

ANA TERESA FALCÃO DE BRITO COSTA GOMES

VARIÁVEIS FAMILIARES E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA EM TOXICODEPENDENTES EM RECUPERAÇÃO



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-
Comportamentais

COIMBRA, 2019

Variáveis Familiares e Sintomatologia Psicopatológica em Toxicodependentes em Recuperação

Ana Teresa Falcão de Brito Costa Gomes

Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica, Área de Especialização em Terapias Cognitivo-
Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, abril de 2019

*Dedico esta Dissertação de Mestrado a todos
os utentes com patologia adita do Centro de
Respostas Integradas de Viseu.*

Obrigada do fundo do coração!

Agradecimentos

Ao longo desta caminhada foram várias as pessoas que me ajudaram e sem elas este percurso teria sido menos enriquecedor, por isso mesmo, deixo um agradecimento especial a todas elas.

À Professora Doutora Sónia Simões pela orientação, ajuda e horas disponibilizadas ao longo deste percurso.

Aos meus pais, António e Margarida, por todo o carinho e amor, pelos valores incutidos, pela dedicação e ajuda, principalmente a de ter ingressado no Ensino Superior. Por sentir que nunca desistiram de mim e me conseguiram proporcionar o sonho de realizar este curso tão bonito. Obrigada por todo este sentimento de realização e pelos fantásticos pais que são!

Ao meu irmão Tomás, à minha cunhada Filipa e à minha sobrinha Laurinha, por todos os sorrisos, toda a dedicação e amor e por terem estado presentes nos momentos mais especiais da minha vida.

À avó Maria de Lurdes, a luz que me guia todo o dia e me dá inspiração nos momentos mais frágeis.

À avó Pazinha e ao avô Tomás, pelo seu amor e carinho.

À minha amiga e companheira Adriana, por todo o apoio nos momentos mais difíceis, pelo sentimento conjunto de realização pessoal e académico e, principalmente, pela grande pessoa que é.

À minha amiga Carina pela sua simplicidade e pelo apoio dado nos momentos mais complicados.

À minha amiga Sara por todos os conselhos, pelas nossas risadas tão genuínas e pelas suas canções que me libertaram a mente nos momentos mais tensos.

À minha amiga Andreia por todos os sentimentos partilhados nesta etapa.

Aos Utentes do Centro de Respostas Integradas que aceitaram participar neste estudo e sem os quais esta dissertação não teria sido possível. A colaboração e paciência de cada um foi fulcral e os seus sorrisos nunca serão esquecidos.

À Dra. Patrícia Monteiro por me ter autorizado a desenvolver a Dissertação no Centro de Respostas Integradas de Viseu e por toda a simpatia e ajuda disponibilizada.

À Doutora Cília por todos os ensinamentos, responsabilidades, oportunidades e críticas construtivas que me ajudaram numa das primeiras e mais importantes fases da minha vida, a nível académico e pessoal.

A toda a Coordenação, equipa multidisciplinar e técnicos da Instituição Centro de Respostas Integradas de Viseu, composta por profissionais conhecedores das especificidades

da patologia aditiva, que sempre se disponibilizaram para me ajudar e enriquecer o meu crescimento pessoal e profissional.

À Dra. Madalena pela sua disponibilidade para me ajudar nesta longa caminhada.

A DEUS por me acompanhar sempre nesta caminhada.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a minha felicidade ao conseguir terminar mais uma etapa da minha vida!

Um Grande Obrigada a Todos!

Resumo

A investigação científica efetuada ao longo dos anos no âmbito da toxicodependência tem mostrado que a vinculação e as experiências vivenciadas na infância com os pais têm impacto na vida adulta, podendo conduzir ao consumo de drogas e ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. Dado a pertinência do tema, este estudo teve como principais objetivos analisar a relação entre a vinculação, o funcionamento familiar, as memórias sobre os estilos educativos parentais e a sintomatologia psicopatológica em toxicodependentes adultos em recuperação, bem como estudar as diferenças nestas variáveis em função da presença de perturbação psicopatológica, da idade de início, da frequência e das razões do consumo.

A amostra foi composta por 40 sujeitos toxicodependentes em recuperação, no Centro de Respostas Integradas de Viseu, 29 indivíduos do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25-64 anos ($M = 39,88$; $DP = 8,19$), que preencheram voluntariamente os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Escala de Vinculação do Adulto (EVA), Inventário de Memórias de Infância (EMBU), Escala do Funcionamento Familiar (SCORE-15) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Os resultados indicam que uma maior ansiedade da vinculação e uma menor comunicação na família associam-se à presença de mais sintomas psicopatológicos, e quanto menores os recursos familiares maiores os níveis de ideação paranóide e de psicoticismo. Verifica-se que os sujeitos perturbados revelam valores mais elevados de ansiedade da vinculação e de sobreproteção materna, enquanto a confiança nos outros e os recursos familiares são mais percecionados pelos sujeitos não perturbados. A ansiedade e a ansiedade fóbica são os sintomas psicopatológicos mais experienciados pelos indivíduos que não usaram droga no último mês ou há mais de um ano. Os sujeitos que assinalam a curiosidade como principal razão para o consumo da droga são os que manifestam mais sintomas psicopatológicos. Já os sujeitos que indicam os problemas pessoais, familiares, sociais e económicos apresentam mais sintomas de somatização. Por fim, não existem diferenças significativas nos sintomas psicopatológicos em função da idade de início de consumo de drogas.

Em conclusão, os principais resultados encontrados permitem verificar a presença de uma associação entre os sintomas psicopatológicos, vinculação e funcionamento familiar. Estes dados evidenciam a necessidade de se continuar a intervir nos fatores de risco individuais e familiares associados aos adultos toxicodependentes em recuperação.

Palavras-chave: vinculação, estilos educativos parentais, funcionamento familiar, sintomatologia psicopatológica, toxicodependência

Abstract

Scientific investigation carried out over the years in the field of drug addiction has shown that the attachment and experiences in childhood with parents have an impact on adult life, which can lead to drug use and the development of psychopathological symptoms. Given the pertinence of the theme, this study had as principal objectives to analyze the relationship between attachment, family functioning, memories about parental rearing styles and psychopathological symptomatology in adult drug addicts under treatment, as well as to study the differences in these variables as a function of presence of psychopathological disorder, age of onset, frequency and reasons for consumption.

The sample was composed of 40 subjects undergoing treatment at the Integrated Response Center of Viseu, 29 males and 11 females, with ages between 25-64 years ($M = 39.88$; $SD = 8.19$), who voluntarily completed the following instruments: Sociodemographic Questionnaire, Adult Attachment Scale-R (AAS-R), Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour (EMBU), Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15) and Brief Symptom Inventory (BSI).

The results indicate that increased attachment anxiety and reduced communication in the family are associated with the presence of more psychopathological symptoms, and the smaller the family resources the higher the levels of paranoid ideation and psychoticism. It has been verified that disturbed subjects show higher values of attachment anxiety and maternal overprotection, while trust in others and family resources are more perceived by undisturbed subjects. Anxiety and phobic anxiety are the most psychopathological symptoms experienced by individuals who have not used drugs in the last month or more than a year. The subjects that indicate the curiosity as principal reason for the consumption of the drug are those that manifest more psychopathological symptoms. The subjects that indicate the personal, familiar, social and economic problems present more symptoms of somatization. Finally, there are no significant differences in psychopathological symptoms due to the age of onset of drug use.

In conclusion, the principal results found allow us to verify the presence of an association between psychopathological symptoms, attachment and family functioning. These data highlight the need to continue to intervene in the individual and family risk factors associated of adult drug addicts being treated.

Keywords: attachment, parental rearing styles, family functioning, psychopathological symptomatology, drug addiction

“E uma vez que a tempestade passe, você não se vai lembrar de como você atravessou isso, como você conseguiu sobreviver. Você não vai mesmo ter a certeza se a tempestade realmente acabou. Mas uma coisa é certa. Quando você sai da tempestade, você não vai ser a mesma pessoa que entrou”.

Haruki MuraKami

Introdução

A história das drogas é longa e complexa, revelando-se “enganosa” a ideia de que o consumo de drogas é um evento recente da história do homem (Nunes & Jólluskin, 2010, p.27), visto haver consumo de drogas desde as primeiras Civilizações para estimular a imaginação, de modo a produzir ilusões para camuflar vivências que provocam sofrimento e angústia. Assim, o uso das substâncias acompanha a humanidade desde essa altura, a única alteração é o facto de ter existido uma mudança na forma como os indivíduos interagem com essas mesmas substâncias (Duarte, 2008; Pinto, 2013).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (1994), a substância psicoativa ou “droga” é uma substância natural ou sintética que altera o Sistema Nervoso Central (SNC). O uso de substâncias psicoativas constitui hoje um grave problema de saúde pública, sendo cada vez maior a tendência para encarar este obstáculo na sua globalidade e não apenas como o consumo de uma ou outra substância em particular (Borges & Filho, 2004).

As *drogas* ou substâncias psicoativas geram alterações no estado de consciência do indivíduo que a consome, pelo que o seu efeito pode variar bastante, desde uma ligeira estimulação causada por uma chávena de café a efeitos mais intensos provocados por alucinogénios, prejudicando os processos mentais, cognitivos ou afetivos (Nunes & Jólluskin, 2010). Assim, a droga é toda a substância que age sobre o utilizador, adulterando o seu modo de viver, em relação a si mesmo e aos que o rodeiam. São substâncias psicoativas o álcool, tabaco, medicamentos psicotrópicos (analgésicos, sedativos e tranquilizantes, hipnóticos e estimulantes), produtos voláteis e drogas ilícitas (cannabis, alucinogénios e cocaína) e outros estimulantes, como o ópio, morfina, heroína, entres outros. Pode ser feita uma categorização das drogas ajustada na regulação social normativa, distinguindo drogas lícitas e ilícitas, com base nas consequências relativas ao seu uso e à forma como os agentes se relacionam quanto à sua prescrição e proscricção. As drogas lícitas são consideradas inofensivas e as ilícitas são vistas como nocivas para o indivíduo e a saúde pública. Acrescente-se, porém que o risco destas substâncias depende da regularidade e da forma como são utilizadas (Dias, 2001).

Segundo o Relatório Anual realizado no ano de 2016 pelo Serviço de Intervenções nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências SICAD (2016) relativamente ao tratamento da toxicodependência, 27834 utentes estiveram em tratamento com problemas relacionados com o uso de drogas no sistema ambulatorio da rede pública. Dos 3294 que iniciaram tratamento nesse mesmo ano, 1204 eram readmissões e 2090 eram novos utentes. Relativamente a

internamentos na rede pública e privada, 665 indivíduos foram internados por problemas relacionados com o uso de drogas em Unidades de Desabilitação (590 indivíduos em redes públicas e 75 indivíduos em redes privadas) e 2064 utentes em comunidades terapêuticas. No que concerne à mortalidade, segundo o Instituto Nacional Estatístico (INE) no ano de 2015 ocorreram 54 mortes segundo os critérios do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (mais 46% do que no ano de 2014). Destas mortes, 80% foram atribuídas a intoxicação accidental ou intencional, principalmente devido a opiáceos e cocaína. No ano de 2016, dos 208 óbitos, 27 foram por overdose (44% por opiáceos, 37% por metadona e 33% por cocaína).

