque se sentia discriminada comparativamente à irmã. A este respeito, refere *“a maior parte das vezes, o meu pai estava no mar... vinha a casa de mês a mês. Quando vinha a casa dava mais carinho à minha irmã que a mim... não sei se era por ela ser mais nova ou por gostar mais dela que de mim. Ainda hoje é assim. Ele ainda gosta mais dela do que, se calhar, gosta de mim”*.

No pouco tempo em que o pai se encontrava em casa, quando vinha do mar (era pescador), para além dos episódios de violência doméstica com a mãe, Sofia denuncia que a forma como o pai lhe colocava limites e normas era, igualmente, abusiva: *“Batia-me com o cinto ou com o pau. Uma vez, acho que me tinha portado mal, o meu pai deu-me, com o cinto, porrada nas costas... fiquei marcada, as costas ficaram roxas... fui para casa da minha tia, ela viu-me e quis apresentar queixa contra o meu pai, mas acabou por não apresentar. Tinha uns 15 anos... foi o meu tio, irmão do meu pai que não deixou...”*.

A rejeição por parte do pai era algo concreto e sentido por Sofia: *“Uma vez quase me pôs fora de casa. Eu tinha-me portado mal, a minha mãe é que não deixou... o meu pai demonstrava que gostava mais dos meus irmãos que de mim. Dava-lhes mais amor e carinho que a mim. Levava-os com ele ao café, comprava-lhes coisas, e eu não, tinha de ficar em casa com a minha mãe... Nunca lhe pedi para me levar porque tinha medo dele, que me batesse”*.

Sofia confessa que é, desde que se lembra, *“uma rapariga simples, muito fechada e muito calada.”* Na sua infância, quando os colegas a provocavam, *“fervia, começava logo a bater e puxava os cabelos”*. A entrevistada relata que, na sua infância, *“chorava muitas vezes”*. Vai mais longe e revela que *“de vez em quando, mesmo com a minha mãe e os meus irmãos em casa, sentia-me sozinha. Faltava-me ali qualquer coisa... se calhar o amor e carinho do meu pai”*.

Efetivamente, a ausência do pai em casa, quando ia trabalhar para o mar, acabava por permitir a liberdade, em todos os aspetos, dos restantes membros do agregado familiar. Sofia comenta que, *“com 12 anos tinha muita liberdade”*. Foi com essa idade que confessa ter fumado haxixe pela primeira vez: *“foi com um casal amigo, que conheci num café ao pé da minha casa. Eu estava a ir para casa e eles passaram por mim e perguntaram se eu queria ir para um bar. Eu perguntei se me deixavam entrar e eles disseram que sim, que entrava com eles... Aos 12 anos comecei a ir com eles para bares”*.

Entretanto, começou a comprar haxixe sozinha, *“para me esquecer dos problemas. Do meu pai me bater, essas coisas... o meu pai não me dar carinho e amor, as coisas que eu mais precisava dele e ele nunca me deu. A fumar sentia-me mais leve, sentia-me... pronto... mais contente. Distraía-me dos problemas. Depois o meu irmão e a minha irmã também começaram a fumar. Fumávamos os três juntos no quintal da casa. Tornou-se um hábito”*.

Participante 12

André, de 50 anos, alto, cabelo curto completamente branco, nascido em Moçambique, conta-nos que lá ficou, aos 19 anos, a viver sozinho durante um ano por razões relacionadas a discriminação racial: *“A pressão familiar era grande para eu ir para Portugal, aquilo lá (Moçambique) não estava bom, foi nos anos 84... aquilo estava complicado viver lá por causa dos conflitos entre partidos políticos, discriminação relativamente aos brancos, muito racismo”*.

A relação que André tinha com o seu pai foi-se deteriorando, segundo ele, *“a partir do momento em que me comecei a aperceber que havia coisas em casa que não eram corretas, que não batiam certo... foi a partir dos 12, 13 anos... o meu pai exagerava no álcool e provocava discussões em casa, coisas que me afetavam. O meu pai agredia a minha mãe, chegou a fazê-lo à minha frente. Eu tentava defende-la...”*.

André sempre se sentiu mais próximo da mãe, comparativamente ao pai: *“A minha relação com ela era muito boa, espetacular... sempre. Mas era uma pessoa correta, fazia-me pagar pelos erros. Chegou a partir uma colher de pau nas minhas costas... era ela que me dava educação. O meu pai só me bateu uma vez, mas foi uma estupidez dele. Tinha chegado atrasado ao almoço, bastante atrasado. Na minha casa havia exigência de cumprimento de horários”*. André acrescenta ainda, em relação à mãe: *“era carinhosa, humilde, para mim a melhor pessoa do mundo”*. Para André, o pai não era tão carinhoso, era uma pessoa *“diferente”*.

Relativamente ao pai, André relata ter tido uma relação distante em termos emocionais mas, no entanto, nutria um enorme respeito por ele: *“O meu pai não precisava de falar muito. Sentia sempre aquele respeito por ele...”*.

O ingresso no mundo das drogas leves inicializou-se aos 15, 16 anos quando começou a consumir erva, ainda em Moçambique. André recorda que passou uma fase em que andava

revoltado, coincidindo com o abandono dos estudos: *“Não ia às aulas, não ia a nada, com 16, 17 anos. Já andava com a cabeça noutras vidas... começou a haver muitas festas às quais eu ia com amigos... sempre mais velhos”*.

Aos 24 começou a consumir heroína e cocaína. A este respeito, André justifica-se dizendo que *“não havia a informação que há hoje, e era a onda com os amigos. Estava na moda, a «chinesa»... Então eu experimentei, gostei, tinha dinheiro pois trabalhava e tinha uma vida normal. Não sabia o que era uma ressaca, portanto, não sabia os problemas que poderiam advir...”*.

Participante 13

Carlos, enfezado e de estatura média, de 30 anos, apresenta-se de calças largas, barba espessa e boné para a entrevista. Relata, claramente ainda revoltado, após 19 anos, que o viveu o divórcio dos seus pais com 12 anos, embora o seu pai tivesse saído de casa mais cedo: *“A razão foi a violência doméstica. Havia muito abuso verbal, abuso de confiança, muita retaliação sem necessidade. Eu lembro-me de um episódio em que a minha mãe juntou dinheiro para nós podermos comer um iogurte e o meu pai quase lhe bateu por causa disso. Não sei porquê... uma coisa estúpida. O meu pai utilizava uma linguagem muito ofensiva para todos lá em casa - «muita merda, muito caralho, muito foda-se, vai para aqui, vai para acolá, não prestas» - tanto para ela como para nós”*. Carlos acrescenta ainda que o pai *“é alcoólico, começa logo a beber de manhã depois de acordar. Vinho, bagaço e cerveja, todos os dias. E de vez em quando, quando tem dinheiro é whisky”*.

Quando desafiado a autocaracterizar-se na sua infância, Carlos revela que *“era tímido, pouco social, um bocado «mariquinhas», com medo de fazer alguma coisa mal e de levar do meu pai... as pessoas diziam que eu era um rapaz calmo, sossegado, uma paz de alma...”*.

Carlos confessa que recebeu uma educação abusiva por parte do pai, assim como a vivência de sentimentos de rejeição e abandono que ainda perduram. Neste sentido, relata: “*à mínima coisa, ou levávamos uma sova ou ficávamos sem algo, embora na altura não tivéssemos muito. Levava mais eu que a minha irmã porque a minha irmã era a filha do pai e eu sempre fui o filho da mãe. O meu pai não me tratava da mesma forma como tratou a minha irmã... posso dar um exemplo: a minha mãe estava a trabalhar como professora em Mora, e o meu pai estava a trabalhar no negócio do meu avô, que está relacionado com o campo e o azeite. Era o dia dele de cuidar de mim... e o que é que ele fez? Ele estava lá no lagar de azeite, a trabalhar, e tinha lá um barracão com umas ovelhas, e tinha um fardo de palha a tapar a saída para as ovelhas não saírem... e em vez de estar a cuidar de mim, ou a pegar em mim, ou a ensinar-me coisas, não, meteu-me ao pé das ovelhas e foi trabalhar... e eu fiquei lá, a brincar com as ovelhas até ser hora da minha mãe chegar. Tinha 4, 5, ou 6 anos. Não me esqueço e nunca irei perdoar*”.

Em contrapartida, a relação de Carlos com a sua mãe sempre foi de maior proximidade, talvez em demasia vindo a revelar ansiedade de separação: “*A disciplina que tive foi negligente por parte do meu pai e super zelosa por parte da minha mãe. A primeira vez que fiquei longe da minha mãe, em que ela teve de ir a Lisboa tratar de algum assunto, fui para casa dos meus avós, fartei-me de chorar. Foi até ter a minha mãe de volta...*”. Inclusivamente, sentia-se preterido face à sua irmã. *A este respeito, recorda que “era o menino da mamã. A minha mãe dava-me mais apoio emocional, atenção, falava comigo atenciosamente e sempre houve mais atenção da minha mãe para mim que para a minha irmã*”.

Por sua vez, Carlos caracteriza a relação com o pai como “*esquisita porque ele promete e não cumpre*”. Carlos vai mais longe e comenta que o seu pai “*deve ter uma desordem qualquer psicológica que nunca tratou e um dia está bem e o outro não está... ou seja, de manhã está bem-disposto, e depois à tarde está, de «trombas» e com um feitio do «caraças*”.

Visivelmente revoltado, o entrevistado faz diversas acusações ao pai, chegando mesmo a justificar a sua problemática aditiva com a ineficácia e desinteresse parental: *“Nada que «um gajo» fizesse estava bem. O meu pai sempre o vi com 2 e 3 maços tabacos por dia e com uma garrafa de água ardente atrás por dia, e no entanto passa a vida a queixar-se, quando lhe peço, que não tem dinheiro para nada... depois nunca fez o papel de pai: nunca me ensinou a jogar à bola, nunca me ensinou a nadar, nunca me ensinou a andar de bicicleta, essas três coisas foi a minha mãe que me ensinou... a minha mãe ensinou-me a escrever, a escrever e a falar Inglês, muitas coisas da escola (mãe professora), e ambos os meus pais nunca tiveram a conversa do sexo comigo nem a conversa da droga comigo, por isso... nunca tive uma base que alguém chegasse ao pé de mim e dissesse «olha a ganza não presta, a heroína não presta, a cocaína não presta», «mas porquê?», «olha por causa disto, daquilo e do outro...»”*.

Carlos confessa que, desde sempre se lembra de existência destes conflitos provocados pelo seu pai. A este respeito, revela uma memória traumática: *“eu morava num prédio, no oitavo andar. Lembro-me de muitas vezes de, mal chegar ao 6º andar, já ouvir os gritos... acontecia em média duas vezes por semana, todas as semanas. Foi desde que nasci até se separarem”*.

De acordo com Carlos, o ambiente familiar em que se desenvolveu foi claramente caótico, e confessa ter encontrado, à semelhança da irmã, um refúgio, nesse período, em seu quarto: *“Lembro-me que eu e a minha irmã, mais velha 4 anos, fugíamos para os quartos nestas situações (conflitos entre os pais). Ela ia ouvir música e eu ia jogar consola. O meu entretenimento sempre foi televisão e consola, porque não havia uma ligação emocional e de conversação com os meus pais... aliás, havia à mesa e depois não havia mais. Normalmente era só «merda», coisas que não faziam sentido nenhum”*.