Um inquérito populacional realizado em Portugal no ano de 2011 acerca do uso de substâncias psicoativas revelou que 7,8% dos indivíduos entre os 15 e 64 anos de idade tinham consumido uma droga ilegal, pelo menos uma vez na vida. A droga mais utilizada por 7,7% dos inquiridos, foi a cannabis, sendo que menos de 1% dos sujeitos tinha consumido outras drogas como cocaína, heroína ou anfetaminas. Este estudo revelou também que existe um maior consumo por parte de homens, relativamente a mulheres. Também a nível mundial a cannabis é a droga mais consumida, com cerca de 182 milhões de indivíduos consumidores, seguindo-se os estupefacientes sintéticos, incluindo as anfetaminas e o ecstasy, com um total de 52,7 milhões de consumidores (SICAD, 2015). Num estudo de Macfarlane e McPherson (2001, p.74), apesar do facto “de mais de três em cada quatro jovens concordarem que as drogas fazem mal à saúde, três em cada quatro admitem que acabam por experimentar drogas”.

O consumo de drogas é visto como um processo que acarreta várias consequências que resultam na dependência da substância. Esta última é o resultado de uma interação entre o organismo e a droga ou substância tóxica em que o indivíduo sente a necessidade de consumir de forma periódica ou continuamente (Dias, 2001; Nunes & Jólluskin, 2010). Segundo a OMS (1997), a dependência traduz-se num conjunto de fatores comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que se desenvolvem após o uso continuado da substância, causando um forte desejo de consumir, com dificuldades em controlar o desejo, apesar das prejudiciais consequências. Já de acordo com o DSM-5, a dependência é um padrão mal-adaptativo do uso da substância que causa sofrimento e pode levar a diversos sintomas como, por exemplo, a necessidade de consumir em maiores quantidades para adquirir o efeito desejado. Este estado de dependência vem muitas vezes acompanhado de um outro fenómeno denominado de *tolerância*, em que o indivíduo não consegue interromper o consumo, aumentando regularmente as doses, muitas vezes acompanhado por angústias ou insónias que vão

reaparecendo com mais intensidade. A dependência pode ser psicológica ou física, visto que nem todas as drogas originam dependência física (Lallemand & Schepens, 2005).

A dependência do foro psicológico resulta de uma satisfação no indivíduo que consome a substância, originando na fase de abstinência sentimentos de mal-estar, falta de energia para a realização de atividades, crises de angústia e uma falta de liberdade que leva a que o indivíduo consuma novamente. A dependência física é mais profunda do que a anterior, resultando num leque de sintomas no momento da administração da substância, provocando um desequilíbrio metabólico ao nível neurofisiológico depois do organismo de habituar. E, quando a substância falha no organismo, ocorre a síndrome de abstinência ou de privação, acompanhada por suores, dores no corpo, vômitos, tremores, insónias, entre outros (Bagagem, 2000; Nunes & Jólluskin, 2010).

Vinculação e a Família com Toxicodependentes

Existem várias teorias em relação ao consumo de substâncias psicoativas, cuja problemática tem despertado bastante interesse, levando a várias pesquisas acerca da temática, em busca de possíveis explicações. Uma das teorias mais abordadas é a teoria baseada na família e no enfoque sistémico (Nunes & Jólluskin, 2010). Como salienta Matos (2005, p.54), “não faz sentido procurar compreender e explicar a toxicodependência fora do seu contexto familiar”.

A família é vista como um sistema composto por diversos elementos que interagem entre si, exercendo um papel crucial no desenvolvimento de qualquer indivíduo, uma vez que no seio familiar ocorrem relações que se desenvolvem com características específicas em cada ciclo de vida, que são a base para o desenvolvimento de todos os seus membros (Alarcão, 2000; Cardoso & Veríssimo, 2013). Há evidências científicas de que os pais ou figuras de referência assumem um papel fulcral no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, sendo as relações parentais as mais significativas. Assim, a qualidade da vinculação estabelecida e os estilos educativos parentais apresentam-se como sendo essenciais não só por os pais serem figuras de referência, mas também por serem referências de modelos de *coping* (Ainsworth, 1989; Nunes & Jólluskin, 2010).

A Teoria de Vinculação enfatiza a importância das relações afetivas no desenvolvimento humano, sendo que Bowlby (1969) define que a *vinculação* é um sistema primário que está presente desde o nascimento do bebé e que o leva a procurar proximidade com outros indivíduos. Trata-se de uma relação emocional, que une um indivíduo ao outro, no tempo e no espaço. Ao longo da interação estabelecida com as figuras de vinculação, cada indivíduo

elabora os seus modelos funcionais de si mesmo (do *self*), dos outros e do mundo, sendo que estes “outros” retratam os mesmos, como membros afetivos e cognitivos que podem ser alterados na forma como são vistos pela consciência. Segundo Bowlby (1969/1982) estes modelos são um resultado natural da capacidade humana para edificar representações da realidade e vão-se atualizando de acordo com as experiências relacionais, originando um conjunto de crenças referentes ao facto de ser aceite, protegido e acarinhado por outros significativos quando necessário (Bowlby, 1986; Ferreira, Maia, Pinto, Silva & Veríssimo, 2014; Salvaterra, 2007). Assim, as diferenças nos vários padrões de vinculação na infância aparentam desenvolver-se conforme as diversas experiências de interação com as figuras de vinculação (Canavarro, Dias, & Lima, 2006; Branco, Monteiro, Santos, Silva & Veríssimo, 2015).

Ainsworth e colaboradores (1969) contribuíram para a teoria da vinculação, desenvolvendo uma situação experimental designada por *Situação Estranha*, que consistia em estudar a forma como as crianças com menos de um ano de idade alteravam o seu comportamento em função da ausência da mãe/pai durante algum tempo, e lidavam com a presença de uma pessoa “estranha” para si (Montagner, 1900). Este sistema de observação proporcionou a existência de três padrões de vinculação: segura, insegura-evitante e insegura-resistente/ambivalente. A vinculação segura é quando a criança utiliza a mãe como base de segurança para descobrir o mundo. Quando há separação, o bebé revela alguma perturbação emocional, no entanto quando se encontra novamente com a mãe, volta a existir um certo equilíbrio nos seus comportamentos, ou seja, o bebé procura a mãe em momentos de stresse, para exprimir sentimentos de mal-estar e poder obter novamente proteção para mais tarde iniciar novamente o seu comportamento de exploração (Ainsworth, 1978; Simões, 2011). Relativamente à vinculação insegura-evitante, o bebé entra facilmente em nervosismo e ansiedade, quando encara situações stressantes. No entanto, este evita a figura materna, porque acha que ela não responde aos seus pedidos. E por último, na vinculação insegura-resistente/ambivalente, o bebé mantém-se perto da figura materna, revelando alguma ansiedade e explorando pouco o meio envolvente. No momento de separação, a criança fica muito perturbada e nos reencontros existem tanto momentos de contacto como de rejeição para com a mãe (Ainsworth, 1989; Canavarro, Dias, & Lima, 2006; Machado, 2009).

A literatura também sublinha o carácter transgeracional dos padrões de vinculação, que passam de geração para geração. O desenvolvimento precoce da regulação emocional é influenciado pela relação pais-filhos nos primeiros anos de vida, pelo que as crianças que têm

uma relação segura com a mãe, utilizam a mesma como fonte de conforto e proteção, para beneficiar futuramente das suas habilidades (Alink et al., 2009).

A este propósito, no que respeita à **parentalidade**, Baumrind (1966) fez diversos estudos com o objetivo de examinar as práticas parentais na vida do indivíduo, abordando os vários tipos de estilos parentais. Os pais permissivos tentam não exercer controlo sobre os filhos, acabando por não fomentar a obediência, usando a manipulação como forma de cumprir algumas regras, são pais pouco exigentes, dando muita autonomia à criança. Algumas características deste estilo é a baixa exigência, a elevada tolerância e a aceitação dos impulsos da criança. Os pais autoritários reagem de forma oposta aos pais permissivos: usam o controlo para tentar persuadir o comportamento da criança, valorizando a autoridade, a ordem, rejeitando muitas vezes a opinião dos filhos. Algumas características deste estilo são os conflitos excessivos, a falta de ajuda para com a criança e a valorização de regras e normas rígidas. Os pais autoritativos tendem a manter um estilo firme e racional, valorizando a autonomia, comunicação e obediência nos filhos, mantendo uma relação equilibrada. Este tipo de pais apoia a troca de ideias, tentando perceber o recuso de alguma obediência que não foi respeitada pelos filhos. As características mais comuns deste estilo são o incentivo para a autonomia, comunicação verbal, responsabilidade e empenho, tornando o ambiente familiar num meio mais saudável. Por fim, o autor abordou os pais negligentes que não criticam os atos errados dos filhos, no entanto também não os incentivam à sua independência. São pais ausentes, frios, indiferentes aos atos da criança e tendem a criar filhos tristes, revoltados e frustrados com a vida (Baumrind, 1966).

Considerando que é mais provável que a delinquência e o uso de substâncias ocorram na adolescência relativamente a outros períodos de desenvolvimento e que a adolescência é marcada por uma variedade de comportamentos problemáticos, incluindo o comportamento antissocial e criminal, uso de álcool e uso de drogas (Monahan et al., 2013), torna-se particularmente importante sublinhar a influência da vigilância parental. Considera-se então que, quando existe uma vigilância dos pais perante as atividades diárias dos filhos, há uma menor probabilidade destes adolescentes entrarem por mundos desviantes e se relacionarem com indivíduos que os possam levar a ter comportamentos de risco (Elam et al., 2017).

Assim, os estudos têm sublinhado que as famílias cujas práticas parentais na infância assentam na disfuncionalidade, apresentam um maior risco de contribuir para um ajustamento social deficitário do adolescente (Miranda & Veiga, 2014) e, concomitantemente, a maior probabilidade de enveredar em comportamentos de risco, entre eles o consumo de substâncias psicoativas. Como já foi referido, as funções que os pais têm nas primeiras fases de vida dos

seus filhos podem deixar marcas para o futuro, podendo assim postular-se que a família pode ser um fator de manutenção ou mesmo de exacerbação da toxicodependência (Silva, 2014; Zoio, 2014).

Refira-se que a predisposição para comportamentos de risco manifesta-se muitas vezes quando os pais estão separados ou quando os jovens se relacionam com indivíduos delinquentes, na fase da adolescência. Estes podem ser alguns dos fatores relevantes no consumo de droga (Zoio, 2014). Outros estudos revelam uma ligação entre maus tratos na infância e a dependência de cannabis em adolescentes, principalmente quando esses maus tratos ocorrem numa idade precoce (Abajobir & Kisely, 2017).

Existem diversas teorias que tentam compreender o consumo de drogas. Uma das teorias tem um enfoque sistémico, baseando-se na **família e nas relações familiares**, considerando que o problema não está somente no indivíduo (que consome substâncias psicoativas) mas em todo o sistema familiar que, através do seu estilo comunicacional, desenvolveu e/ou manteve o comportamento problemático do indivíduo. Ou seja, uma comunicação em que haja perturbações de natureza biológica, social, familiar e cultural, com existência de uma dinâmica familiar disfuncional, pode provocar patologia e disfuncionalidade (Feros, 2011; Nunes & Jóluskin, 2010).

Minuchin (1990) designa as famílias disfuncionais como emaranhadas, apresentando limites difusos, onde não existem normas hierárquicas e onde os papéis dentro da família são invertidos. São famílias que não têm capacidade para lidar com o stress e a adversidade, acabando por evitar os conflitos latentes. De tal forma que, quando a família é destruída, esta é considerada uma família disfuncional que não permite que o desenvolvimento da criança e adolescente se realize de forma saudável.

Nesta continuidade, Robert (1988), identifica diversas pareências entre as famílias de consumidores de substâncias, isto é, todas as que demonstram revelar pouca proximidade afetiva e de rejeição, pouca competência dos pais, ou mesmo incapacidade de adaptação a diversas situações. Este género de famílias exhibe na sua atividade interrelacional um défice de vinculação, que pode potenciar nas crianças reações de ansiedade.

Não obstante, refira-se que o abuso de substâncias psicoativas pode ser uma síndrome multifatorial, influenciado por um conjunto de fatores de risco, a nível biológico, psicológico e individual, que muitas vezes é influenciado por genes ou aspetos da infância, como por exemplo a perda de um parente, entre outros (Kendler, Ohlsson, Edwards, & Sundquist, 2017).

Em síntese, existem evidências que revelam que o estilo parental, assim como a qualidade da vinculação podem influenciar o comportamento dos filhos. Há muitos anos que existe uma

teoria que acredita que as experiências da infância desempenham um papel fulcral no crescimento do indivíduo predisposto a desenvolver doenças psiquiátricas. Adolf Meyer foi um dos autores que contribuiu para este pensamento, abordando o facto do paciente psiquiátrico ser um ser humano influenciado pelo ambiente em que viveu e a sua história de vida poder contribuir para a doença (Bowlby, 2005; Lévesque et al., 2014).

Toxicodependência e Psicopatologia

A relação da toxicodependência e da patologia mental ainda é uma das temáticas que está cheia de mal-entendidos e soluções falsas (Morel, Hervé, Fontaine, 1998).

Antes de abordar a psicopatologia, é importante ressaltar o facto de a droga atuar de forma severa no cérebro, alterando células específicas. Um cérebro que sofre com o efeito de drogas, é um cérebro disfuncional que pode originar sequelas para a vida toda (Dupont, 1997). Para além de alterações cerebrais, estas substâncias causam inúmeros problemas no organismo que podem desenvolver quadros psicopatológicos, afetando o bem-estar e a qualidade de vida, como por exemplo excesso de ansiedade e alterações de humor (Nunes & Jólluskin, 2010; Santos, 2011).

Os indivíduos toxicodependentes têm sido descritos como tendo uma patologia dual, ou seja, há existência de um transtorno psiquiátrico em simultâneo com um transtorno por consumo de substâncias psicoativas, remetendo-nos para um conceito mais abrangente que é o conceito de *comorbilidade*, isto é, um indivíduo pode ter mais do que uma patologia e ao mesmo tempo consumir mais do que uma substância (Santos, 2016).

Patrício (2009) reforça a mesma ideia, mostrando que indivíduos que consomem drogas podem muitas vezes trazer consigo perturbações de ansiedade, da perceção da realidade, da personalidade, entre outras. Também segundo a OMS (1994), a droga altera o SNC deprimindo-o ou estimulando-o, podendo levar o indivíduo que consome esta substância a desenvolver surtos psicóticos. De acordo com uma pesquisa feita nos Estados Unidos em 2014, milhões de americanos foram diagnosticados com perturbações psiquiátricas, sendo que 1,9 milhões sofrem de algum transtorno por uso de opioides prescritos e 586 mil indivíduos sofrem de algum transtorno por consumo de heroína (Chopra & Marasa, 2017). No entanto, outro estudo realizado num hospital a 42 indivíduos viciados em heroína, revelou que não houve relações significativas entre o consumo de heroína e efeitos psicopatológicos (Moreira et al., 1996).

Relativamente à *cannabis*, que foi a droga mais consumida pela amostra deste estudo, algumas pesquisas revelaram que pessoas que consomem esta substância apresentam um maior

risco de desenvolver episódios psicóticos breves, podendo acabar com uma perturbação psicótica, em comparação com pessoas que não a consomem (Chopra & Marasa, 2017). Lembre-se que a psicose é uma doença mental grave que pode alterar a personalidade, distorcendo a sua relação com a realidade (Muñoz et al., 2017).

A perturbação de uso de cannabis é caracterizada por um mau estar ou déficits significativos, durante um período de doze meses, como por exemplo, existir um desejo compulsivo ou esforços inadequados para diminuir ou controlar o uso desta substância, a incapacidade ou desistência de cumprir tarefas importantes na escola, trabalho, casa, entre outros (DSM-5). Quando a cannabis é consumida de forma ocasional ou em doses moderadas, leva a uma sedação e alteração dos processos mentais e, quando é consumida em doses mais elevadas, leva o indivíduo a sentir um excesso de ansiedade e pânico (Nunes & Jólluskin, 2010).

Por fim, sublinhe-se que os profissionais de saúde que trabalham em equipas de tratamento de toxicoddependência e outras patologias, vêm a aperceber-se cada vez mais da existência de problemáticas psicopatológicas relacionadas com as drogas (Santos et al., 2011).

Objetivos

O presente estudo apresenta como principal objetivo analisar a relação entre a vinculação, o funcionamento familiar, as memórias sobre os estilos educativos parentais e a sintomatologia psicopatológica em toxicodependentes adultos em recuperação.

São ainda objetivos secundários: 1) Realizar uma análise descritiva das principais variáveis em estudo (vinculação, funcionamento familiar, memórias sobre os estilos educativos parentais e sintomatologia psicopatológica) numa amostra de toxicodependentes em recuperação; 2) Estudar as associações entre as variáveis em estudo (vinculação, funcionamento familiar, memórias sobre os estilos educativos parentais e sintomatologia psicopatológica) na amostra de toxicodependentes; 3) Analisar se existem diferenças na vinculação, funcionamento familiar e memórias sobre os estilos educativos parentais em função da presença/ausência de perturbação psicopatológica; e 4) Estudar se existem diferenças na sintomatologia psicopatológica em função das variáveis idade do primeiro consumo, frequência/uso da droga e razões do consumo da droga.

Materiais e Métodos

Participantes

O tipo de amostragem usado foi não probabilístico de conveniência, uma vez que foram considerados todos os utentes com patologia adita do Centro de Respostas Integradas de Viseu que acederam em participar no estudo. Também foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Como critério de inclusão considerou-se: homens e mulheres adultos, com idade igual ou superior aos 18 anos, toxicodependentes em fase de recuperação. No entanto, alguns destes indivíduos continuam a consumir drogas, mesmo estando a fazer substituição com outros medicamentos. Por outro lado, foram excluídos da amostra indivíduos que consumiam apenas álcool.

Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de 50 participantes, no entanto foram excluídos 10 protocolos devido a estarem muito incompletos e com respostas impercetíveis. Assim, a amostra foi constituída por 40 indivíduos, 23 indivíduos em tratamento de substituição de metadona, 3 indivíduos em tratamento de substituição de naltrexona, 10 em tratamento de substituição de buprenorfina, 1 indivíduo a tomar outro tipo de medicamentos e 3 sem terapia medicamentosa.

Na Tabela 1 apresenta-se a caracterização sociodemográfica da amostra, constatando-se que os 40 participantes têm idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos ($M = 39,88$; $DP = 8,19$), sendo a maioria do sexo masculino ($n = 29$; 72,5%). É mais frequente os indivíduos residirem na zona Centro do país ($n = 77,5\%$) e os restantes na zona Norte ($n = 22,5\%$), sendo 75% oriundos do meio urbano e os restantes 25% do meio rural. Verificou-se que a maioria dos sujeitos tem somente o ensino básico ($n = 57, 5\%$) e que uma minoria tem o ensino superior ($n = 12,5\%$). Grande parte dos participantes é solteiro ($n = 55,0\%$), ressaltando que os restantes, casados e separados, apresentaram uma percentagem idêntica de 22,5%. Relativamente à situação profissional atual, maioritariamente encontram-se com um trabalho estável (35%), sendo que 22% está desocupado há mais de um ano, 12,5% encontra-se a estudar ou a frequentar uma formação profissional e os restantes 10% têm um trabalho ocasional. No que concerne à situação de coabitação é mais comum os indivíduos viverem com mais do que um familiar (37,5%), com o/a companheiro/a (22,5%) e, com uma percentagem muito próxima, surgem os que vivem sozinhos (20%). Por último, no que respeita ao tipo de alojamento, é mais frequente os indivíduos viverem num tipo de familiar clássico (vivenda ou apartamento)

(77,5%), seguido de uma percentagem mais baixa os indivíduos que vivem num tipo de familiar não clássico (barraca ou casa degradada) (10%).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica da amostra de toxicodependentes em recuperação

| Variáveis | | <i>n</i> | % | <i>Medidas descritivas</i> |
|--------------------------------|---------------------------------|----------|-------|--------------------------------------|
| Sexo | Feminino | 11 | 27,5 | |
| | Masculino | 29 | 72,5 | |
| Idade | | 39 | 39,88 | <i>M</i> = 39,88 <i>DP</i> = 8,19 |
| Zona de residência | Zona Centro | 31 | 77,5 | |
| | Zona Norte | 9 | 22,5 | |
| Localidade | Meio Urbano | 30 | 75 | |
| | Meio Rural | 10 | 25 | |
| Escolaridade | Ensino Básico | 23 | 57,5 | |
| | Ensino Secundário | 12 | 30 | |
| | Ensino Superior | 5 | 12,5 | |
| Estado Civil | Solteiro | 22 | 55 | |
| | Casado/União de Facto | 9 | 22,5 | |
| | Separado/Divorciado | 9 | 22,5 | |
| Situação Profissional Atual | Trabalho estável | 14 | 35 | |
| | Trabalho ocasional | 4 | 10 | |
| | Desocupado há menos de um ano | 2 | 5 | |
| | Desocupado há um ano ou mais | 9 | 22,5 | |
| | Doméstica | 3 | 7,5 | |
| | Estudante/Formação Profissional | 5 | 12,5 | |
| | Reformado/Pensão Social | 1 | 2,5 | |
| | Outra Situação | 2 | 5 | |
| Situação de Coabitação | Sozinho/a | 8 | 20 | |
| | Companheiro/a | 9 | 22,5 | |
| | Filho(s) | 2 | 5 | |
| | Amigos | 1 | 2,5 | |
| | Mãe | 4 | 10 | |
| | Avós | 1 | 2,5 | |
| | Mais do que um familiar | 15 | 37,5 | |
| Tipo de Alojamento | Familiar Clássico | 31 | 77,5 | |
| | Familiar Não Clássico | 4 | 10 | |
| | Estrutura de Reinserção | 2 | 5 | |
| | Rua | 1 | 2,5 | |
| | Hotéis/Pensões | 2 | 5,0 | |

Nota. *n* = número total de sujeitos da amostra; % = percentagem.

Procedimento

O presente estudo iniciou com os pedidos de autorização aos autores portugueses, para utilização dos instrumentos integrantes do protocolo de investigação a aplicar, sendo que todas as autorizações foram disponibilizadas.

Também se elaborou um consentimento informado [Apêndice 1] para que os utentes tivessem conhecimento do estudo e dos seus objetivos, referindo-se a confidencialidade e anonimato dos dados.

Os dados foram recolhidos presencialmente, sendo que o preenchimento do instrumento demorou aproximadamente 30 minutos, tendo sido preenchidos maioritariamente pelos utentes da Instituição, no entanto, alguns foram preenchidos pela investigadora a pedido do próprio indivíduo, por este sentir algumas dificuldades na leitura do questionário.