A fase do divórcio coincidiu com diversas perdas que Carlos sofreu, o que veio agravar o seu sofrimento e, por consequência, o seu isolamento face aos outros: *“Com 12 anos, perdi a*

minha avó paterna que se suicidou, um amigo que foi atropelado e o meu cão que também faleceu. Nessa altura os meus pais estavam a divorciar-se, já estavam separados. Em casa não tinha ninguém para desabafar... encontrei no computador e na televisão o meu escape. Foi nessa altura que comecei a fazer noitadas, a ver programas de comédia que davam bastante tarde na televisão. Então com 12 anos ficava a té as 2, 3 da manhã a ver televisão... até adormecer. No outro dia quando acordava pensava - «Estou a sentir aquilo outra vez» - e ficava à espera que chegasse novamente o fim do dia para ter aquele escape que fazia passar a tristeza... um bocado. Não tinha mais nada para me agarrar”.

Após a separação, Carlos ficou a viver com a mãe e a irmã. Carlos condena o pai porque “nunca pagou pensão de alimentos, a única coisa que fazia era levar-me a almoçar ou jantar quando vinha a Setúbal. Prendas de Natal, às vezes dava-me um chocolate ou uma coisa qualquer...”. Carlos relata que, passado pouco tempo após o divórcio, “por situações económicas, a minha mãe chegou a um ponto que pensou - «não, aqui em Portugal não dá, temos de ir para o estrangeiro...» e assim foi. Fomos para Inglaterra, Manchester, tinha eu 14 anos... Eu ainda estava no 9º ano, e a minha mãe foi para Inglaterra 6 ou 7 meses antes de eu acabar a escola... ou seja, estando a minha irmã em Lisboa na faculdade, eu com 14 anos tive de me desenrascar sozinho em casa, em Portugal, durante 7 meses”.

No período de tempo em que ficou em Portugal sozinho, “como passava dificuldades, ia ao «Jumbo», roubava jogos da «Playstation» e vendi-os porque nem sequer tinha «Playstation», e ficava com dinheiro para comprar maços de tabaco. A maneira como eu roubava era muito simples, gastava mil escudos numa caixa de puzzles... ia buscar o puzzle, abria o puzzle, tirava o puzzle de lá de dentro, metia dois jogos. Fechava o puzzle, trazia fita-cola que colava num lado e no outro. Ia à caixa, passava, mil paus, e pronto... ia para casa com dois jogos da «Playstation».

Foi quando chegou a um bairro social de Manchester, onde passou a residir, que Carlos revela ter iniciado os seus consumos de drogas: *“comecei a intensificar o meu consumo porque estava sempre à procura daquela moca, de tranquilidade, de me acalmar. As coisas não eram nada fáceis no bairro onde vivia em Inglaterra... era estar na cama a dormir e ouvir exatamente em cima da nossa casa o barulho de um helicóptero, e estarem a prender «um gajo» no meu quintal... e a gente a abrir a janela e a espreitar e alguém a dizer para fecharmos a janela e irmos para dentro porque podíamos levar um tiro na cabeça”*.

Participante 14

Anastácio, 21 anos, etnia cigana, apresenta-se em entrevista um pouco nervoso e desconfiado. No entanto, ao longo da sessão acaba por se ir tornando mais aberto. Começa por contar que tem mais 7 irmãos e que viveu com os pais apenas até aos 5 anos de idade: *“O meu pai abandonou-me quando eu tinha 5 anos, quando a minha mãe faleceu, queimada... assassinada.... Foram os irmãos do meu pai que fizeram isso... por causa de problemas relacionados com dívidas de drogas. Fiquei a viver com a minha avó”*.

Em criança, Anastácio autocaracteriza-se como problemático: *“era reguila. Diziam que era doido, só gostava de fazer porcaria... que não ia à escola...”*. Revela ainda que *“lembranças da minha infância, só fiquei com aquelas de consumir drogas... são as minhas primeiras lembranças de vida”*.

Anastácio começou a consumir cocaína muito cedo, por volta dos 8, 9 anos. Aos 11 anos é separado da avó: *“Separei-me da minha avó porque fui internado numa clínica de drogas. Foi uma amiga que comprava droga no meu bairro que me ajudou... teve pena de mim, era «bué» novo, não gostava de me ver naquele estado, aquilo não era nada... ela foi falar com uma assistente social e ela tirou-me dali com o tribunal”*.

A partir dos 11 anos de idade, Anastácio colecionou internamentos em diversos centros de reabilitação:” *Estive na primeira clinica até aos 13 anos. Depois fui para outra. Mudei para estar mais perto da minha avó. Só que eu não soube adaptar-me ali (na 2ª instituição), tinha muitas regalias e não tinha ninguém a olhar por mim, começava a fugir muitas vezes... para ter com raparigas ou a casa da minha avó... fugia todas as semanas. E depois de tanto fugir, perdi a vaga nessa clínica, não pude ficar mais. Iam-me sempre buscar mas a certa altura deixaram de o fazer, depois vim a saber que já não me iam buscar, que fui expulso*”. Após a expulsão, Anastácio volta a viver em casa da avó, situada num bairro problemático:” *voltei para os maus ambientes, movimentos, novos colegas, estraguei-me outra vez... comecei a consumir drogas outra vez*”. No entanto, com 17 anos, Anastácio toma a iniciativa de se internar de livre vontade de forma a acabar definitivamente com o seu comportamento de consumo:” *Chegava a uma altura em que eu também já não aguentava mais, começava a ficar «apanhado da cabeça» e farto daquilo... e decidi fazer o tratamento*”. No entanto José não aguentou uma vez mais o tratamento: *“tive la duas semanas e saí de lá para fora para ir consumir”*.

Quando é questionado a Anastácio se tem alguma representação mental dos pais, este confessa:” *Não me lembro da figura dos meus pais, da cara... não sei como se davam um com o outro*”.

Ao cuidado da avó paterna, Anastácio admite que em nada facilitou a vida à sua cuidadora:” *Era uma criança difícil... e a minha avó reagia mal. Muitas vezes deu-me «porradita» por eu fazer coisas que não devia fazer. Tinha de me meter em sentido, tinha medo de levar dela... de vez em quando castigava-me. Mas eu poucas vezes respeitava os castigos... a uma certa altura ela já não conseguia meter disciplina em mim*”. Por outro lado, o entrevistado deixa indiretamente implícito que a avó não conseguiu fazer face às suas necessidades emocionais: *“Não conseguia desabafar com a minha avó quando me sentia triste*

por ter sido abandonado, pela minha mãe ter morrido. Ainda hoje me sinto triste, mas agora já consigo falar um pouco mais”..

A vida de Anastácio é repleta de perdas e separações. O entrevistado refere que teve vários momentos marcantes da sua vida: *“Quando a minha irmã foi presa, tinha eu 13, 14 anos. Depois foi o meu irmão... foi difícil, ao princípio sentia-me um bocado mal, depois fui recuperando... depois o meu tio suicidou-se. Foi preso, já lá estava há alguns anos, tinha ainda uma data de julgamentos... enforcou-se. Fui um bocado abaixo. Havia dias em que estava mais em baixo, a minha cabeça ia para outro lado... muitas vezes isolava-me, sempre fui muito fechado... ainda hoje sou muito fechado. Até com a minha avó tinha dificuldade em falar... comecei a consumir mais nessa altura, foi aí que me estraguei. Antes consumia, mas parava...”*

Quando pensa em retrospectiva, Anastácio acaba por fazer *mea culpa* pela trajetória de vida que construiu: *“Com aquela idade não tinha cabeça para estar a pensar no que era o bem ou o que era o mal... Se eu tivesse feito caso das coisas que a minha avó me dizia, se calhar não estava agora aqui sentado. Mas na altura não pensava... a minha avó, que faleceu no ano passado, gostaria de eu nunca ter tocado nas drogas, ser um rapaz exemplar, ir à escola, portar-me bem, não fazer tantas asneiras. Na minha infância só aprendi coisas más”*.

Participante 15

José, de 23 anos, jovem, moreno, de estatura alta, apresenta-se em entrevista com algum receio. Ao longo da entrevista, a sua postura defensiva vai-se tornando mais aberta, expondo uma enorme necessidade de partilhar sobre o desenrolar da sua “difícil”, e ainda curta, história de vida.

O entrevistado começa por recordar que a sua infância foi *“praticamente ao cuidado da minha avó paterna porque a minha mãe estava a trabalhar. Ela morava em casa dos meus pais.*

Era sempre ela que me ia levar e buscar à pré-escola e no 1º ano da primária. A partir do 2º ano passei a ir sozinho. O meu pai trabalhou uns anos na calçada mas desde os meus 16 anos que anda nos camiões, pela Europa”.

José qualifica a relação existente entre os seus pais como conflituosa: *“O meu pai mandava vir um bocado com a minha mãe. Quando as coisas não estavam do agrado dele, disparava um bocado. Quando a minha mãe não fazia mais ou menos aquilo que o meu pai queria... A faca do meu pai corta sempre a direito, tem de ser como ele quer e mais nada...”*. Acrescenta ainda, denunciando violência física por parte do pai, direcionada a todos os membros da família, que *“Quando o meu pai ralhava comigo ou com o meu irmão, quando a minha mãe se metia no meio levava também... a partir dos meus 10 anos”*.

José refere que sempre houve um distanciamento de si para com o pai: *“tinha medo de me abrir com ele. Quando me sentia triste, angustiado, guardava para dentro, e acho que ao longo do tempo isso foi-me agravando a situação. Tinha medo de falar porque depois podia levar do meu pai. Tinha medo do meu pai. Comparado com o que via nos outros colegas, o carinho do meu pai por mim era diferente.”*

A revolta era tão grande que afirma: *“Costumava dizer para a minha mãe - «o pai agora faz-me assim, mas quando for grande, sou eu a fazer-lhe assim para ele me ganhar respeito». Ele já me tinha magoado, ele já me tinha batido muito”*.

O entrevistado confessa ter ingressado no mundo das drogas leves com 12 anos, *“com o pessoal do meu bairro”*. O falecimento da sua avó, que diz tê-lo criado, precipitou esse envolvimento com as substâncias psicoativas: *“Desde a morte da minha avó, que foi ela que me criou, nunca mais fui a mesma pessoa. Teve um AVC lá em casa, lembro-me como se tivesse sido hoje. De manhã estava ela muito mal, eu não queria ir à escola mas a minha mãe obrigou-me a ir, ainda vi a ambulância a chegar. Tinha 12 anos. Isolei-me um bocado até do meu pai e da minha mãe. Nessa altura só fumava cigarros, mas a partir daí comecei a fumar cannabis.*

Foi ela que me criou desde pequenino, fazia-me tudo. Eu não gostava de bacalhau à Brás, fritava-me as batatas, metia o ovo e a cebola, mas não juntava o bacalhau. Fazia assim para mim... era mais presente, estava sempre comigo, gostava de mim... ainda hoje penso nela, ainda hoje vejo a cara nela no pensamento... ”.