Instrumentos

O protocolo de instrumentos da presente investigação foi constituído por cinco questionários, tendo sido aplicados pela ordem na qual são descritos: Questionário Sociodemográfico [Apêndice 2]; *Adult Attachment Scale-R* (EVA; Collins & Read, 1990) [Anexo 1]; *Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour* (EMBU; Perris, Jacobsson, Lindstrom, Von Knorring, & Perris, 1990; Versão portuguesa de Canavarro, 1996) [Anexo 2]; *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE-15; Stratton, Bland, & Lask, 2010; Versão Portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2016) [Anexo 3] e *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa de Canavarro, 1999) [Anexo 4].

Questionário Sociodemográfico

O questionário Sociodemográfico (ver Apêndice B) é um instrumento, que foi construído com o objetivo não só de avaliar a prevalência e os padrões de consumo, no que refere às substâncias ilícitas (cannabis, LSD, heroína, cocaína, MDMA, inalantes, tranquilizantes e anfetaminas), como também de avaliar variáveis como a idade, escolaridade, tipo de habitação, tipo de consumos, frequência de consumos e contexto de iniciação dos mesmos. A segunda parte do questionário é referente à família do indivíduo, nomeadamente escolaridade e estado civil dos pais, e apoio da família antes e depois de saber acerca dos consumos do/a filho/a.

Escala de Vinculação do Adulto (EVA; *Adult Attachment Scale-R*, Collins & Read, 1990; tradução e adaptação portuguesa de Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

A escala *EVA* é um instrumento adaptado para a população portuguesa por Canavarro e Colaboradores (2006) da *Adult Attachment Scale* (AAS; Collins & Read, 1990), que procura esclarecer algumas questões conceituais em torno do conceito de vinculação do adulto. A avaliação sobre a vinculação do adulto tem-se centrado em três grandes dimensões temáticas: as relações com os pais durante a infância; as relações com as figuras de vinculação específicas na adolescência e idade adulta, sobretudo aos pais, aos pares e ao companheiro (Canavarro et al., 2006).

Esta escala avalia três dimensões: *Ansiedade* (itens 3, 4, 9, 10, 11, 15) que é referente ao grau de ansiedade sentido pelo indivíduo em relação a questões interpessoais como o medo do abandono ou o facto de não ser desejado; *Confiança nos outros* (itens 2, 5, 7, 16, 17 e 18) que diz respeito ao grau de confiança que o sujeito remete ao outro e, por último, *Conforto com a Proximidade* (itens 1, 6, 8, 12, 13 e 14) que está relacionado com o grau de proximidade ou intimidade com o outro. Os itens 2, 7, 8, 13, 16, 17 e 18 devem ser invertidos (Canavarro et al., 2006).

Este é um instrumento composto por 18 questões e utiliza uma escala do tipo Likert que varia entre 1 (Nada característico em mim) e 5 (Extremamente característico em mim). O resultado total referente a cada dimensão é calculado através da média dos seis itens que constituem cada uma delas (Canavarro et al., 2006).

Segundo os estudos psicométricos realizados por Canavarro e colaboradores (2006), a escala apresenta um alfa de Cronbach total de $\alpha = 0,81$ e na dimensão *Ansiedade* apresenta um alfa de Cronbach de $\alpha = 0,84$, sendo estes dois considerados bons resultados no que respeita à consistência interna; na dimensão *Conforto com a Proximidade* o alfa foi de $\alpha = 0,67$, que corresponde a uma consistência interna fraca e na dimensão *Confiança nos Outros* o alfa foi de $\alpha = 0,54$, que é considerado inadmissível, ainda que possa ser considerado aceitável, tratando-se de um estudo exploratório (Pestana & Gageiro, 2008). No presente estudo, o alfa de Cronbach para a *Ansiedade* foi $\alpha = 0,82$, ou seja, apresentou um bom resultado, o *Conforto com a Proximidade* $\alpha = 0,55$, e a *Confiança nos Outros* $\alpha = 0,33$, resultados inadmissíveis, sendo que retirámos os itens 2 e 5, subindo o último alfa para $\alpha = 0,59$. Não obstante, estes dois últimos valores de alfas das dimensões podem considerar-se aceitáveis, uma vez que se trata de um estudo exploratório (Pestana & Gageiro, 2008).

Inventário de Memórias de Infância (EMBU; *Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour*, Perris, Jacobson, Lindstrom, Van Knorring, & Perris, 1980; versão abreviada de Arrindell et al., 1994; tradução e adaptação portuguesa de Canavarro, 1996)

O EMBU - Memórias de Infância é atualmente um dos questionários mais referidos na literatura, de entre os instrumentos para avaliar as memórias que os adultos possuem dos estilos educativos ocorridos durante a sua infância e adolescência (Canavarro, 1996). Assim, o EMBU mede a frequência de alguns estilos educativos ocorridos durante a infância e adolescência do indivíduo, em relação ao pai e à mãe, individualmente.

A versão portuguesa deste instrumento (Canavarro, 1996) é composta por 23 itens em que é utilizada uma escala do tipo likert, de 4 pontos, que vai desde “Não, nunca” até “Sim, a maior parte do tempo”. Este instrumento é composto por três fatores: *Apoio emocional* (7 itens: 2, 6, 9, 12, 14, 19, 23) que envolvem as práticas educativas dos pais que dão segurança aos filhos; *Rejeição* (9 itens: 1, 4, 7, 10, 13, 15, 16, 21, 22) que avaliam os comportamentos que os pais tendem a procurar para alterar a vontade dos filhos, vistos por estes como sinónimo de pressão, para que desta forma ajam em conformidade com a vontade dos pais; e *Sobreproteção* (7 itens: 3, 5, 8, 11, 17 [invertido], 18, 20), que avalia o excesso de proteção relativamente a experiências de stresse.

Na versão de Canavarro (1996), o *EMBU* apresenta um alfa de Cronbach geral de $\alpha = 0,54$ para o pai e $\alpha = 0,67$ para a mãe. Na variável *Sobreproteção Paterna* apresenta um alfa de Cronbach de $\alpha = 0,65$, na *Rejeição Paterna* $\alpha = 0,72$ e no *Suporte Emocional Paterno* $\alpha = 0,78$. Na variável *Sobreproteção Materna* apresenta um alfa de Cronbach de $\alpha = 0,62$ na *Rejeição Materna* $\alpha = 0,83$ e no *Suporte Emocional Materno* $\alpha = 0,69$. Tirando o primeiro resultado, todos os outros são considerados aceitáveis. Neste estudo, o alfa de Cronbach para a dimensão *Sobreproteção Paterna* foi de $\alpha = 0,51$, revelando uma consistência interna inadmissível, e a *Rejeição Paterna* $\alpha = 0,68$ e o *Suporte Emocional Paterno* $\alpha = 0,67$ apresentam uma consistência interna fraca. A *Sobreproteção Materna* $\alpha = 0,37$, obteve um alfa de Cronbach inaceitável, portanto optámos por excluir os itens 3, 8 e 20, subindo o valor para $\alpha = 0,52$, o que continua a ser um resultado inadmissível, porém em estudos exploratórios os alfas superiores a $\alpha = 0,50$ são aceitáveis. A *Rejeição Materna* apresentou um alfa de $\alpha = 0,62$ um resultado fraco e o *Suporte Emocional Materno* $\alpha = 0,77$, um resultado razoável (Pestana & Gageiro, 2008).

Escala do Funcionamento Familiar (SCORE-15; Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation, Stratton, Bland, Janes & Lask, 2010; tradução e adaptação portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2014)

O Score-15 é um instrumento adaptado para a população portuguesa por Vilaça, Silva e Relvas (versão original de Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010), que analisa o funcionamento

familiar. Este instrumento aplica-se a elementos da família com mais de 12 anos, destinando-se a uma utilização corrente na prática clínica e investigação. É um questionário de autopreenchimento, constituído por 15 itens avaliado por uma escala tipo Likert variando entre 1 (muito bem) e 5 (muito mal). Estes itens abordam a vida familiar, sendo que o sujeito deve pontuar a afirmação que descreve melhor a sua família.

O instrumento avalia diversos aspetos do funcionamento familiar que são sensíveis à mudança terapêutica, incluindo itens que se distribuem por três dimensões da família: *Recursos Familiares* (RF) (itens 1, 3, 6, 10, 15) que avalia os recursos e a capacidade de adaptação da família; *Comunicação na Família* (CF) (itens 2, 4, 8, 12, 13) que avalia a comunicação no sistema familiar e as *Dificuldades Familiares* (DF) (itens 5, 7, 9, 11, 14) que avaliam o excesso de dificuldades no meio familiar. Os itens 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13 e 14 são invertidos e quanto menor for a pontuação, melhor o funcionamento familiar.

Segundo os estudos psicométricos desta escala, o SCORE-15, apresenta um alfa de Cronbach na variável *Recursos Familiares* de $\alpha = 0,85$; na variável *Comunicação na Família* de $\alpha = 0,83$ e na variável *Dificuldades Familiares* de $\alpha = 0,82$, ou seja, são resultados que traduzem a presença de uma boa consistência interna. No presente estudo, os alfas de Cronbach obtidos são indicadores de uma consistência interna que varia entre boa e razoável: *Recursos Familiares* ($\alpha = 0,86$), *Comunicação na Família* ($\alpha = 0,80$) e *Dificuldades Familiares* ($\alpha = 0,72$) (Pestana & Gageiro, 2008).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Brief Symptom Inventory, Derogatis, 1982; tradução e adaptação portuguesa de Canavarro, 1999).

O Brief Symptom Inventory (BSI) é um questionário constituído por 53 itens, cotados através de uma escala de Likert de 5 pontos, variando de “nunca” a “muitíssimas vezes”, permitindo perceber o grau com que cada problema o incomodou durante a última semana (Canavarro, 2007). Este instrumento avalia sintomas psicopatológicos em nove dimensões de sintomatologia, a *Somatização* (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37) que avalia o mal-estar do funcionamento somático; as *Obsessões-Compulsões* (itens 5, 15, 26, 27, 32, 36) que avalia os impulsos e comportamentos persistentes; a *Sensibilidade Interpessoal* (itens 20, 21, 22, 42) que avalia sentimentos de inadequação; a *Depressão* (itens 9, 16, 17, 18, 35, 50) que avalia os níveis indicadores de depressão clínica; a *Ansiedade* (itens 1, 12, 19, 38, 45, 49) que avalia os níveis de nervosismo e tensão; a *Hostilidade* (itens 6, 13, 40, 41, 46) que avalia comportamentos e pensamentos negativos; a *Ansiedade Fóbica* (itens 8, 28, 31, 43, 47) que avalia o medo persistente; a *Ideação Paranoide* (itens 4, 10, 24, 48, 51) que avalia o comportamento

paranoide e o *Psicoticismo* (itens 3, 14, 34, 44) que avalia os indicadores de isolamento e estilo de vida esquizoide. O BSI tem ainda três Índices Globais: o *Índice Geral de Sintomas* (IGS), que avalia o mal-estar experienciado; o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) que avalia a intensidade dos sintomas, através do ponto de corte $\geq 1,7$, que vai ser usado mais à frente para distinguir a população Perturbada e Não Perturbada emocionalmente e o *Total de Sintomas Positivos* (TSP) que avalia o número de queixas sintomáticas. O BSI pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral, com idade superior a 13 anos de idade (Canavarro, 2007). Para obter as pontuações das nove dimensões deve somar-se os valores obtidos nos itens pertencentes a cada dimensão. De seguida, a soma obtida deverá ser dividida pelo número de itens pertencentes à respetiva dimensão (Canavarro, 1999).