O salto para as drogas pesadas deu-se quando José tinha 17 anos, levando-o a cometer atos graves e irreversíveis no seu contexto familiar, como mexer em coisas de valor e vendê-las com o objetivo de pagar dívidas de droga. Foram as razões referidas que levaram José a decidir abandonar a sua casa: *“mexi no ouro da minha avó, por causa de uma dívida de cocaína. Para evitar conflitos, até porque o mais certo era o meu pai mandar-me embora, e por ter visto que tinha errado, preferi sair eu de livre vontade... antes de os meus pais terem descoberto. A partir daí nunca mais voltei a casa”.* O destino foi a casa de um amigo: *“Aí descambei. Fumávamos «pólen» como quem fumava cigarros, dávamos a «banhada» a outros consumidores que sabíamos que tinham muito... para podermos consumir, vender e ganhar «uns trocos»”.*

José confessa que a dívida da droga, que contraiu e que o fez roubar a própria avó, nunca chegou a ser paga porque *“tive de repor outra dívida que contrai”* depois de sair de casa dos pais. A este respeito, José esclarece: *“Eu e o meu amigo vendíamos «branca», tínhamos os pacotes todos feitos, e num desses pacotes a gente viu que «ah, não faz mal se tirarmos daqui um bocadinho para nós», depois íamos a outro pacote «ah, mais um bocadinho», e quando fomos a dar por ela... já só tínhamos os plásticos para vender... tive de dar o cordão de ouro que roubei à minha avó... porque o «cigano» queria o dinheiro, e tivemos de lhe pagar”.*

Após a saída de José de casa, este afirma que *“a violência doméstica do meu pai à minha mãe foi-se agravando. Uma vez que fui ter com ela e vi-a com a testa toda negra, os braços todos pisados, as canelas todas negras. Fui pedir justificações ao meu pai, ele virou-se a mim e mandei-lhe com um tijolo, ia-o matando. Depois mais tarde calhei a falar com a minha tia,*

irmã da minha mãe, esta contou-me que viu o meu pai dar pontapés na minha mãe, com a minha mãe no chão... ”.

José justifica a sua necessidade de consumo de substâncias psicoactivas com a urgência em esquecer os problemas: *“os problemas dele (pai) bater na minha mãe, os meus problemas de namoradas, o ter saído de casa... essas coisas é que me levavam a consumir um pouco mais do que deveria... tendo entretanto, por causa de consumir cada vez mais, começado a vender com o objectivo de me ficar de borla o que eu fumava. Consumir ajuda-me a não andar tão pensativo nas coisas que normalmente me vêm à cabeça... que é a minha realidade”.*

Participante 16

Gonçalo, 39 anos, de cabeça rapada e braços tatuados, apresenta-se na entrevista bastante excitado. Afinal de contas, diz que já se sente preparado para se reinserir na sociedade e pretende abandonar a Comunidade Terapêutica depois de almoço (a entrevista foi feita de manhã). Não conseguindo esconder a sua ansiedade, e o facto do seu pensamento se encontrar noutra lugar, inicializa a sua história de vida de uma forma um pouco vaga e superficial. No entanto, ao longo da sessão vai-se demonstrando mais focado na sua história de vida.

Gonçalo autodescreve-se, na sua infância, como uma criança *“muito traquina, gostava de fazer malandrices”*. Criado pela avó, refere que *“o meu pai e a minha mãe estavam o dia inteiro a trabalhar. Quem me criou foram os meus avós paternos até aos 14 anos. Os meus pais iam-me buscar ao fim-de-semana, passava os fins-de-semana com eles. Passava a semana inteira em casa da minha avó, e só na sexta e no sábado é que ia para casa dos meus pais”*.

O facto de ter crescido em casa da avó permitiu que Gonçalo usufruísse de muita liberdade: *“tinha muita liberdade, sempre tive. Os meus pais nunca me proibiram de nada. Passava o dia inteiro no mato, aos pássaros, não me diziam nada”*. Na verdade, Gonçalo relata

que na sua infância, as suas vivências e experiências eram realizadas, quase na totalidade, no contexto de “rua”: *“Nunca fui de desabafar com os meus pais, nem com a minha avó. Sempre fui de falar as minhas coisas na rua, falava com os meus amigos”*. Gonçalo acrescenta ainda, em tom de desafio, que *“Os meus pais proibiam-me de andar com os meus amigos, que eram más companhias. Mas eu andava com eles à mesma. Eram os meus amigos, eu é que decido com quem é que ando”*.

O entrevistado relata que desde sempre foi uma tarefa difícil colocarem-lhe limites e normas de comportamento. Neste sentido, explique que *“Quando era mais novo, o meu pai dizia “tens de fazer isto e aquilo”, dava-me umas «pinhas», etc., o normal. Na minha adolescência, a partir dos 15 anos, o meu pai passou a ser muito soft comigo. Não me apertava muito, não podia... não me virava a ele mas fazia pior que aquilo que ele queria. Uma fase rebelde”*. Gonçalo recorda ainda o episódio em que, definitivamente, conseguiu sobrepor-se ao pai, o que influenciou os anos futuros da sua vida: *“Com 15 anos aconteceu uma vez que não faltou muito para lhe bater... por causa de uns óculos. Ele queria que eu usasse e eu não queria. Não me via a ir para a escola de óculos porque gostava de engatar umas miúdas. Ele queria bater-me porque queria que eu usasse os óculos, e eu disse-lhe - «Se tu me bates eu também te vou bater...». E pronto, a partir daí, nunca mais. Nunca mais me tocou. Eu senti-me muito bem comigo porque ele nunca mais me tocou na vida... Ele não me batia muito, mas quando me dava, dava-me bem!”*.

Quando desafiado a caracterizar a mãe com dois adjetivos, Gonçalo é espontâneo: *“A minha avó foi mais minha mãe que a minha mãe. Ela é que me criou”*. Relativamente à relação com o pai, denuncia o seu distanciamento emocional: *“o meu pai guardava mais as coisas para ele. Cheguei a ver o meu pai em funerais e não largava uma lágrima dos olhos, mas sei que ele por dentro estava-se a roer todo, mas pronto. Ele era assim, não gostava de mostrar aquilo que sentia”*.

Gonçalo relata que os seus consumos começaram muito cedo e prolongaram-se pelo facto de ter excesso de liberdade: *“Comecei a fumar tabaco com 6 anos de idade, estava na casa da minha avó. Comecei com os colegas da escola, da minha idade, mas não fumava todos os dias. Aos 11 anos comecei a fumar haxixe, no 1º ano do ciclo com os colegas. Nessa altura estava com os meus pais durante a semana, mas durante o dia estava com a minha avó”*. Neste sentido, toma a iniciativa de descrever o episódio da sua vida em que a mãe descobriu, pela primeira vez, que consumia drogas: *“A minha mãe descobriu tarde, começou a encontrar-me coisas nos bolsos das calças e isso, tinha 16 anos quando ele me apanhou a primeira vez 50g de haxixe. Reagiu mal, ficou preocupada. Não me castigou, disse-lhe que não era meu, era de um colega, e fi-lo ir lá a casa buscar aquilo. Tive de arranjar ali um esquema. Mas a segunda vez que me apanhou não acreditou nisso... o meu pai sabia mas nunca quis acreditar que eu andava metido nisso. A minha mãe dizia - «Olha que ele anda metido nalguma coisa!» e ele «não anda nada... achas que o rapaz se vai meter nalguma coisa?». Mais andava eu já metido... Só acreditou quando a minha mãe me apanhou com uma seringa no braço na casa de banho... meteram-me logo num centro, tinha 19, 20 anos”*.

Gonçalo sente que o seu problema de dependência de heroína e cocaína, hoje em dia, está relacionado com a pressão que a vida faz para que consiga ser alguém na sociedade. A este respeito, comenta que: *“Fui uma pessoa que nunca gostou muito de ser pressionada e obrigada a fazer as coisas... não sei, devia ser assim desde pequeno... Por ter sido criado pela minha avó, com muito à vontade... depois quando as regras vêm, a gente tem dificuldade em aceitá-las”*.

Participante 17

Marco, de 36 anos, consumidor de heroína e cocaína, largos olhos azuis, magro, mas de barriga inchada (conta-nos que é resultado dos medicamentos que toma para a sua esquizofrenia), partilha que não teve a felicidade de conhecer os seus pais: *”eles faleceram de acidente de carro, era eu bebé, tinha um ano e meio. Fiquei a viver com os meus avós maternos e o com o meu irmão (quatro anos mais velho)”*.

O entrevistado, que se autocaracteriza na infância como *“uma pessoa fechada. Eu não falava muito com as pessoas... era uma pessoa que falava pouco”*, refere que *“o carro em que os meus pais faleceram esteve sempre na garagem da minha casa, todo partido, com um plástico por cima. Lembro-me de olhar para lá, até aos 8 anos (espaço de tempo em que o carro esteve lá na garagem) e sentir um vazio, um frio...”*. Na verdade, os avós sempre procuraram preservar a memória dos pais de Marco: *”Na minha infância, lembro-me de querer ir buscar os brinquedos ao sótão e os meus avós não queriam que eu fosse ao sótão porque tinha de passar pelo primeiro andar, que ainda estava mobilado com as coisas dos meus pais, intactas (os pais viviam no primeiro andar) ”*.

Oito anos após a morte dos seus pais, Marco, de 10, sofre novamente uma perda na sua vida, a sua avó. Esse dia, segundo Marco, foi o mais marcante da sua vida: *”o meu irmão foi chamar-me ao colégio, deu-me a notícia e fomos os dois para casa a chorar. Era uma avó muito carinhosa e amiga para os netos. A escola acabou. O Marco nunca mais foi o mesmo. Aquela pessoa que eu era. Porque a minha avó é que dava aquela rotina de a gente estudar, estava muito próxima, não nos deixava sair e andar à vontade...”*. Marco acrescenta ainda que *“quando era criança, não me lembro de sentir falta dos meus pais... após a morte da minha avó comecei a pensar neles”*.

Após o falecimento da avó de Marco, este deixou de ser acompanhado tanto em termos escolares, como no seu dia-a-dia: *“O meu avô não exigia que eu fosse às aulas nem que estudasse. Ele apenas trabalhava, trazia o dinheiro para casa e pronto, não falava sequer comigo. Ficou muito abalado com a morte da minha avó. Ele era uma pessoa mais rija e tornou-se mais mole”*. Marco acrescenta ainda que, após o falecimento da sua avó, *“deixei de escovar os dentes, tinha uma miopia pequena na vista direita, deixei de usar óculos... passava muito tempo na consola e no computador. Sinto que houve um desleixo para comigo por parte do meu avô... Deixou de haver união, ele deixou de falar para mim como falava antes”*.

À medida que foi crescendo e desenvolvendo a sua personalidade, Marco confessa que nunca interiorizou qualquer tipo de limites ou normas implementadas pelo seu avô, após a perda da sua avó: *“conseguia praticamente tudo o que queria do meu avô. Tinha muito mais liberdade, não tinha horas para chegar a casa, o que me dava na cabeça fazia. Fiquei com mais liberdade. Fazia birras porque queria que o meu avô me comprasse o que queria. Mas faltava-me algo... faltava-me a avó, que fazia de minha mãe”*.

No entanto, a entrada no mundo por parte de Marco aconteceu já tarde, com 27 anos: *“comecei a consumir com um amigo meu. Experimentei e a heroína fez-me bem... com o tempo fui intensificando os consumos...”*.

Quando desafiado a justificar a sua trajetória de vida por caminhos desviantes, Marco afirma indica que o facto de ter sido educado pelos avós foi uma condicionante do seu desenvolvimento: *“Gostaria que os meus avós me tivessem dado uma educação diferente. Os avós não são iguais aos pais. Os pais são os pais e os avós são os avós. Eles tentaram dar a melhor educação possível mas para mim não conseguiram. Faltou-me a avó, que equilibrava a escola, equilibrava tudo. Se ela fosse viva hoje, eu e o meu irmão não éramos as pessoas que somos hoje. Nem o meu irmão era alcoólico nem eu me metia nas drogas”*.

Participante 18

Daniel, 37 anos, alto, cabelo encaracolado, dependente de heroína e cocaína, apresenta-se muito sereno na entrevista. Começa por contar que desde sempre presenciou discussões dos seus pais, relacionadas com o facto de o seu pai ser “mulherengo”: *”Onde vivemos, aquilo é como uma vila. O que uma pessoa fala cá em cima, lá em baixo ao fundo da rua já se sabe. Com 8, 9 anos lembro-me que já ouvia em todo o lado que o meu pai andava com esta e com a outra, e depois via-se... ele chegava às tantas da noite, embora saísse do trabalho a meio da tarde, e é claro, depois havia as discussões e «por aí fora»... com aquela idade eu já percebia o conteúdo das discussões”*.

O entrevistado caracteriza a mãe como amorosa e ternurenta. O seu pai, por sua vez, vê-o como rígido. Em relação a este último, Daniel confessa que, se pudesse mudar alguma coisa no seu passado, faria *“com que ele desse mais carinho e atenção à minha mãe... que fosse mais o homem que ela era para ele como mulher”*.

As discussões existentes entre os pais do Daniel levaram a uma rutura, à separação. No entanto, Daniel explica que a sua dependência de substâncias, apesar da separação dos pais ter sido uma agravante, está diretamente relacionada com um grave acidente que sofreu aos 17 anos, quando caiu de um andaime na construção civil, sendo esse o precipitante para uma entrada nas drogas pesadas: *”Agora o que vou falar, cada vez que falo nisso, lembro-me como se estivesse lá neste momento. O homem (patrão) virar-se para mim “faltam 10 para o meio dia, acabamos de pintar isso e à tarde vamos embora...”*. Entretanto o servente montou mal uma tábua no andaime, caí, lembro-me de ir a bater no andaime e na parede até lá abaixo. Parti braços, costelas, cotovelo, pulso, cabeça, caí do 4º andar... e a tábua ainda caiu em cima do meu pé que ficou partido. A minha sorte é que caí de lado, senão talvez não estivesse aqui. Fiquei um ano e meio sem sair da cama. E depois mais 4 meses de cadeira de rodas”. Daniel

recorda que ficou muito abalado psicologicamente, ainda mais quando, após alta hospitalar, chega a casa e repara que lhe falta algo muito precioso nesse período: *”quando cheguei a casa, o meu pai já me tinha vendido a mota, com medo que eu fosse andar e caísse. Fiquei muito perturbado, muito mal. Tinha-se acabado de repente o motocross”*.

Daniel sentiu muitas dificuldades em lidar com a sua realidade, de que estaria condicionado relativamente a qualquer tipo de desporto. Deste modo, Daniel relembra que *“Não queria falar com ninguém, não queria estar com ninguém. Nessa altura comecei, por isso, a consumir heroína. A heroína tirava-me, também, as dores”*. A heroína passou a funcionar como um analgésico para Daniel: *”Acabei por, no primeiro fim-de-semana a que fui a casa, do internamento (fisioterapia), consumir heroína. Cheguei a casa de canadianas, mal conseguia colocar o pé no chão. No sábado de manhã, depois de acordar, fui logo para o café (onde habitualmente consumia heroína) a descer as escadas todo torcido. Quando voltei a casa já ia sem muletas. Sentia ainda algumas dores, mas nada que impossibilitasse de andar sozinho”*.

Participante 19

Artur, de 44 anos, média estatura e de grande porte, de braços tatuados, refere que nunca foi problemático na sua infância: *“era um rapaz calmo, às vezes envergonhado... não dava assim muitos problemas. Não tinha problemas de obediência com os meus pais”*. Desde novo, Artur habituou-se a estar em casa sem o pai. Neste sentido, refere que o pai *“não tinha muito tempo para a família. Fez parte do Sindicato dos Bancários e passava bastante tempo fora de casa. O meu pai até se reformar, teve sempre pouca presença”*.

Muito mimado pela mãe, Artur revela que o seu pai era uma pessoa muito calma e pacífica, não violenta, que sempre o meteu à vontade e intervinha com ele e com o irmão

unicamente através do diálogo: *“era aquele pai que a falar nos explicava as coisas, e encaminhava-nos, a mim e ao meu irmão, era assim a sua exigência. Na altura em que os meus pais já desconfiavam do meu irmão se drogar, não havia nada de especial, o meu pai falava muito com ele, e comigo sempre houve uma educação muito saudável, não era preciso eles estarem a inculcar-me as coisas à força...”*.

Quando desafiado a encontrar adjetivos que descrevessem a sua mãe, Artur partilha que esta é *“uma pessoa que me é muito querida. Ainda por cima fui muito mimado por ela, a minha mãe era tudo. Lá está, o meu pai trabalhava muito, apesar de fazer questão de aos fins-de-semana estar connosco, mas a minha mãe era a minha mãe, era a minha protetora, a minha muleta. E neste momento continua a ser”*.

Deste modo, Artur denuncia um padrão de vinculação ansioso, realçado com o seguinte relato: *“Quando era «pequenito», mesmo, e como era muito mimado, lembro-me de uma vez em que a minha mãe foi-me deixar à minha tia, e depois fiz uma grande birra, queria ir com a minha mãe, porque estava habituado a ir com ela para o trabalho. A minha mãe, «mãe galinha», acabou por me levar. Quando era pequeno chorava muito, em situações que a minha mãe me deixava, ou ia para outro lado, fazia birras, queria ir com ela, porque fui habituado a isso, estava sempre com ela”*. Artur acrescenta ainda o seguinte: *“Quando fui para a escola primária fazia birras porque não queria ir, e custava-me, queria ficar com a minha mãe. A minha mãe nessa altura estava desempregada. Lembro-me de vir a carrinha da escola e eu não querer entrar, pronto, aquelas coisas de miúdo. Era sempre mais confortável para mim ficar em casa junto da minha mãe do que estar na escola...”*.

O primeiro contacto físico com drogas leves veio por intermédio de um amigo. A este respeito, Artur relata que *“aos 17 comecei a fumar haxixe com um vizinho meu, nem foi com o meu irmão, que já fumava...”*. No entanto, anos antes, já tinha interagido visualmente com a substância, assim como mantido contacto com consumidores, por intermédio do irmão mais

velho: *“Os meus pais trabalhavam os dois fora, em Lisboa, e eu e o meu irmão ficávamos os dois sozinhos em casa... os meus pais saíam de manhã cedo e vinham à noite, e eu e o meu irmão estudávamos juntos a 5 minutos de casa. O meu irmão fazia lá as festas dele, com os amigos, e fumava haxixe, e a mim não me fazia confusão, e eu via-os a fumar. Lembro-me de ver o meu irmão em minha casa, lá com os amigos, e ver droga, e ver uma pessoa a «chutar», que era um amigo meu, mais velho, da idade do meu irmão. Lembro-me até que esse rapaz veio ter comigo, passada uma meia hora, e veio perguntar se aquilo me tinha feito impressão, estava preocupado, e eu respondi – «não, tu é que sabes o que queres para a tua vida». Tinha uns 16 anos. Havia muitas festas na minha casa, e havia muita droga... festas que acabavam antes dos meus pais chegarem. A minha casa era tipo ponto de encontro, ali naquele prédio que era um prédio bastante grande, vinha tudo para minha casa, vizinhos de baixo, de cima, etc etc, concentravam-se ali todos em minha casa”.*

Artur assume-se ambivalente em relação ao modo de educação e intervenção do pai, na quebra de normas por parte dos filhos. Embora inicialmente se tenha demonstrado agraciado por uma educação à base de diálogo, *“sem estarem a inculcar-me as coisas à força”*, na recta final da entrevista demonstra-se bastante crítico pelo facto do pai ter sido pouco exigente e demasiado permissivo para com os comportamentos dos filhos. Neste sentido, refere: *“A minha mãe deixava as intervenções para o meu pai. O meu pai às vezes era um bocado flexível, em certas alturas talvez flexível demais, permissivo em certas situações, já quando eu e o meu irmão estávamos a usar e abusar das drogas, mas aí ele também não tinha mão em nós, mas havia um bocado de permissividade, tipo a gente pedir dinheiro e ele dava-nos, a gente inventava histórias do «arco da velha», e lá no fundo ele sabia que era para gastarmos o dinheiro mal gasto, e às vezes dava-nos o dinheiro e... lá está...”*.

Participante 20

Paulo, 30 anos, apresenta-se em entrevista aparentemente tranquilo. Cabelo curto, estatura média, começa por revelar que, em criança, era tímido com as pessoas: *“Quando fui para a escola era retraído. Nunca fui muito de falar, sei lá, se fosse coisas mais graves falava, mas outras coisas não...”*.

Paulo confessa que usufruiu, na sua infância, de muita liberdade e pouca atenção por parte dos pais. A esse respeito, refere: *“Os meus pais não eram como certo tipo que existe, que tens de ter horas para estar ali, tens de dizer para onde vais, etc, não. Eu nunca conheci isso. Sempre saí de casa, sempre fui ter com os rapazes vizinhos. Só fui para a pré-primária aos 5 anos, ficava em casa com a minha mãe e a brincar com os vizinhos. A minha mãe nunca foi assim de me repreender muito nem nada. Por exemplo, eu aos 5 anos ou aos 6, ia para a escola sozinho, levava um casaco grande, e «abafava» várias coisas dos meus colegas e levava para casa». Aquilo que me apetecia levar, levava. Com 6 anos na altura do Carnaval, havia aqueles jogos de mandar ovos uns aos outros. Andei 15 dias a roubar os ovos das capoeiras daquela terra. Quando a minha mãe soube, ralhou comigo, mas nada mais que isso”*. O entrevistado acrescenta, ainda, que os seus pais apenas se preocupavam com as suas notas escolares: *“A relação que tinha com os meus colegas, o que fazia, o que não fazia, se roubava coisas, se não roubava coisas, até ao dia de hoje nunca ninguém me fez perguntas dessas”*.