Os valores de alfa de Cronbach no artigo de validação original variam entre $\alpha = 0,71$ na dimensão do *Psicoticismo* até ao valor de $\alpha = 0,85$ para a *Depressão* (Derogatis & Spencer, 1982), revelando que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove dimensões. Na versão de Canavarro (2007), os níveis de consistência interna para as nove escalas apresentam os valores de $\alpha = 0,72$ para a *Ideação Paranoide*; $\alpha = 0,76$ para a *Hostilidade*; $\alpha = 0,77$ para a *Ansiedade*; $\alpha = 0,73$ para a *Depressão*; $\alpha = 0,76$ para a *Ansiedade Interpessoal*; $\alpha = 0,77$ para as *Obsessões-Compulsões* e $\alpha = 0,80$ para a *Somatização*. Assim, a consistência interna das dimensões do BSI apresenta valores razoáveis e os únicos valores que não se encontram no intervalo considerado aceitável são o *Psicoticismo* ($\alpha = 0,62$) e a *Ansiedade Fóbica* com ($\alpha = 0,62$), porém em estudos exploratórios os alfas superiores a 0,50 serem aceitáveis (Pestana & Gageiro, 2008). Neste estudo os valores do coeficiente alfa de Cronbach indicam a presença de uma boa consistência interna para as dimensões *Somatização* $\alpha = 0,80$, *Obsessão-Compulsão* $\alpha = 0,82$, *Depressão* $\alpha = 0,87$, *Hostilidade* $\alpha = 0,83$, *Ideação Paranoide* $\alpha = 0,80$, os valores foram razoáveis para a *Ansiedade* $\alpha = 0,75$, *Ansiedade Fóbica* $\alpha = 0,78$, *Psicoticismo* $\alpha = 0,71$. A *Sensibilidade Interpessoal* apresentou um resultado inadmissível $\alpha = 0,44$ e, por isso, optámos por retirar o item 20 desta dimensão, subindo assim o valor de alfa para $\alpha = 0,76$, sendo considerado um valor razoável (Pestana & Gageiro, 2008).

Análise Estatística

No presente estudo, para a realização da análise estatística e tratamento dos dados, recorreu-se ao programa estatístico de análise de dados *IBM Statistical Package the Social Sciences (SPSS)* versão 24.0 para Windows, em que os valores de alfa de Cronbach foram

interpretados de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2008): <0,6 consistência interna inadmissível; 0,6 a 0,7 fraca; entre 0,7 e 0,8 razoável; entre 0,8 e 0,9 boa; superior a 0,9 muito boa.

Para a caracterização da amostra recorreu-se ao cálculo de estatísticas descritivas como a análise descritiva de frequências absolutas, calculando as médias e desvios-padrão para as variáveis em estudo (sintomas psicopatológicos, vinculação, memórias de infância e relações familiares). Em relação aos testes estatísticos utilizados, recorreu-se a testes não paramétricos, uma vez que o tamanho da amostra não permite que sejam realizados testes paramétricos ($n = 40$), ou seja não apresenta uma distribuição normal, tendo sido para o efeito realizado o teste do *Kolmogorov-Smirnov*. Todas as variáveis revelaram valores de assimetria (Si) e de curtose (Ku) aceitáveis ($Sk < |3|$ e $Ku < |10|$). Na comparação de médias obtidas nos instrumentos de avaliação, para cada um dos grupos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney e ainda o teste de Kruskal Wallis. Para analisar as correlações entre as variáveis dos instrumentos adotados entre cada um dos grupos, utilizou-se o coeficiente de correlação ρ de Spearman. Para a interpretação da magnitude das associações utilizou-se a tipologia de Pestana e Gageiro (2008) para as correlações: de 0,20 a 0,39 considera-se uma correlação baixa; de 0,40 a 0,69 considera-se uma correlação moderada e entre 0,70 e 0,89 uma correlação alta.

Resultados

Em primeira instância foi realizada uma análise de frequências relativamente aos dados de consumo dos sujeitos (droga inicial, idade do primeiro consumo, idade de início de consumo regular, droga consumida atualmente [indivíduos que consomem na fase de tratamento], via de administração, frequência da droga principal e razões de consumo).

Como se pode verificar na Tabela 2, a maioria dos participantes referiu a droga *cannabis* como sendo a droga inicial (72,5%). A segunda droga mais consumida, mas com uma descida considerável, foi a heroína (20,0%) e, por último, a cocaína (7,5%). Relativamente à idade do primeiro consumo verifica-se que é mais frequente os participantes começarem a consumir antes ou aos 20 anos ($n = 32$; 80,0%), apresentando uma média de 17,33 anos ($DP = 5,99$). A maior parte dos participantes respondeu que atualmente não consumia nenhum tipo de droga (65,0%), no entanto a *cannabis* ficou em segundo lugar com 15,0% como a droga mais consumida neste momento. A via de administração mais utilizada pelos participantes foi a via fumada com 70,0%, seguindo-se em segundo lugar a via injetada com 20,0% e, em último

lugar, a via inalada e ingerida com a mesma percentagem (5,0%). A maior parte dos participantes responderam consumir substâncias uma ou mais vezes por semana ou diariamente (77,5%). Quando questionados acerca das razões que os levaram a consumir, a resposta mais frequente foi por razões de curiosidade (37,5%) e, logo a seguir, por convívios e festas (35,0%). Em terceiro lugar encontram-se os problemas pessoais, familiares, sociais e económicos (27,5%).

Tabela 2

Dados de consumo da amostra

| | | <i>n = 40</i> | <i>%</i> |
|--|--|---------------|----------|
| | Cannabis | 29 | 72,5 |
| Droga inicial | Cocaína | 3 | 7,5 |
| | Heroína | 8 | 20,0 |
| Idade do 1º consumo (<i>M = 17,33; DP = 5,99</i>) | ≤ 20 anos | 32 | 80,0 |
| | > 20 anos | 7 | 17,5 |
| | Cannabis | 6 | 15,0 |
| | Cocaína | 2 | 5,0 |
| Atualmente (droga principal) | Heroína | 4 | 10,0 |
| | LSD | 1 | 2,5 |
| | Ecstasy | 1 | 2,5 |
| | Nenhuma | 26 | 65,0 |
| | Fumada | 28 | 70,0 |
| Via de administração | Inalada | 2 | 5,0 |
| | Injetada | 8 | 20,0 |
| | Ingerida/bebida | 2 | 5,0 |
| Frequência (droga principal) | Não usou no último mês ou há mais de um ano | 9 | 22,5 |
| | Usou uma ou mais vezes por semana ou diariamente | 31 | 77,5 |
| Razões de consumo | Problemas pessoais, familiares, sociais e económicos | 11 | 27,5 |
| | Curiosidade | 15 | 37,5 |
| | Convívio/festas | 14 | 35,0 |

Nota. *n* = número total de sujeitos da amostra; % = percentagem.

Na Tabela 3 encontram-se os valores médios e desvios-padrão das escalas EVA, EMBU, SCORE-15 e BSI.

Os resultados das análises descritivas demonstraram que ao nível da vinculação os participantes apresentaram valores médios superiores na dimensão *conforto com a proximidade* ($M = 3,01$; $DP = 0,59$). Na percepção dos estilos educativos parentais, as pontuações médias mais elevadas obtidas pelos participantes encontraram-se na dimensão *suporte emocional*, tanto materno ($M = 18,18$; $DP = 5,17$) como paterno ($M = 17,58$; $DP = 5,36$). Relativamente ao funcionamento familiar, os participantes revelaram os valores médios mais elevados na dimensão *comunicação na família* ($M = 13,18$; $DP = 4,27$). No que respeita à sintomatologia psicopatológica, os participantes demonstraram as pontuações médias mais elevadas na dimensão *ideação paranóide* ($M = 1,23$; $DP = 0,82$) e, seguidamente, com valores muito próximos, na dimensão *obsessões-compulsões* ($M = 1,22$; $DP = 0,76$). Relativamente aos resultados ainda importa mencionar que, embora o ISP da amostra esteja abaixo do ponto de corte de 1,71 (valor de referência usado para identificar presença de perturbação psicopatológica), este encontra-se muito próximo deste valor ($M = 1,69$; $DP = 0,48$).

Tabela 3

Análise descritiva das dimensões dos instrumentos EVA, EMBU, SCORE-15 e BSI

| | | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Variação</i> | <i>Variação Teórica</i> |
|-------------------|------------------------------|--------------|-------------|-----------------|-------------------------|
| EVA | Ansiedade | 2,30 | 0,79 | 1 - 4,50 | 1 - 5 |
| | Conforto com a Proximidade | 3,01 | 0,59 | 2,17 - 4,67 | 1 - 5 |
| | Confiança nos Outros | 2,56 | 0,54 | 1,17 - 3,50 | 1 - 5 |
| EMBU (Mãe) | Suporte Emocional | 18,18 | 5,17 | 7 - 25 | 7 - 28 |
| | Rejeição | 12,15 | 2,96 | 8 - 21 | 7 - 28 |
| | Sobreproteção | 13,20 | 2,01 | 9 - 18 | 7 - 28 |
| EMBU (Pai) | Suporte Emocional | 17,58 | 5,36 | 7 - 25 | 7 - 28 |
| | Rejeição | 11,80 | 3,04 | 8 - 21 | 7 - 28 |
| | Sobreproteção | 13,20 | 2,11 | 9 - 18 | 7 - 28 |
| SCORE-15 | Comunicação na Família | 13,18 | 4,27 | 5 - 24 | 5 - 75 |
| | Dificuldades Familiares | 12,80 | 3,81 | 5 - 22 | 5 - 75 |
| | Recursos Familiares | 11,33 | 4,50 | 5 - 21 | 5 - 75 |
| BSI | Somatização | 0,88 | 0,68 | 0 - 2,43 | 0 - 4 |
| | Obsessões-Compulsões | 1,22 | 0,76 | 0 - 3,17 | 0 - 4 |
| | Sensibilidade Interpessoal | 1,04 | 0,87 | 0 - 4 | 0 - 4 |
| | Depressão | 1,17 | 0,83 | 0 - 3 | 0 - 4 |
| | Ansiedade | 0,90 | 0,73 | 0 - 3,67 | 0 - 4 |
| | Hostilidade | 1,01 | 0,76 | 0 - 3,20 | 0 - 4 |
| | Ideação Paranoide | 1,23 | 0,82 | 0 - 2,60 | 0 - 4 |
| | Ansiedade Fóbica | 0,46 | 0,52 | 0 - 2,40 | 0 - 4 |
| | Psicoticismo | 0,88 | 0,70 | 0 - 2,80 | 0 - 4 |
| | Índice Geral de Sintomas | 1,01 | 0,64 | 0,15 - 2,77 | 0 - 4 |
| | Total de Sintomas Positivos | 30,75 | 14,88 | 4 - 53 | 0 - 53 |
| | Índice de Sintomas Positivos | 1,69 | 0,48 | 1 - 3 | 0 - 4 |

Nota. EVA: Escala de Vinculação do Adulto; EMBU: Inventário de Memórias de Infância; SCORE-15: Escala do Funcionamento Familiar; BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

Na Tabela 4 apresenta-se a matriz de correlações de Spearman realizadas entre as dimensões dos instrumentos BSI, EVA, EMBU e SCORE-15.

A dimensão *recursos familiares* revelou associações positivas moderadas com a *ideação paranóide* ($\rho = 0,43$) e com o *psicoticismo* ($\rho = 0,43$), o que indica que quanto maior a presença destes sintomas psicopatológicos menos recursos familiares são percebidos.