Quando é perguntado a Paulo o tipo de relação que manteve com o pai na sua infância, este partilha: *“O meu pai sempre trabalhou em Lisboa, vinha só ao fim de semana, portanto nunca me disse muita coisa. Fui criado pela minha mãe, pela minha avó...”*. As poucas recordações que possui da figura paternal estão relacionadas com actos de agressividade. A este respeito, explica: *“Aquilo houve sempre muita guerra lá em casa. O meu pai não gostava de morar naquela terra, e pertencia a uma terra nas redondezas cujas famílias estavam em*

conflito com as da terra onde estávamos a morar. Aquilo era um bocado complicado, muitas vezes dava-lhe para ralhar e às vezes para partir. Para bater, não é muito de bater, mas agora para partir... se fosse ver as portas da casa... O pouco que conheço do meu pai é isso...”.

Por outro lado, Paulo relata que sempre se questionou relativamente às razões da demasiada permissividade por parte da mãe: *“Sempre senti, em relação à minha mãe, que havia algo que impedia que ela me dissesse qualquer coisa ou que me educasse. O meu pai não tinha tempo. Foi com a minha avó que sempre tive uma relação mais profunda. O que resultou num sentimento de rejeição em relação à minha família. A minha relação com os meus pais é muito... eu tenho mais relação com a minha avó do que com as outras pessoas todas”.* Neste sentido, Paulo acrescenta ainda que *“há crianças que dão um beijo ao pai, um abraço ao pai, eu nunca dei nada disso ao meu pai, e à minha mãe também não dou nenhum abraço nem nada, dou-lhe dois beijos e pronto”.*

O início do consumo de drogas, aos 15 anos, por parte do Paulo coincidiu com o seu abandono escolar: *“Não queria mais ir para a escola. Não sei porquê. Não me apetecia, sei lá. Não queria estudar mais. Comecei a baldar-me para «aquilo», a dar muitas faltas. Foi quando comecei a ter problemas com o meu pai, que era da opinião que eu deveria estudar. Mas eu comecei a chatear-me com os estudos, as ideias já não batiam bem. Não foi desistir, não me apeteceu foi estudar mais. Deixei de ir no 11º ano”.*

Quando é perguntado a Paulo se gostaria que os seus pais tivessem sido diferentes, este confirma ser algo que tem ocupado o seu pensamento: *“Já tive essa fantasia... da minha família, sinto que sou chegado apenas à minha avó e tenho um certo carinho pelo meu irmão. De resto... são pessoas (os pais) que estão mais preocupadas com outras coisas que propriamente com a parte da vida dos sentimentos, a parte emocional”.*

Participante 21

João, 40 anos, sócio-gerente de uma empresa de construção, propôs-se a tratamento por problemas relacionados com a dependência de heroína. No entanto afirma já saber o que quer para o futuro e que bastam 20 dias em internamento para conseguir reestabilizar-se psicologicamente, por necessita de trabalhar. Apresenta-se em entrevista bastante desinibido e determinado.

João começa por referir que viveu com os seus pais e irmãos apenas até aos 9 anos de idade: *“Mantive-me com a minha família até a minha mãe falecer. Fui viver com a irmã da minha mãe, que a substituiu como se fosse minha mãe, e me tratou de igual para igual tal como tratou a própria filha, com a qual temos pouca diferença de idades. A casa da minha tia era a 30 minutos da casa do meu pai, eu ia lá almoçar e jantar cada vez que me apetecia. Eu chegava a almoçar nas duas casas e a jantar nas duas casas...”*

O entrevistado confessa que, no pouco tempo que viveu com os pais, a relação entre eles era conflituosa: *“A recordação que tenho é de muita discussão em casa. Alguma confraternização mas uma relação mais conflituosa e desestabilizadora. Acho que o meu pai bebia demasiado. A bebida estava na origem dos conflitos. Eu acho que tenho uma memória selectiva e acho que quis apagar essa parte da minha vida para mais tarde não guardar rancor do meu pai”*. João acrescenta ainda que o consumo de álcool por parte do pai, *“provavelmente aumentou com a morte da minha mãe”*.

João autocaracteriza-se, na sua infância, como *“uma criança rebelde, libertina”*. A este respeito, revela que *“passava o dia no campo, na minha infância, com liberdade total”*. Para além disso, *“era considerado uma criança difícil porque batia no bairro todo”*.

Em relação à mãe, João, das poucas memórias que desta possui, recorda sentir-se protegido uma vez que era o filho mais novo: *“Aquilo que eu sentia da minha mãe era uma*

proteção, porque era mais fácil, à minha mãe, se chatear ou chamar à atenção um dos irmãos mais velhos, pois enquanto eu tinha 3 anos, ele já tinham 10. Sentia-me protegido”. O pai, por sua vez, segundo João, “não era uma pessoa que soubesse dar afeto ou carinho. O meu pai era uma pessoa seca, que não transmitia os seus sentimentos. Tinha em dificuldade em dizer «eu gosto de ti», «eu amo-te», «meu querido filho. O meu pai era um homem muito fechado. Fechava-se nele próprio”.

No final da entrevista, quando é perguntado ao João se ele sente que ficou alguma coisa por relatar que tenha sido importante na sua vida, o entrevistado desmancha-se em lágrimas, enquanto faz uma confissão:” *Hoje vou falar disto abertamente mas demorei 16 anos a conseguir falar sobre o que vou falar neste momento. Só falei sobre isto aos 25 anos, tenho 40. Eu perco a minha mãe porque ela se suicida. E durante 16 anos era um assunto para mim que eu não falava. No entanto eu tinha uma tristeza, e foi uma terapeuta que só ao fim de dois meses de conviver comigo é que soube da perda da minha mãe, porque eu omitia. A minha mãe era a minha tia. Ou seja, eu fiz da minha tia a minha mãe, mas cá dentro, havia aquela perda. Eu vou partilhar isto consigo, a minha mãe despediu-se de mim. A minha mãe antes de cometer o ato, disse-me estas palavras tal e qual como eu lhe vou dizer: eu estava de pé em cima da cama, e ela estava a vestir o pijama, e disse-me estas palavras: «a mãe vai estar lá em cima, mas sempre a olhar para ti». No dia seguinte mandou-me para a irmã, e cometeu o ato... ainda hoje mexe comigo, como é lógico, a coragem que ela teve, ou cobardia, não consigo distinguir, já pensei muito sobre isso... eram outros tempos, se fosse hoje se calhar divorciava-se, dizia para o meu pai fazer a vida dele que ela faria a sua”.*

Participante 22

Diogo, 31 anos, licenciado em Gestão, óculos largos e olhar observante, consumidor de heroína e cocaína, dá início à entrevista revelando que nunca viveu com os progenitores: *“Sempre vivi em casa dos meus avós, também com as minhas tias. Os meus pais foram viver para uma cidade, e eu fiquei com os meus avós algum tempo, um ano e meio, depois de nascer, acabando por ir mais tarde ter com eles. Como a minha mãe não tinha tempo para cuidar de mim, voltei para a casa dos meus avós, com 3 anos. Quando fiz 5 anos os meus pais separaram-se e a minha mãe voltou, para a casa da mãe dela, onde estava eu. Aí vivemos todos em casa”*.

Após a separação dos seus pais, Diogo refere que a frequência com que estava com o pai tornou-se baixa: *“vinha-me ver de vez em quando. Uma vez por mês, ou de dois em dois meses, até talvez aos meus 9, 10 anos. A este respeito, o entrevistado acrescenta que “Havia uma coisa que acontecia por vezes, era ele dizer que ia naquele dia e depois não poder vir, pronto... lembro-me que isso acontecia”*.

Passados 5 anos de viver com a mãe em casa da avó, Diogo volta a perder a presença da mãe: *“Tinha eu 10 anos, a minha mãe foi para a Suíça. Só a voltei a ver três anos depois. Era bastante raro ela vir a Portugal. Depois de vir a primeira vez, so voltou passados 2 anos. E a primeira vez que fui à Suíça foi com 15, 16 anos. As últimas vezes que ela cá veio, foi sempre 3, 4 dias, tipo «visita de médico»*. Por estas razões, o entrevistado refere que, actualmente *“dou-me melhor com a minha mãe do que quando era mais novo. Às vezes falava com ela 4 ou 5 vezes por ano. Não havia afecto”*.

Quando desafiado a caracterizar a mãe, na sua infância, com dois adjectivos, Diogo escolhe: *“Desligada. Mas teve coragem por ter ido sozinha para a suíça. Corajosa”*. No que diz respeito ao pai, afirma que construíram uma relação incomum: *“de certa maneira dou-me bem com o meu pai mas é uma relação um bocado... o meu pai consome haxixe de vez em*

quando, também até aos 30 anos experimentos uns ácidos. Toca guitarra... tem bandas de garagem, neste momento, toca ao fim de semana com os colegas”. Ao jeito de síntese, Diogo afirma que “Na minha infância os meus pais não me fizeram sentir importante, não me fizeram sentir que tinham orgulho. Não havia um interesse grande da parte deles em mim. Gostaria que os meus pais tivessem sido diferentes. Gostaria que os meus pais me tivessem dado mais importância”.

João revela que, na sua infância, não viveu um sistema consistente de colocação de limites e normas de comportamento: *“Se a minha tia me pusesse de castigo por alguma razão, falava com a minha avó... tinha sempre um escape para poder fugir ao castigo... fui de certa maneira mimado. Havia sempre uma maneira de contornar as regras. Conseguia aquilo que queria... saltava entre a minha avó, a minha tia e a minha outra tia”.*

A entrada no mundo da droga, por parte de Diogo, deu-se aos 24 anos, quando começou a *“experimentar isto e aquilo”*. No entanto foi aos 27 anos que os seus consumos se intensificaram, quando lhe foi diagnosticado um cancro: *“A heroína começou por causa do consumo de «tramadol», quando eu estava a fazer quimioterapia. Depois de acabar o tratamento, continuei a comprar «tramadol», só que sem prescrição médica. Tinha dores à mesma. Houve uma altura em que já não conseguia comprar mais esse medicamento e, parece que as coisas acontecem de propósito, uma coisa esquisita, alguém me ofereceu heroína. Entretanto estava a estudar, e após o tratamento de quimioterapia, decidi acabar o curso, e descobri que a heroína me dava mais prazer a estudar... a heroína vinha na correlação entre o prazer e o estudo. Entretanto acabando os estudos, fiz o estágio curricular e continuei a consumir”.*

Participante 23

Ambrósio, de 33 anos, cabelo rapado, nariz desfigurado e boca maltratada recorda que, enquanto criança, articulava comportamentos desviantes com uma atitude passiva e calma:” *Sempre ouvi a minha mãe a dizer que eu era sossegadinho, brincava com qualquer coisa que me dessem... era mais reservado. Mas na escola já era terrorista.*”.

O pai de Ambrósio era visto como “violento”. A este respeito, o entrevistado justifica:” *Ele veio do ultramar, tinha pesadelos durante a noite. A minha mãe é que sofria mais, porque ele depois metia-se a beber e batia na minha mãe frequentemente. Ainda por cima ele fundou um clube de futebol lá na terra, então com os amigos levaram aquilo para a frente, ele era um dos presidentes e pronto, tinha acesso ao álcool no bar do clube... lembro-me que as brigas eram quase sempre ao fim-de-semana (coincidiam com os jogos do clube).*”. Ambrósio acrescenta ainda, timidamente: *Lembro-me de ter medo do meu pai quando ele aparecia bêbado em casa...*”.

Quando questionado de como reagia aos atos de violência do seu pai para com a sua mãe, Ambrósio relata que se refugiava no quarto:” *Fechava-me no quarto e ficava ali. Tinha uma vontade grande de sair de casa. Penso que foi por isso que procurei caminhos mais difíceis. Lembro-me de estar ansioso para que chegasse “aquela” idade de sair de casa, fazer o que os adultos fazem... Começou pelo facto do meu pai bater na minha mãe, entretanto conheci a minha ex-mulher... saí de casa aos 18 anos para ir viver com ela.*”.

O participante na investigação confessa que, pelas razões acima referidas, sempre se sentiu mais próximo da sua mãe:” *dava-me carinho, dava-me mimos, puxava-me para a beira dela. O meu pai não mostrava muito carinho... ele também é um bocado reservado, ainda hoje é...*”.

O início dos consumos, por parte de Ambrósio, deu-se aos 13 anos. Neste sentido, o entrevistado justifica: *“Comecei a consumir para me mostrar mais aos outros, como no cigarro - «sou mais homem do que tu porque estou a fumar...» - Eu é que me juntei a esse pessoal, que me meteu a fumar, nessa altura eles já fumavam e já bebiam.”* A passagem para as drogas pesadas coincidiu com a saída de casa, quando atingiu a maioridade: *“A partir dos 18 anos comecei a experimentar todas as drogas mais pesadas, depois de me ter juntado. Foi quando tive mais liberdade. Foi com um amigo... que tratava por irmão, a mãe estava separada do pai dele, ele vivia só com o pai, então começámos a experimentar as drogas todas... Eu sabia mais ou menos o que estava a fazer, porque eu vendia, via os outros a ressacar... através da noite, por vir dos copos, para me acalmar, tinha a heroína, dava um risco ou dois, e depois veio o “pico”.*

Participante 24

Nilson, de 52 anos, largos olhos azuis e cabelo branco ondulado, bem penteado, inicia a entrevista relatando: *“Os meus pais sempre disseram que eu era louco, desde que nasci”.*

Filho de pai alcoólico, lembra o ambiente familiar traumático que viveu: *“Sempre houve muitas brigas em casa, muitas confusões. O meu pai batia na minha mãe com um cinto, aos murros e coisas assim. A minha mãe sofria muito com o meu pai. Nunca deixou o meu pai porque tinha muitos filhos. Nessas alturas, chorava muito com pena da minha mãe. Não me podia meter à frente porque tinha medo do meu pai. Fiquei traumatizado...”*

Quando questionado em relação à sua personalidade na infância, confessa que sempre foi muito rebelde: *“Roubava rebuçados e tabletes de chocolate nos cafés. Sempre fui muito mal visto na aldeia, sempre fui desprezado... diziam que eu era louco, ainda hoje o dizem... pelas confusões que provoco, as coisas que fazia, tudo... na escola portava-me muito mal, destruía*

as coisas... com 10 anos assaltei a escola... roubei um aquecedor, um rádio... peguei fogo à escola. Na altura não era preso porque era miúdo”. Revela ter sido, portanto uma criança difícil, ao ponto da própria mãe ter medo do seu comportamento: “Quando a minha mãe não me dava o que eu queria, eu fazia alguma coisa de mal... a minha mãe sempre me fez as vontades para eu não fazer mal”.

Quando desafiado a comparar a relação que tinha com o pai e com a mãe, Nilson refere que nunca teve uma boa relação com o pai:” *Ele dizia que eu era uma pessoa diferente de toda a gente. Porque me metia em drogas e ninguém se metia na altura. O meu pai sempre me bateu muito, até em grande me batia. Acho que o meu pai nunca teve amor por mim. O meu pai dizia que eu era mau porque me metia em drogas... não me tratava bem a mim como tratava aos meus irmãos, não me comprava prendas como aos meus irmãos...”.* Em relação à mãe, o entrevistado revela que desta se sentia muito mais próximo:” *A minha mãe é carinhosa... até agora, sempre foi. Se eu lhe pedir qualquer coisa, dá-me logo ou envia. Ainda hoje me mima muito. A minha mãe sempre me deu amor. Sempre me comprou tudo às escondidas do meu pai. A minha mãe sempre me defendeu... mesmo quando o meu pai me batia metia-se à frente e tudo”.*

Após falecimento do pai, Nilson admite: “*Ultrapassei a morte do meu pai muito depressa. Não tive pena. Sei que ultrapassei depressa”.*

A entrada no mundo das drogas, por parte de Nilson, iniciou-se muito cedo, ao ponto de vir a ser expulso de casa:” *Aos 16 anos saí de casa porque fui apanhado com drogas pelo meu pai, que me denunciou à polícia. Tinha umas placas grandes de haxixe, do tamanho de um telemóvel. Foi o momento mais marcante da minha infância, o meu pai meter-me fora de casa. Tive de ir para casa de um amigo que vendia drogas, porque não tinha nenhuma solução. O pai dele era juiz, então nunca éramos presos. Roubávamos, assaltávamos cafés para ter dinheiro para comprar droga. Tive lá a viver 5 ou 6 anos. Tive sem contacto com os meus pais*

durante esses anos. Fiquei sozinho, tinha amigos mas não tinha família... entretanto fui alguns meses preso... quando comecei a consumir drogas pesadas”.

Participante 25

Paulo, de 32 anos, alto e pesado, de cabelo curto, relata que pouco tempo passou com os seus pais na sua infância: *“Vivi com a minha mãe até aos 7 anos de idade em Aveiro. O meu pai não esteve presente, tem agora mais de 40 anos de estrada com as mulheres, nunca trabalhou...”*. Quando pedido a Paulo para esclarecer o significado da expressão *“40 anos de estrada com as mulheres”*, este menciona: *“O meu pai ainda hoje é «Chulo», «proxeneta». O meu pai aparecia depois de um ano ou dois, «aperfilhava» a minha mãe, fazia mais um filho ou dois, depois ia-se embora... depois aparecia novamente ao fim de um ano ou dois... Só vinha a casa para ver se metia a minha mãe na estrada, mas a minha mãe nunca foi no paleio dele. Ele só queria mulheres que trabalhassem para ele e foi por isso que ele abandonou a minha mãe... tenho 32 irmãos da parte do meu pai”*.

Aos 7 anos de idade, Paulo é institucionalizado pelo facto de a mãe não ter meios económicos que possibilitassem a sua educação como a dos irmãos. A este respeito, o entrevistado relata a vivência em contexto institucional como a principal condicionante da sua vida: *“Fui criado no colégio até aos 14, onde desconfiaram que eu era esquizofrénico porque era revoltado e tinha comportamentos agressivos. Mas isso nunca foi comprovado”*. Quando questionado pelo carácter dos seus comportamentos no colégio, Paulo relata: *“Era um rapaz muito agressivo, cheguei a virar secretárias lá no colégio, virava monitores, ia para a cidade em vez de ir para a escola, fumar cigarros atrás de cigarros. Como tomava medicação, na escola não conseguia aprender nada porque a «drunfaria» não me deixava”*.

Paulo revela um momento que marcou particularmente a sua infância: *“A certa altura senti-me sozinho no colégio. Porque a minha mãe disse: - «quando tirar um filho, tiro todos». A minha mãe tirou os meus irmãos do colégio interno e eu fiquei lá. Reagi mal, senti-me só. Ainda por cima, nunca ninguém me foi visitar ao colégio nem nada. Lembro-me de chorar em criança por ter de passar o Natal no colégio, não ter prendas”*.

No entanto, com o avançar da idade, Paulo começou a ir, aos fins de semana, a casa da mãe, entretanto a viver com outro homem, com o qual diz não ter uma bora relação: *“já não vejo a minha mãe há 6 anos por causa dele. Quando vou lá a casa há sempre guerra. E depois de eu virar costas ele bate na minha mãe... e eu sou obrigado a dar-lhe a ele. A primeira vez que vi... eu tinha treze anos mas tinha um corpo que parecia um boi... puxei-lhe a faca”*.

Quando Paulo é solicitado a caracterizar a mãe na sua infância, comenta que esta sofreu muito: *“se calhar uma das mães que mais sofreu. O meu pai abandoná-la, ela ter de andar a pedir para criar os filhos todos...”*.

O início dos seus consumos pesados dá-se aos 18 anos, após saída do colégio interno: *“Estive a viver na rua durante 4 anos. Só de rua tenho 14 anos! E foi na rua que comecei a consumir drogas pesadas. A minha mãe não me podia ter lá em casa por causa do meu padrasto...”*.

É perguntado a Paulo se ele sente que os seus pais o amam. A este respeito, o entrevistado responde: *“A minha mãe sei que me ama. O meu pai, não acredito. Nunca senti que tivessem orgulho em mim. Eu acho que a minha mãe nem sequer pensa em mim. Se calhar gosto mais eu dela, do que ela de mim... Em criança sentia-me abandonado”*.

Participante 26

Jorge, 43 anos, magro e muito alto, apresenta-se em entrevista de barba em formato de pera, confessando que se há algo que jamais mudará nele é esse estilo de barba. Inicia a sessão autocaracterizando-se, na sua infância, como problemático. Justifica o seu comportamento como resultado do seu ambiente familiar: “ *o meu pai, toda a vida, a vida dele era só mulheres, «boates», «casas de alterne», isto e aquilo... por palavras portuguesas, era “chulo”, tinha mulheres a trabalhar para ele.... apesar de ter sido sempre um bom pai, o problema dele era esse. Na minha infância eu sofri um bocado com isso, por ele ser da maneira que era, não ter horários para chegar a casa, por várias vezes eu apanhei-o com outras mulheres dentro do carro... tudo isto aconteceu até aos meus 10, 11 anos. A partir daí comecei a entender as coisas de outra maneira...”* .

O ambiente familiar de Jorge era caótico e intenso de conflitos, pelo facto de a sua mãe desconfiar e não tolerar o comportamento do pai: “*Se calhar se o ambiente lá em casa fosse diferente e gerido de outra maneira, talvez eu não tivesse aderido a este mundo (das drogas) na altura. As discussões com a minha mãe era discussões violentas verbalmente. Chamavam-se «sua puta, sua vaca» à minha frente, e eu nunca gostei disso. Houve uma vez que a minha mãe virou-se para o meu pai com uma faca para o matar e eu meti-me à frente, «para matares o pai, matas-me a mim também, aí vamos os dois» ... Fechava-me no quarto, a tremer, enervado... lembro-me de ir parar ao hospital por duas ou três vezes por causa dos nervos se apoderarem de mim...”* .

Os pais de Jorge acabaram por, inclusivamente, separarem-se por consequência das situações referidas:” *A minha mãe sempre suspeitou mas nunca teve provas de nada. Foi até ao dia em que descobriu e depois se separaram. Ela seguiu a vida dela e o meu pai ficou em casa. Eu fiquei com o meu pai”* . A sua opção por viver com o pai prende-se com o facto de

nunca ter tido uma boa relação com a mãe:” *A relação com a minha mãe sempre foi péssima. Ela para mim morreu. Ela fazia o dever dela de mãe, mas sempre houve qualquer coisa que nos distanciou. Discutia com ela por coisas insignificantes*”. Jorge acaba por, posteriormente, revelar que o seu distanciamento face à mãe pode estar relacionado com o facto de se sentir menosprezado comparativamente à irmã: *”Ela sempre gostou muito mais da minha irmã do que de mim. Para ela, só existia a minha irmã, ainda hoje é. Daí comecei a ver as coisas, a inteirar-me das coisas, e comecei a ganhar um bocado de rancor, de ódio. Sentia-me um bocado à parte lá em casa”*.