A dimensão *ansiedade* apresentou correlações positivas moderadas com todos os sintomas psicopatológicos, nomeadamente *somatização* ($\rho = 0,43$), *obsessões-compulsões* ($\rho = 0,50$), *sensibilidade interpessoal* ($\rho = 0,45$), *depressão* ($\rho = 0,49$), *hostilidade* ($\rho = 0,57$), *ansiedade fóbica* ($\rho = 0,53$), *ideação paranóide* ($\rho = 0,56$) e *psicoticismo* ($\rho = 0,52$). Por outro lado, a *confiança nos outros* evidenciou correlações negativas moderadas com a *somatização* ($\rho = -0,42$), *hostilidade* ($\rho = -0,41$) e *ideação paranóide* ($\rho = -0,41$). Já com as *obsessões-compulsões* ($\rho = -0,34$) e *psicoticismo* ($\rho = -0,31$) tem correlações negativas baixas. Ainda se verificou que há uma associação negativa muito baixa entre a *sobreproteção materna* e as *obsessões-compulsões* ($\rho = -0,04$).

Tabela 4

Correlações entre as dimensões dos instrumentos BSI, SCORE-15, EVA e EMBU

| | SCORE-15 | | | EVA | | | EMBU | | | | | | |
|----------------------------|--------------|------|------|--------------|-------|---------------|-------|-------|-------|-------|---------------|-------|-----|
| | RF | CF | DF | ANS | CP | CO | SE | | REJ | | SOBREP | | |
| BSI | | | | | | | | Mãe | Pai | Mãe | Pai | Mãe | Pai |
| Somatização | 0,06 | 0,12 | 0,11 | 0,43* | -0,19 | -0,42* | 0,16 | 0,17 | 0,00 | -0,13 | 0,08 | 1,24 | |
| Obsessões-Compulsões | 0,17 | 0,01 | 0,28 | 0,50* | -0,22 | -0,34* | 0,06 | 0,00 | -0,01 | -0,17 | -0,04* | -0,03 | |
| Sensibilidade Interpessoal | 0,22 | 0,22 | 0,25 | 0,45* | -0,12 | -0,03 | -0,06 | -0,15 | 0,15 | -0,11 | -0,19 | -0,29 | |
| Depressão | 0,22 | 0,18 | 0,22 | 0,49* | -0,15 | -0,28 | 0,04 | -0,03 | 0,19 | 0,02 | -0,03 | 0,51 | |
| Ansiedade | 0,02 | 0,09 | 0,11 | 0,43* | -0,07 | -0,15 | 0,14 | 0,07 | 0,00 | -0,11 | -0,09 | -0,09 | |
| Hostilidade | 0,25 | 0,07 | 0,06 | 0,57* | -0,06 | -0,41* | 0,08 | 0,04 | 0,09 | -0,03 | -0,07 | -0,04 | |
| Ansiedade Fóbica | 0,05 | 0,01 | 0,01 | 0,53* | -0,17 | -0,37* | 0,22 | 0,18 | -0,05 | -0,19 | 0,10 | 0,13 | |
| Ideação Paranóide | 0,41* | 0,24 | 0,15 | 0,56* | -0,08 | -0,41* | 0,03 | -0,04 | 0,23 | 0,18 | -0,03 | -0,07 | |
| Psicoticismo | 0,45* | 0,24 | 0,29 | 0,52* | -0,23 | -0,31* | -0,02 | -0,12 | 0,04 | 0,04 | -0,07 | -0,11 | |

Nota. EVA: Escala de Vinculação do Adulto; EMBU: Inventário de Memórias de Infância; SCORE-15: Escala do Funcionamento Familiar; BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos; RF: recursos familiares; CF: comunicação na família; DF: dificuldades familiares; ANS: ansiedade; CP: conforto com a proximidade; CO: confiança nos outros; SE: suporte emocional; REJ: rejeição; SOBREP: sobreproteção; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

De seguida, através da Tabela 5 pode observar-se a análise de diferenças nas dimensões dos instrumentos EVA, EMBU e SCORE-15 em função da população perturbada e não perturbada. Para identificar a população perturbada e a população não perturbada, utilizámos o

ponto de corte (1,7) do valor do Índice de Sintomas Positivos de Canavarro (2007). Esta análise foi calculada com recurso ao teste *U* de Mann-Whitney.

No que respeita à vinculação, verificou-se que a dimensão *confiança nos outros* apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,03$), na qual os sujeitos não perturbados manifestam as pontuações médias mais elevadas ($M = 24,14$), em comparação com os sujeitos perturbados ($M = 16,67$). Também importa mencionar que existe uma diferença tendencialmente significativa na dimensão *ansiedade* ($p = 0,05$), constando-se que as pontuações médias mais altas se encontram na população perturbada ($M = 24,18$), comparativamente com a população não perturbada ($M = 17,17$). Relativamente às memórias sobre os estilos educativos parentais observou-se que há uma diferença tendencialmente significativa na dimensão *sobreproteção materna* ($p = 0,05$), na qual os sujeitos perturbados revelam outra vez os valores médios mais elevados ($M = 24,58$), comparando com os sujeitos não perturbados ($M = 17,12$). Ainda se verifica que, no funcionamento familiar, a dimensão *recursos familiares* apresentou diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,03$), encontrando-se as pontuações médias mais elevadas nos sujeitos perturbados ($M = 24,50$), comparando com os sujeitos não perturbados ($M = 16,88$). Também importa referir que, quanto mais se pontua na dimensão recursos familiares, menos recursos existem nestas famílias, mostrando de alguma forma disfuncionalidade familiar.

Tabela 5

Análise de diferenças nas dimensões dos instrumentos EVA, EMBU e SCORE-15 em função da população perturbada e não perturbada

| | | Não Perturbados ($n = 21$) | Perturbados ($n = 19$) | | |
|-------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------------|----------|--------------|
| | | <i>M</i> | <i>M</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
| EVA | Ansiedade | 17,17 | 24,18 | 129,50 | 0,05 |
| | Conforto com a Proximidade | 20,64 | 20,34 | 196,50 | 0,93 |
| | Confiança nos Outros | 24,14 | 16,67 | 123,00 | 0,03* |
| EMBU (Mãe) | Suporte Emocional | 20,95 | 20,00 | 190,00 | 0,79 |
| | Rejeição | 19,90 | 21,16 | 187,00 | 0,73 |
| | Sobreproteção | 17,12 | 24,58 | 128,50 | 0,05 |
| EMBU (Pai) | Suporte Emocional | 21,62 | 19,26 | 176,00 | 0,52 |
| | Rejeição | 20,86 | 20,11 | 192,00 | 0,83 |
| | Sobreproteção | 18,19 | 23,05 | 151,00 | 0,18 |
| SCORE-15 | Comunicação na Família | 18,98 | 22,18 | 167,50 | 0,38 |
| | Dificuldades Familiares | 17,62 | 23,68 | 139,00 | 0,10 |
| | Recursos Familiares | 16,88 | 24,50 | 123,50 | 0,03* |

Nota: EVA: Escala de Vinculação do Adulto; EMBU: Inventário de Memórias de Infância; SCORE-15: Escala do Funcionamento Familiar; *M* = média; *U* = teste *U* de Mann-Whitney; *p* = valor de significância estatística * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Seguidamente avançou-se com uma análise de diferenças nos sintomas psicopatológicos em função da idade do primeiro consumo (antes ou aos 20 anos e depois dos 20 anos), através do cálculo do teste *U* de Mann-Whitney. Ao analisar-se os dados concluiu-se que não existem diferenças significativas nas dimensões consideradas entre os dois grupos de idade (Tabela 6).

Tabela 6

Análise de diferenças nos sintomas psicopatológicos em função da idade do primeiro consumo

| | Idade do primeiro consumo | | <i>U</i> | <i>p</i> |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------|----------|----------|
| | ≤ 20 anos (<i>n</i> = 32) | > 20 anos (<i>n</i> = 7) | | |
| | <i>M</i> | <i>M</i> | | |
| BSI | | | | |
| Somatização | 19,30 | 23,21 | 89,50 | 0,40 |
| Obsessões-Compulsões | 20,70 | 16,79 | 89,50 | 0,40 |
| Sensibilidade Interpessoal | 20,83 | 16,21 | 85,50 | 0,32 |
| Depressão | 21,02 | 15,36 | 79,50 | 0,23 |
| Ansiedade | 20,83 | 16,21 | 85,50 | 0,33 |
| Hostilidade | 20,02 | 19,93 | 111,50 | 0,98 |
| Ansiedade Fóbica | 20,30 | 18,64 | 102,50 | 0,72 |
| Ideação Paranóide | 19,66 | 21,57 | 101,00 | 0,68 |
| Psicoticismo | 19,95 | 20,21 | 110,50 | 0,95 |

Nota: BSI: Inventário de Sintomas Psicopatológicos; *M* = média; *U* = teste *U* Mann-Whitney; *p* = valor de significância estatística **p* < 0,05; ***p* < 0,01.

A Tabela 7 apresenta a análise das diferenças nos sintomas psicopatológicos em função da frequência/uso da droga, tendo-se recorrido ao cálculo do teste *U* de Mann-Whitney. Para realizar este cálculo recodificou-se previamente a variável original em dois grupos (Não usou no último mês ou há mais de um ano / Usou uma ou mais vezes por semana ou diariamente).

Relativamente aos resultados, verificou-se que há diferenças estatisticamente nas dimensões *ansiedade* (*p* = 0,00; *M* = 29,72) e *ansiedade fóbica* (*p* = 0,03; *M* = 27,78). Em ambos os sintomas, o grupo de sujeitos que não usou droga no último mês ou há mais de um ano mostrou as pontuações médias mais elevadas, comparativamente com o grupo de sujeitos que usou droga uma ou mais vezes por semana ou diariamente. Nas restantes dimensões do BSI verifica-se esta mesma tendência, ainda que com ausência de significância estatística, de os sujeitos que não usaram drogas (no último mês ou há mais de um ano) pontuarem mais elevado do que os sujeitos que usam drogas uma ou mais vezes por semana ou diariamente.

Tabela 7

Análise de diferenças nos sintomas psicopatológicos em função da frequência/uso da droga

| | Frequência/uso da droga | | U | p |
|----------------------------|---|---|--------|---------------|
| | Não usou no último mês ou há mais de um ano (n = 9) | Usou uma ou mais vezes por semana ou diariamente (n = 31) | | |
| | M | M | | |
| BSI | | | | |
| Somatização | 25,89 | 18,94 | 91,00 | 0,11 |
| Obsessões-Compulsões | 24,94 | 19,21 | 99,50 | 0,19 |
| Sensibilidade Interpessoal | 24,78 | 19,26 | 101,00 | 0,20 |
| Depressão | 24,94 | 19,21 | 99,50 | 0,19 |
| Ansiedade | 29,72 | 17,82 | 56,50 | 0,00** |
| Hostilidade | 24,94 | 19,21 | 99,50 | 0,19 |
| Ansiedade Fóbica | 27,78 | 18,39 | 74,00 | 0,03* |
| Ideação Paranóide | 23,50 | 19,63 | 112,50 | 0,38 |
| Psicoticismo | 23,67 | 19,58 | 111,00 | 0,35 |

Nota: M = média; U = teste U de Mann-Whitney; p = valor de significância estatística *p < 0,05; **p < 0,01.