Jorge confessa que houve algo na sua infância/adolescência que o revoltou particularmente: o facto de não conseguir confrontar o pai pelas relações extraconjugais que este mantinha. A este respeito, o entrevistado relata: *”O meu maior problema ali era não conseguir-me impor sobre a situação. Sempre tive muito respeito ao meu pai e não conseguia impor-me, ter uma conversa e dizer-lhe “olha, estás mal e...” e isso provocou-me uma grande revolta em mim. A todos os níveis*”. De acordo com Jorge, o início do consumo de haxixe está relacionado com a passagem por esta fase.

No que diz respeito a normas e limites de comportamento estabelecidos pelos pais, Jorge admite que nunca houve um sistema rígido em casa: *”Os meus pais não me conseguiam castigar, não tinham hipóteses para isso. Eu dava sempre a volta para me «pirar» de casa”*. Em relação ao pai, o entrevistado conta que este apenas interveio com ele uma única vez: *”A primeira vez que me deu um estalo, ficou doente uma semana, por me ter batido. Ele nunca me bateu na vida e, se calhar, foi um erro dele. Se ele me tivesse dado uns açoites valentes, se calhar hoje não estava na situação que estou”*. Jorge vai mais longe e acaba por culpabilizar os pais pela trajetória de vida que construiu, denunciando a sua educação como demasiado permissiva: *“O meu estado presente tem a ver com o facto de não existir disciplina na minha infância. Eu não dava hipótese à minha mãe, furava logo o castigo, ela escusava de me proibir*

de sair de casa, quando dava por mim já lá não estava. E depois ainda ficava eu um dia, dois sem aparecer em casa. Isto desde os 11 aos 13 anos... na minha fase mais complicada. Ela não tinha hipótese, nunca teve”.

Aos 15 anos começou a consumir haxixe com amigos e vizinhos numa viagem que fizeram a Espanha: *“Fui convidado para ir e neguei sempre até à própria da hora em que decidi ir. A partir daí comecei a fumar todos os dias”.* Pouco tempo depois deu entrada no mundo das drogas pesadas: *” Fui para uma festa de transe, também com pessoas amigas, e nessa festa foi a primeira vez que consumi «coca», em cima das «pastilhas» que já tinha consumido, «ácidos», «trips» e, a partir daí, para acalmar, comecei a consumir heroína... «à força toda». Agarrei-me de uma tal maneira...”.*

Jorge refere que consumia heroína pelo facto de gostar da alteração que vivia em termos psicológicos, sob o efeito de: *“Sempre fui uma pessoa super alterada dos nervos, e cada vez que consumia conseguia controlar o meu estado nervoso, o meu comportamento... era muito mais fácil tomar decisões sob o efeito de heroína. Era agressivo para as pessoas, tudo o pior. Desde picar para armar confusão e andar à porrada, tudo, tudo, tudo, tudo... era agressivo mesmo. Queria controlar a minha reação com as pessoas”.* O entrevistado justifica o facto de ser assim com a sua vivência familiar: *” Possivelmente está relacionado com o que assisti em miúdo no meu ambiente familiar... o meu pai a vender armas dentro da «boate» onde ele tinha mulheres a trabalhar... cheguei a ir duas vezes a Lisboa buscar mulheres ao aeroporto, e assisti a cenas de negócios um quanto ou tanto esquisitas...”.*

Participante 27

Filipe, 46 anos, tímido e pacato, de cabelo curto e baixa estatura, inicia a entrevista mencionando que, enquanto criança, não olhava a meios para conseguir estar à altura dos

outros, pelo facto de ser oriundo de uma família muito pobre, sendo que os outros meninos da sua idade acabavam por se aproveitar dessa situação: *“Em criança fazia de tudo. De inverno os meus pais não me davam dinheiro para comprar berlindes. Os meus amigos todos com berlindes, porque os pais compravam-nos. Sabe como é que eu os ganhava? O caminho da escola era terra batida, a máquina ia lá e fazia uma valeta grande, que quando chovia ficava cheia de água. Um colega dizia que me dava cinco, o outro que me dava dois, outro oito, juntavam-se ali 20 ou 30 berlindes: - «se te mandares para dentro da poça dou-te 20 berlindes» - e eu «pumba», no Inverno. Depois jogávamos ao «rapa» e eu acabava por perde-los todos e no dia seguinte tinha de ir fazer outra avaria... passei muito”*.

Filipe recorda a relação entre os seus pais como problemática desde que se lembra. A este respeito, refere: *“o meu pai era muito alcoólico, dormia com cinco litros de vinho à cabeceira. Durante a noite bebia muito. Depois ficava bêbado e tratava mal a minha mãe, agredia-a. Nessa altura não havia aquela coisa da «Violência Doméstica», as pessoas sofriam mais. Batia na minha mãe com as mãos, socos, mandava-a para o chão”*.

Pelas razões acima mencionadas, Filipe confessa sentir-se mais próximo da sua mãe, comparativamente ao seu pai: *“Derivado aos comportamentos dele do álcool... e a mãe é sempre mãe. A minha mãe era mais carinhosa. Dava-nos tudo o que tinha e não tinha, sacrificava-se para dar de comer a nós. O meu pai já não, chegava ao fim da semana, se fosse preciso vinha do trabalho nem passava por casa, ia logo para a taberna e gastava lá metade do ordenado da semana na taberna”*.

Ao longo da entrevista, Filipe vai relatando situações vivenciadas que subentendem um inconsistente ou até mesmo ausente sistema de normas e limites educativos colocados pelos pais. Entre as diversas situações destacam-se os assaltos às hortas da zona com a finalidade de colmatar a fome sentida: *“Levávamos sal, azeite e vinagre e fazíamos grandes petiscos. Às vezes as pessoas descobriam e depois iam lá para o pé da porta fazer queixas aos meus pais...”*

éramos muitos, chegávamos a fazer mapas com as ruas e com as hortas... os meus pais não podiam intervir muito porque sabiam que a maior parte das vezes nós tínhamos fome... sabia que era para matarmos a fome. Se tivéssemos muita comida em casa, talvez dessem castigos, mas éramos muitos e éramos pobres, não podiam fazer muita coisa". Filipe acrescenta ainda: "lá em casa talvez não houvesse grande disciplina... éramos muitos. Os meus pais já tinham uma certa idade".

O início dos consumos de substâncias psicoativas, por parte do Filipe, dá-se na entrada para a adolescência, e as razões estão associadas a complexos de inferioridade em relação aos outros rapazes da aldeia: *"Comecei no haxixe por me sentir inferior aos outros. As pessoas quando começam no haxixe é por se sentirem inferior aos outros".*

Participante 28

Diamantino, 48 anos de idade, estatura baixa e delgada, apresenta-se na sessão muito ansioso e nervoso. Começa por fazer autocaracterizar-se na sua infância: *"Sempre fui muito pobre, não tinha dentes, andava descalço... sempre fui muito reservado. Era calado, só se as pessoas falassem comigo é que falava, fui sempre assim".*

A certa altura, na sessão de entrevista, Diamantino confessa que a sua relação com a mãe sempre foi diferente da que manteve com o seu progenitor masculino: *"Sentia-me mais próximo da minha mãe. A minha mãe só não me dava aquilo que não podia. O meu pai já não era assim".* Na verdade, o pai não só era visto como menos sensível aos outros como também um elemento violento no ambiente familiar: *"O meu pai era alcoólico. Era violento com o álcool, tratava mal a minha mãe, dava «porrada» em nós (oito irmãos). Uma vez deu um tiro nas pernas da minha mãe... com uma espingarda. Nesse dia eu e os meus irmãos ficámos com medo e saímos de casa... Muitas vezes tínhamos de fugir de casa durante a noite para irmos*

dormir para a casa da minha irmã mais velha ou para irmos dormir para o pinhal, porque ele batia na minha mãe... Muitas vezes ainda íamos dormir a casa, mas só depois do meu pai se deitar e adormecer”.

O estilo de educação vivido por Diamantino foi influenciado pela personalidade agressora do pai, que era temido por todos em casa. O entrevistado relata alguns momentos intensos e marcantes da sua vida, relacionados com o modo com que o seu pai colocava limites e normais aos filhos, numa das poucas vezes que isso acontecia:” *Fugia da escola para ir para a praia... mais os meus amigos, e depois só aparecíamos à noite de casa. O meu pai ficava à minha espera para me dar uma sova. Batia-me com um «rabo de boi», que tinha guardado sempre em cima da porta. Era muito agressivo. Tinha medo do meu pai, tinha medo de ir para casa”.*

Na verdade, Diamantino ainda hoje sente-se revoltado e frustrado por ter traçado um caminho de vida de dependência das drogas, culpabilizando principalmente o ambiente familiar e a educação que não teve: “*Os meus pais praticamente não nos educaram, nós é que tivemos de aprender com a vida, com a idade e com o tempo. Não me deram grande educação, deu-me mais a minha irmã que os meus pais. Era muito raro ir à escola, chumbava sempre por faltas, fugia sempre ou para o mar, para tomar banho, ou para outro lado. Os meus pais eram chamados à escola pelos professores, mas eles não se importavam...”.*

Em termos individuais, Diamantino admite que foi uma criança/adolescente infeliz, pois sempre viveu complexos de inferioridade face aos outros, relacionados diretamente com o facto de ser descendente de famílias muito pobres: *Na minha infância era muito triste porque não tinha dentes e andava sempre descalço. Não tinha dentes porque tinha os dentes todos podres, só arranjei os dentes com 20 e tal anos. Era pobre, não tinha possibilidades. As raparigas não queriam nada comigo por ter assim os dentes...”:*

O início dos consumos de Diamantino deu-se muito cedo, por influência dos irmãos: “Comecei a consumir drogas aos 8 anos, com os meus irmãos. Nós dedicávamo-nos à pesca do meixão, da galeota, e eles fumavam «charros» e eu comecei a fumar com eles, para matar o frio. A minha irmã começou a vender heroína, começou a vender, começou a levar lá para casa e a partir daí... nunca mais deixei de consumir”. Quando questionado se tem alguma ideia para o facto de tanto ele como os seus irmãos terem entrado no mundo dos consumos, Diamantino esclarece: “Eu e os meus irmãos fumávamos para estar bem, para esquecer...”. Relativamente à intervenção e abordagem dos pais face a esse comportamento de consumo por parte dos filhos, Diamantino refere: “O meu pai sabia que eu e os meus irmãos fumávamos drogas. Desde muito novo, nós fumávamos à frente dele. Eu com 12, 13 anos, fumávamos tudo à frente dos meus pais. Eles não gostavam de ver, mas pronto, não se importavam”. É ainda acrescentado, pelo entrevistado, que sempre foi mimado pela minha mãe. A este respeito, conta que “quando me dizia que não, chateava-a até ela me dar. Normalmente conseguia sempre dinheiro para ir tirar a ressaca, esperava sempre que ela viesse do trabalho para lhe pedir”.

Diamantino tem, atualmente, uma posição muito crítica relativamente à sua vida: “Quando olho para trás, na minha vida, só vejo anos perdidos. Podia ter uma boa vida, na droga gastei muito dinheiro. Quando recebia o meu ordenado gastava logo tudo, e se fosse preciso, no primeiro fim-de-semana já estava a dever ao patrão. Tive alturas que, antes de começar a trabalhar, o patrão dava-me logo «5 contos» para eu ir tirar a ressaca e só depois é que ia trabalhar. Trabalhava sábados, domingos e tudo”. Se tivesse a possibilidade de alterar o passado, o entrevistado refere que “mudava muita coisa”: “mudava o tipo de educação, em que cada um fazia o que queria ou apetecia, só que derivado à maneira do meu pai de ser, alcoólico, não deu educação como deveria ter dado. Foi um pai ausente. Se eu tivesse tido uma educação diferente, talvez nunca me tivesse metido nas drogas”.

Participante 29

Jacob, 39 anos, mulato, ténis *Nike*, calças de fato treino e t-shirt larga para o corpo franzino que tem, apresenta-se na sessão descontraído e bem-disposto. Começa por autodescrever-se, na sua infância, como uma criança calma:” *A minha mãe dizia que todas as pessoas gostavam de ficar comigo, porque ela tinha de ir trabalhar e tinha de me deixar com alguém, porque eu era uma criança que metiam-me ali e eu ficava ali até me irem lá buscar, não gritava, não chorava, não dizia nada, ficava ali sossegadinha, muito bem comportadinho*”.

Quando é perguntado a Jacob se sentia mais próximo, na sua infância, de um dos pais em particular, este aponta para a figura materna e sublinha que tal mantém-se atualmente:” *Durante a minha infância só a minha mãe me fez sentir que me amava. O meu pai não é muito de mostrar nada, não consegue mostrar muita coisa. Sentia-me mais próximo da minha mãe. O meu pai, não falo muito com ele, não tenho muita confiança com o meu pai. Acho que é por sermos iguais, temos o mesmo feitio, assim calados, calmos, chocamos um bocado. Tudo o que eu peço, tudo o que tenho de fazer é com a minha mãe e não com o meu pai. Se você dissesse para eu telefonar para casa e o meu pai atendesse, eu dizia logo «pai, passa à mãe», não iria falar com ele. Eu consigo falar com ele, mas sinto-me sem jeito...*”. Jacob vai mais longe e refere que, na adolescência, sentiu-se rejeitado pelo pai. A este respeito, relata: “*Ainda hoje sinto que parece que ele não me liga nenhuma, não sei... nós não falamos sequer, sou capaz de estar 24 horas fechado em casa e digo sequer uma palavra ao meu pai nem ele a mim. Mas estamos bem, não se passa nada, nem zangados nem nada, mas somos assim. A minha mãe já é o contrário*”.

Jacob refere que viveu uma educação abusiva, uma vez que a estratégia de inculcar normas e regras de comportamentos aos dois filhos, por parte dos progenitores, era significativamente violenta: “*A minha mãe batia-me muito, de maneira abusiva, e ela sabe isso.*

Batia-me de qualquer maneira, com as mãos, com o cinto, desde pequeno até aos meus 14 anos, que foi quando me virei a ela, agarrei-a e disse-lhe «nunca mais vais-me bater», a partir daí nunca mais me tocou. Ela batia-me de uma maneira que parecia que ficava cega. Era a educação que ela pensava ser boa. A disciplina por parte dos meus pais era a partir de pancadaria. Era a minha mãe que me batia. A minha mãe não nos castigava, castigos não doem. A minha mãe era para doer”.

Pelas razões acima referidas, Jacob descreve o pai como “*distante*” e a mãe como “*bruta e carinhosa*”.

No entanto, na transição da infância para a adolescência, com o desenvolvimento do seu corpo e com a interrupção da forma física de educação por parte da mãe, Jacob refere que viveu excessiva liberdade:” *Tínhamos muita liberdade, até demais. Mas muita mesma, ainda mais na adolescência, íamos para discotecas a toda a hora, e os meus pais sabiam perfeitamente onde estávamos. A partir dos meus 15, 16 anos os meus pais nunca me questionaram as horas a que eu chegava a casa e o que eu fazia... ”.*

O início dos consumos de drogas leves, por parte de Jacob, deu-se aos 12 anos na escola. As drogas pesadas entraram na sua vida aos 18 anos, por intermédio dos vizinhos do bairro onde vivia: “ *No bairro onde vivia não havia malta pesada nem leve, eram todos iguais. Todos experimentaram drogas, não havia quase ninguém que não experimentasse, mas houve uns que disseram “não, isto não presta”, e meteram-se à parte, e houve outros que se meteram naquela vida, o meu caso”.* A este respeito, Jacob narra a sua primeira experiência: “ *Experimentei aquilo (heroína), sabia mal e tudo, apetecia-me vomitar, mas fiquei com a cabeça assim esquisita... e disse que nunca mais iria experimentar aquilo porque uma pessoa vomita e isso, mas depois experimentei outra vez naquela da curiosidade passados dois dias... ”.* O entrevistado salienta, ainda, que se entrou no mundo das drogas pesadas, foi porque deixou-se

influenciar por outros:” *Não fui eu que fui à procura, havia um rapaz que vinha e dizia «olha, experimenta lá isto» e eu fazia-o”.*

Participante 30

Belchior, de 39 anos, loiro e de olhos azuis, calças largas de cintura larga, braços tatuados e com um escorpião marcado no pescoço, apresenta-se em entrevista bastante sério e na expectativa. Relata que tem vários irmãos: *“Quatro do mesmo pai e outros quatro... de outro...”*.

O entrevistado presenciou, na sua infância, uma relação atribulada entre os pais: *“A relação entre os meus pais quando eu era criança era só barulho, só bater, o meu pai tratava a minha mãe mal... era alcoólico e batia muito à minha mãe... a minha mãe disse que ele foi para a tropa no ultramar e quando de lá voltou veio variado”*. Belchior assistiu a situações de violência doméstica extrema. A este respeito, refere, demonstrando uma certa impotência face a essas situações: *“O meu pai dava-lhe com mangueiras, partiu-lhe as maxilares duas ou três vezes, aos socos. O que é que poderíamos fazer (ele e os irmãos), se na altura eramos pequenos e levávamos também?!”*.

O alcoolismo do pai e as situações de violência doméstica levaram a que os pais de Belchior se separassem, tendo a mãe partido para a Alemanha: *“Fiquei com o meu pai e o meu irmão mais velho, a partir dos 6 anos. Os meus dois irmãos mais novos ficaram com a minha mãe. Ficou decidido em tribunal. A partir dos 6 anos passei a ver a minha mãe uma vez por ano. Depois voltou definitivamente quando eu tinha 19 anos, estava eu preso”*. A maneira de estar na vida por parte do pai levou a que Belchior tivesse que se desenvolver sem supervisão parental, na ausência de referências parentais: *“Só fiquei em casa do meu pai alguns meses. Fiquei a viver na rua... Ele tinha a casa dele mas a gente (ele e o irmão) vivia por lá nas casas*

abandonadas. As vizinhas é que davam comer à gente e isso. Porque o meu pai fazia vidas complicadas, não queria saber da gente para nada... porque era alcoólico... Vivi na rua ate aos 16 anos, quando fui para uma Prisão – Escola. Primeiro foi o meu irmão e depois eu fui logo a seguir. Roubos, tráfico... para os consumos”.

Quando questionado sobre a sua maneira de ser na infância, Belchior confessa: *“Em criança, as pessoas diziam que eu era rebelde, mafioso, que fazia trinta por uma linha... e era verdade. Fugia... estava dois ou três dias sem aparecer. O meu pai também não queria saber da gente”.* Neste sentido, Belchior admite que *“fugia da escola, não queria ir para a escola... o meu pai não queria saber se ia à escola ou não. Mas quando lhe iam fazer queixa de alguma asneira que fazia, batia-me... só se preocupava com isso e mais nada. Vinha à nossa procura com a bebedeira e era pontapés e murros, era assim”.*

Belchior desenvolveu, ao longo da sua vida, uma revolta muito grande em relação ao pai: *“O meu pai fez uma coisa à minha irmã muito mais grave do que bater... abusou sexualmente dela várias vezes... e por aí fora a gente desligou-se dele. O meu irmão quando soube partiu as pernas e os braços ao meu pai”.* Apesar do seu pai ter morrido cedo, com uma doença de fígado consequência do abuso no consumo de álcool, o entrevistado menciona: *“não tenho pena e tenho ódio dele. Antes de morrer arrependeu-se de tudo o que fez a mim e aos meus irmãos. O meu outro irmão disse-lhe “já vais tarde demais, porque arrependimento deverias ter quando eramos pequenos e não agora que estás a morrer. Somos como somos (toxicodependentes) graças também a ti e não apenas à gente”.*

A certa altura da entrevista, Belchior faz uma confissão: *Eu sou como sou, sou revoltado, sou assim e assado... mas em consumos e isso, sou um bocado agressivo derivado da infância que tive, fiquei rebelde, fiquei revoltado... sou uma pessoa que se afasta, que se isola por causa destas coisas que aconteceram, que gosta de estar sozinho. Sou um bocado instável, estou bem e de repente acontece alguma coisa que não corre bem, recorro logo ao*

que é mais fácil, à heroína. Nunca tive estima por mim, borrifei-me para tudo, já me tentei suicidar duas vezes”.

O início dos consumos de Belchior deu-se muito cedo com 8 anos: *“Morava num bairro que tinha tudo. Havia um que era mais velho que ia buscar o haxixe e assim. Experimentei, gostei, andava sempre a rir feito parvo”.* O salto para as drogas pesadas deu-se com 13 anos *“e foi logo de forma injetada. O meu irmão já se injetava e eu experimentei... deu-me uma tentação na altura para experimentar... e continuei”.* O entrevistado constata nos consumos algumas vantagens: *“Consumir ajudou-me um bocado... Ajudava-me a esquecer as coisas. A minha infância, por não ter pais com que pudesse contar, não poder contar com a minha família... Na minha infância chorava muitas vezes e ainda choro hoje, não tenho vergonha em dizer”.*

Anexo E

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.

9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Anexo F

Resultados das escalas de validade do MMPI

PARTICIPANTES	L	F	K
1	60	76	63
2	52	42	63
3	44	42	42
4	52	52	58
5	53	67	46
6	44	37	39
7	60	53	62
8	44	64	42
9	53	61	67
10	44	49	39
11	44	78	42
12	45	43	35
13	45	61	58
14	44	42	45
15	36	63	34
16	52	42	63
17	60	52	75
18	60	33	65
19	44	33	58
20	44	68	39
21	60	61	58
22	52	42	63
23	36	80	42
24	52	83	58
25	44	53	48
26	36	68	34
27	44	80	53
28	35	61	35
29	60	37	58
30	52	82	39