Na Tabela 8 observa-se a análise de diferenças nos sintomas psicopatológicos em função das razões do consumo da droga, tendo-se recorrido ao teste H de *Kruskal-Wallis*. Para realizar este cálculo recodificou-se previamente a variável original em três grupos (Problemas pessoais, familiares, sociais e económicos / Curiosidade / Convívios e festas).

A maioria da sintomatologia psicopatológica revelou diferenças estatisticamente significativas, em concreto a *somatização* ($p = 0,02$), onde os participantes que indicaram os problemas pessoais, familiares, sociais e económicos como a razão para o consumo da droga pontuaram mais elevado ($M = 18,23$), comparando com os restantes grupos (curiosidade / convívios e festas). Já a *sensibilidade interpessoal* ($p = 0,00$; $M = 27,57$), a *hostilidade* ($p = 0,00$; $M = 28,03$), a *ansiedade fóbica* ($p = 0,02$; $M = 26,57$), a *ideação paranóide* ($p = 0,00$; $M = 28,53$) e o *psicoticismo* ($p = 0,01$; $M = 27,37$) também apresentaram diferenças estatisticamente significativas, mas nestes sintomas o grupo de participantes que assinalou a curiosidade como a razão para o consumo da droga foram os que revelaram as pontuações médias mais elevadas, comparativamente com os outros grupos (problemas pessoais, familiares, sociais e económico / convívios e festas).

Tabela 8

Análise de diferenças nos sintomas psicopatológicos em função das razões do consumo da droga

| | Razões do consumo da droga | | | H | p |
|----------------------------|--|-------------------------|--------------------------------|-------|---------------|
| | Problemas pessoais, familiares, sociais e económicos (n = 11) | Curiosidade (n = 15) | Convívios e festas (n = 14) | | |
| | M | M | M | | |
| BSI | | | | | |
| Somatização | 18,23 | 16,93 | 15,39 | 7,68 | 0,02* |
| Obsessões-Compulsões | 17,91 | 26,20 | 16,43 | 5,84 | 0,05 |
| Sensibilidade Interpessoal | 19,41 | 27,57 | 13,79 | 10,41 | 0,00** |
| Depressão | 19,18 | 26,57 | 15,04 | 7,30 | 0,02* |
| Ansiedade | 18,14 | 25,90 | 16,57 | 5,29 | 0,07 |
| Hostilidade | 19,36 | 28,03 | 13,32 | 11,80 | 0,00** |
| Ansiedade Fóbica | 18,59 | 26,57 | 15,50 | 7,17 | 0,02* |
| Ideação Paranóide | 16,09 | 28,53 | 15,36 | 11,44 | 0,00** |
| Psicoticismo | 16,00 | 27,37 | 16,68 | 8,39 | 0,01** |

Nota: M = média; H = teste H de Kruskal-Wallis; p = valor de significância estatística *p < 0,05; **p < 0,01.

Discussão e Conclusão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar a relação entre a vinculação, o funcionamento familiar, as memórias sobre os estilos educativos parentais e a sintomatologia psicopatológica em toxicodependentes adultos em recuperação.

Os principais resultados deste estudo indicam que, relativamente aos dados de consumo dos utentes, uma grande percentagem referiu que a droga inicial de consumo foi a *cannabis* (72,5%). Neste sentido, os nossos dados assemelham-se à literatura sobre a temática em estudo. Por exemplo, Fernandes e Colaboradores (2010) relatam que a *cannabis* é a droga ilícita mais consumida em todo o mundo, onde mais de 3,8% da população mundial usa este tipo de substância. Em 2011 foi realizado em Portugal um inquérito sobre o uso de substâncias psicoativas, que revelou que 7,8% dos indivíduos entre os 15 e 64 anos de idade tinham consumido uma droga ilegal e que a mais utilizada por 7,7% foi a *cannabis*. Esta droga pode ser consumida de diversas formas, no entanto, a via fumada foi a mais predominante neste estudo (SICAD, 2015).

No que concerne ao motivo a que levou os participantes deste estudo a experimentarem drogas, estes revelaram ter sido por curiosidade (37,5%), pelo facto de quererem experimentar e saber quais os efeitos deste tipo de substâncias. Estes dados corroboram a literatura, uma vez que são diversos os motivos que levam as pessoas a consumir substâncias psicoativas, seja por

curiosidade, seja para fugir de algum problema ou mesmo para conseguir pertencer a algum grupo (Veríssimo, 2014). De acordo com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (2006), as drogas pertencem aos fatores de lazer e diversão e são consumidas majoritariamente por adeptos da música eletrônica e das chamadas “raves”. Assim, a música eletrônica difundiu-se por toda a Europa nos finais da década de 80, desenvolvendo em simultâneo as festas noturnas com as drogas sintéticas.

Também se observa na nossa amostra de indivíduos toxicodependentes em recuperação, a presença de sintomas psicopatológicos, principalmente a *ideação paranóide* e as *obsessões-compulsões*. Estes resultados vão ao encontro a diversos estudos que apontam que estas duas dimensões apresentam índices de sintomatologia psicopatológica mais elevados relativamente à morbidade psicopatológica em toxicodependentes (e.g., Santos, 2013). Numa linha de pensamento muito idêntica, alguns investigadores têm sublinhado que, para além de alterações cerebrais, o consumo de substâncias causa diversos problemas no organismo que podem despoletar quadros psicopatológicos, como por exemplo excesso de ansiedade e alterações de humor, afetando o bem-estar e a qualidade de vida (Nunes & Jólluskin, 2010; Santos, 2011). Moore e colaboradores (2007) também salientam que há uma relação significativa entre o uso de cannabis e os sintomas psicóticos. Além de que, o consumo de cannabis pode aumentar o risco dos jovens desenvolverem uma doença psicótica ao longo da vida. Os números são alarmantes, segundo a literatura epidemiológica, dado que 50% a 80% dos toxicodependentes desenvolvem ao longo da vida uma psicopatologia do eixo I do DSM-IV (Armstrong & Costello, 2002).

No que respeita às correlações entre as várias dimensões dos instrumentos, constata-se que quanto mais elevada é a *ideação paranoide* e o *psicoticismo*, menores são os *recursos familiares*. Este estudo vai ao encontro da bibliografia pesquisada, uma vez que é mais comum as famílias de toxicodependentes demonstrarem pouca proximidade afetiva e mais rejeição, seja pela pouca competência dos pais ou mesmo pela incapacidade de adaptação a diversas situações. Por isso, também se torna bastante complexo para os pais lidarem com os sintomas dos filhos, porque o consumo de drogas leva frequentemente ao desenvolvimento de perturbações de ansiedade, de perturbações da personalidade e de alterações da perceção da realidade, entre outras (Patrício, 2009).

Os resultados correlacionais também indicam que quanto mais elevados são os sintomas psicopatológicos, maior é a *ansiedade* (EVA) e menor é a *comunicação* (EVA). Ainda se verifica que quanto mais elevado é o sintoma *obsessões-compulsões*, menor é a *sobreproteção materna*. Estes dados corroboram a pesquisa de Fleming (2001), que revela que as famílias dos

dependentes de álcool e outras drogas criam um vazio e um isolamento emocional, não havendo um suporte afetivo entre os elementos da família. O outro não é respeitado, pois a família toma decisões por ele, criando-se assim um modelo familiar em que a mentira e a manipulação são a forma de comunicação. Entende-se, então, que as práticas disciplinares inconsistentes e/ou coercivas, as dificuldades em estabelecer limites no comportamento dos filhos e os conflitos familiares sem resolução são aspetos que, em conjunto, funcionam como fatores de risco para o uso e consumo de drogas (Schenker & Minayo, 2003).

Quando divididos os sujeitos da amostra em dois grupos, com e sem perturbação psicopatológica, também se destacam diferenças significativas na *ansiedade* (EVA) e na *sobreproteção materna*, que são mais sentidas e percebidas pelos sujeitos perturbados. Já a *confiança nos outros* e os *recursos familiares* são mais percebidos pelos sujeitos não perturbados. De alguma forma, os nossos resultados assemelham-se às ideias de Fleming (2001) mencionadas anteriormente, que mostram que as famílias dos dependentes de drogas, ou seja, de indivíduos perturbados criam um vazio e um isolamento emocional, não havendo um suporte afetivo entre os seus membros. Verifica-se ainda que, frequentemente, as famílias assumem uma postura preconceituosa, negam a existência do problema e optam por mentir ou manter em segredo, encobrindo o comportamento do dependente (Hallal & Halpen, 2002). Por sua vez, a confiança nos outros e a existência de recursos familiares foram capacidades encontradas nos sujeitos não perturbados. Uma hipótese explicativa para este resultado pode estar relacionada com o papel da família, que por um lado possibilita a construção de vínculos entre os seus membros, mas por outro lado mostra um défice na capacidade de adaptação familiar.

Os resultados também mostram a inexistência de diferenças significativas nos sintomas psicopatológicos em função da idade do primeiro consumo. Apesar de estatisticamente não ser um dado relevante, importa abordá-lo porque a maioria da sintomatologia psicopatológica foi sentida por sujeitos com menos de 20 anos. Este resultado assemelha-se às prevalências descritas no DSM-5 para a perturbação do uso de *cannabis*, que ocorre em cerca de 3,4% dos sujeitos entre os 12 e os 17 anos, sendo mais baixa (1,5%) entre os adultos com 18 anos ou mais anos (APA, 2014).

Também explicam que são os sujeitos que não usaram droga no último mês ou há mais de um ano que apresentam mais *ansiedade* e *ansiedade fóbica*. Uma hipótese que poderá explicar estes dados está associada ao facto dos participantes terem reduzido o consumo de substâncias psicoativas, no decorrer do tratamento de substituição que estão a realizar. No entanto, mesmo estando a fazer substituição com outras substâncias, pode continuar a gerar alguns sintomas

associados à síndrome de abstinência, nomeadamente sentimentos de mal-estar e níveis elevados de ansiedade. Neste mesmo sentido, o DSM 5 (APA, 2014) documenta que a abstinência de *cannabis*, a droga mais consumida pelos participantes, pode envolver sinais e sintomas, tais como a irritabilidade, nervosismo ou ansiedade, dificuldades no sono, diminuição do apetite ou perda de peso, inquietação e humor deprimido.

Ainda se observa que os sujeitos que assinalam a curiosidade como principal razão para o consumo da droga são os que manifestam mais sintomas psicopatológicos, nomeadamente *sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo*. Já os sujeitos que indicam os problemas pessoais, familiares, sociais e económicos como razão para o seu consumo apresentam mais sintomas de *somatização*. Neste âmbito, a literatura revela que existem diversos motivos que levam as pessoas a consumir substâncias psicoativas. Quando o motivo é por curiosidade, por norma, é para fugir de algum problema (Veríssimo, 2014) e/ou para preencher o vazio socioafetivo (Toscano, 2001). Na nossa opinião, esta é uma forma de compensação emocional que pode gerar o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica grave, principalmente se for um comportamento de risco cíclico. Importa ainda referir que, os sujeitos que assinalaram problemas pessoais, familiares, sociais e económicos apenas revelaram sintomas de *somatização* e, tendo em conta a literatura apresentada e a importância das relações sociofamiliares em sujeitos adictos, leva-nos a colocar a hipótese da presença de desejabilidade social, uma vez que é possível que os sujeitos que ainda consomem podem ter a necessidade ou interesse em mostrar que estão bem, ou seja, sem sintomatologia psicopatológica.

A parte final deste trabalho refere-se à reflexão sobre as implicações desta investigação para a literatura e para a prática clínica. Estes factos conduzem a implicações para a prática clínica, mostrando que é fundamental continuar a existir um tratamento que envolva uma abordagem multidisciplinar, com a utilização de diferentes recursos terapêuticos, tais como programas específicos de tratamento, redução de riscos e minimização de danos, programas de reabilitação/ reinserção, tendo igualmente atenção às necessidades e capacidades do utente e da família e o seu prognóstico (SICAD, 2013). Por exemplo, é muito importante a intervenção através de programas de prevenção da toxicodependência, como “*O Eu e os Outros*”, que é um programa de prevenção sobre os problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas, abordando as substâncias de uma forma integrada com outros temas relacionados com o quotidiano dos jovens adolescentes (IDT, 2006).

Importa igualmente salientar que, além do tratamento farmacológico, têm-se usado terapias comportamentais para tratar as farmacodependências. As terapias de motivação e

cognitivas foram criadas para agir nos mesmos processos de motivação no cérebro que são afetados pelas substâncias psicoativas, enquanto as terapias cognitivo-comportamentais e a prevenção de recaídas ajudam as pessoas a desenvolver novas associações de estímulo-resposta que não envolvem o desejo intenso e o consumo de substâncias (OMS, 2004).

Compreendemos, desta forma, que a intervenção psicológica é imprescindível no tratamento de indivíduos toxicodependentes. De acordo com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2006), este tipo de intervenção pressupõe o estabelecimento de uma aliança terapêutica, que deve envolver uma relação empática e colaborativa, permitindo assim criar um clima terapêutico que permite ao indivíduo sentir-se seguro e confiante. Ao reduzir as suas defesas, progressivamente, começa a expressar-se de uma forma mais livre e, assim, vai aumentando a sua consciência sobre atitudes e sentimentos (Bordin, 1979). A abordagem deve ser centrada na pessoa, ajudando-a a ter uma compreensão mais clara de si e das suas habilidades, potenciando também o seu sentido de responsabilidade.

Assim, considera-se que esta investigação vem contribuir para o enriquecimento científico e expansão de estudos sobre a vinculação, o funcionamento familiar, as memórias sobre os estilos educativos parentais e a sintomatologia psicopatológica em toxicodependentes adultos em tratamento, através da articulação de diferentes variáveis.

No que respeita à generalização dos resultados a outros contextos ou populações, importa referir que este é um estudo transversal, por isso não se podem realizar conclusões definitivas, o que limita o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis. Além de que, o facto de a amostra não ter uma dimensão significativa, não permite a generalização de resultados na população portuguesa de adultos toxicodependentes em recuperação.

Relativamente às limitações e sugestões para novas investigações, embora este estudo contribua para a expansão dos trabalhos sobre a temática, também tem as suas limitações. Alguns questionários foram preenchidos individualmente por cada utente, sem a ajuda da investigadora, considerando-se que algumas pessoas poderão não ter tirado dúvidas por vergonha ou mesmo para conseguirem responder o mais rápido possível. No entanto, o facto de a investigadora ter ajudado alguns utentes no preenchimento dos questionários também pode de alguma forma ter gerado constrangimentos, contribuindo para que não tenham respondido de forma totalmente sincera (desejabilidade social).

As limitações identificadas neste trabalho de investigação também possibilitam a que certas medidas possam ser melhoradas em futuros estudos. Assim, consideramos que estes resultados fornecem linhas orientadoras relevantes para outros trabalhos. A título de sugestão, considera-se importante incluir em futuras pesquisas amostras representativas, ou seja, mais

heterogéneas e com dimensões superiores. Neste âmbito, também seria ambicioso realizar um estudo nacional, que inclua todas as regiões de Portugal Continental e Ilhas. Por fim, também pode ser pertinente explorar o papel específico de outras variáveis (e.g., suporte social).

Os principais resultados encontrados neste trabalho de investigação permitem verificar a presença de uma associação entre sintomas psicopatológicos, funcionamento familiar e vinculação. Estes dados evidenciam a necessidade de se continuar a explorar aprofundadamente esta temática, sobretudo estudando e intervindo nos fatores de risco individuais e familiares associados aos adultos toxicodependentes em tratamento.

Referências bibliográficas

- Abajobir, A., Najman, J., Williams, G., Strathearn, L., & Kisely, A. (2017). Substantiated childhood maltreatment and young adulthood cannabis use disorders: A pre-birth cohort study. *Psychiatry Res*, 256, 21-31. doi: 10.1016/j.psychres.2017.06.017
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alink, L., Cicchetti, D., Kim, J., & Rogosh, F. (2009). Mediating and Moderating Processes in the Relation between Maltreatment and Psychopathology: Mother-Child Relationship Quality and Emotional Regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology* 37(6), 831-843.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ainsworth M., et al. (1978). *Patterns of Attachment: a psychological study of the strange situation* (Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. doi: doi:10.1037/0003-066X.44.4.709
- Armstrong, T., & Costello, J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse or dependence. *Psychiatric Comorbidity*, 70(6), 1224-1239.
- Bagagem, M. (2000). *Droga – A Desintegração Familiar e Social dos Jovens*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. In D. Baumrind (Ed.), *Child Development* (pp. 887-907). Califórnia: University of California, Berkeley.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.

- Bowlby, J. (1956). *The growth of Independence in the young child*. *Royal Society of Health Journal*, 76, 587-591.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afetivos: Formación, desarrollo y pérdida* (5ªed.). Madrid: Edições Morata.
- Bowlby, J. (1993). *Apego e perda: Separação, angústia e raiva* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Borges, C., & Filho, H. (2004). *Tabagismo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Canavarro, M., Dias Derogatis, L. R., & Spencer, M. S. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual-I*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- , 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*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2013). *Estilos Parentais e relações de vinculação*. Lisboa: Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Chopra, N., & Marasa, L. (2017). The Opioid epidemic: Challenges of sustained remission. Canada: *The international Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2), 196-201. doi: 10.1177/0091217417720900
- Dias, F. (2001). *Droga e Toxicodependência na Imprensa Escrita*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Duarte, R. (2008). *A Dinâmica Familiar na Toxicodependência: um contributo para a investigação*. Viseu: Instituto Piaget.
- Dupont, L.R. (1997). *Cérebro e Drogas. O cérebro Egoísta: Aprender com Dependências*. Lisboa: Edições Piaget.
- Elam, K., Chassin, L., Chalfant, K., Pandika, D., Wang, F., Bountress, K., Dick, Agrawal, A. (2017). *Affiliation with substance-using peers: Examining gene-environment correlations among parent monitoring, polygenic risk, and children's impulsivity*. Arizona: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. doi:10.1002/dev.21529
- Fernandes, S., Ferigolo, M., Benchaya, M., Pierozan, P., Moreira, T., Santos, V.,... Barros, H. (2010). Abuso e dependência de maconha: comparação entre sexos e preparação para mudanças comportamentais entre usuários que iniciam a busca por tratamento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – APRS*, 32(3), 80-85.
- Ferros, L. (2011). *Toxicodependência: Afetos e Psicopatologia*. Livpsic: Legis Editora.
- Hallal, I. I. L., & Halpern, S. Z. (2002). Abordagem ecológica: uma visão ampliada do problema da dependência química. In G. Pulcherio, C. Bicca, F. A. Silva (Orgs.), *Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kendler, K., Ohlsson, H., Edwards, A., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2017). *Drug and Alcohol Dependence*. USA: Elsevier.
- Lallemant, A., & Schepens, P. (2002). *As Novas Drogas da Geração Rave*. Lisboa: Edições Piaget.

- Lévesque, S., Ryan, N., Vitaro, R., & Séguin, J. (2014). *Moderators of the association between peer and target adolescent substance use*. Canada: Elsevier. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.025>
- Macfarlane, A., & McPherson, A. (2001). *Adolescentes da Agonia ao Ecstasy*. Portugal: Edições Saber Viver.
- Maia, J., Veríssimo, M., Ferreira, B., Silva, F., & Pinto, A. (2014). *Modelos internos dinâmicos de vinculação: Uma metáfora conceptual*. Lisboa: Instituto Universitário Lisboa.
- Matos, A. (2005). Algumas Considerações sobre o Jogo Relacional entre o Toxicodependente e a sua família. *Revista Toxicodependências*, 11 (3), 53-62
- Miranda, V., & Veiga, F. (2014). *Consumo de Substâncias psicoativas em agregados familiares e envolvimento escolar dos alunos*. Lisboa: Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.
- Monahan, K., Rhew, I., Hawkins, J., & Brown, E. (2013). *Adolescent Pathways to Co-Occurring Problem Behavior: The Effects of Peer Delinquency and Peer Substance Use*. Washington: Society for Research on Adolescent. doi: 10.1111/jora.12053
- Montagner, H. (1900). *A vinculação: A Aurora da Ternura* (2ªed.). Lisboa: Edições Piaget.
- Monteiro, L., Veríssimo, M., Silva, F., Branco, I., & Santos, J. A. (2015). Os Modelos Internos Dinâmicos Analisados com Recurso às Narrativas de Representação da Vinculação em Adultos. *Temas em Psicologia*, 23(2) 443- 452.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 370(9584), 319-28.
- Moreira, A., Henry, M., Lacoste, J., & Casariego, C. (1996). *Addición a drogas y psicopatologia*. Tenerife: Universidad de La Laguna.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Unidades ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nunes, L., & Jóluskin, G. (2010). *Drogas e Comportamentos de Adição* (2ªed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2006). *Guia Orientador da Intervenção Psicológica nos Problemas Ligados ao Álcool*. Retirado em https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/guia_orientador_da_intervencao_psicologica_nos_problemas_ligados_ao_alcool_2016.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª Revisão São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Suíça, Genebra: WHO Library Cataloguing in Publication Data.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabas.

- Pinto, A. (2013). *As dificuldades do Toxicodependente na Busca por Tratamento: Uma Breve Reflexão Teórica*. Brasil: Universidade Estadual de Maringá.
- Pinto, A. (2013). *Vinculação aos Pais, psicopatologia e percepção de competências parentais em mães de crianças utentes da consulta de psicologia*. Faro: Universidade do Algarve.
- Robert, H. (1988). The Family Contexto of Adolescent Drug Use. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 1(2)
- Roch, D. (1988). La Famille du toxicomane. In S. Angel, C. Olivenstein, D. Roch, P. Chaltiel, S. Hefez, A. Marty-Lavauzelle, P. Férida, B. Brusset, F. Caballero, P. Gutton, P. Angel (Eds.). *Entre dépendances et libertés* (pp. 17-29). S. & P. Angel Éditions G.R.E.U.P.P.
- Salvaterra, M. (2007). *Vinculação e Adoção*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Santos, A. (2013). *Morbilidade Psicopatológica, Comportamentos, Conhecimentos e Percepções de risco para o VIH na Toxicodependência*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Braga.
- Santos, A., Calado, A., Coxo, D., Trindade, M.L, & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Revista Toxicodependências*, 17(1), 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), 299-306.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2015). Relatório Anual – 2016 - *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*.
- Silva, S. (2003). *Adaptação académica, pessoal e social do jovem adulto ao Ensino Superior: Contributos do Ambiente Familiar e do Autoconceito*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Simões, S. (2011). *Influência dos estilos educativos parentais na qualidade da vinculação de crianças em idade escolar em diferentes tipos de família*. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- rToscano, A. (2001). Adolescência e drogas. In S. D. Seibel, & A. Toscano (Orgs.), *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- andradeVilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. (2016). *Avaliação Familiar*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Zoio, V. (2014). *Agressividade e Ambiente Familiar na Toxicodependência*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), Lisboa.

