



Bonding e Psicopatologia na Toxicodependência

Maria do Carmo da Costa Rodrigues de Sousa

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica, na especialidade de Psicoterapia Psicodinâmica
Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Luísa Macedo

Coimbra, Outubro de 2016

Índice

Introdução.....	7
Método	14
Instrumentos.....	14
Procedimento.....	16
Análise dos Dados.....	16
Participantes.....	17
Resultados.....	21
Discussão/Conclusão.....	28
Limitações do estudo e sugestões.....	31
Bibliografia.....	32
Lista de Anexos.....	35

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estatística descritiva para as dimensões da subescala materna e da subescala paterna no estudo de validação da EBP para a população portuguesa	14
Tabela 2 – Estatística descritiva para as dimensões do BSI no estudo de validação para a população portuguesa	15
Tabela 3 - Características sociodemográficas dos participantes.....	17
Tabela 4 - Resultados descritivos da história de consumo de substâncias psicoativas.....	19
Tabela 5 - Resultados descritivos das dimensões da EBP.....	20
Tabela 6 - Resultados descritivos das dimensões do BSI	21
Tabela 7 - Caracterização dos participantes quanto à presença ou ausência de perturbação emocional (Índice de Sintomas Positivos do BSI)	21
Tabela 8 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP, em função do agregado familiar na infância (ANOVA one-way)	22
Tabela 9 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP, em função do agregado familiar na adolescência (ANOVA one-way)	24
Tabela 10 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP, em função das principais substâncias psicoativas utilizadas na experimentação (tabaco, álcool e/ou tranquilizantes) pelo Teste T-Student com variâncias iguais.	25
Tabela 11 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP em função das principais substâncias psicoativas utilizadas na experimentação (haxixe, cocaína e/ou heroína) pelo Teste T-Student com variâncias iguais.	26
Tabela 12 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP, em função das principais substâncias psicoativas utilizadas na experimentação (anfetaminas, Ecstasy e/ou LSD) pelo Teste T-Student com variâncias iguais	27
Tabela 13 - Correlação R de Pearson entre os itens do EBP e do BSI	28

Agradecimentos

À Professora Dr.^a Esmeralda Macedo por todo o apoio, orientação, dedicação ao longo de todo este projeto, assim como pela partilha do seu conhecimento ao longo de todo este tempo.

À Professora Dr.^a Margarida Pocinho pela sua preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados.

À Cáritas Diocesana de Coimbra que me recebeu de “braços abertos”, permitindo a realização da recolha de dados, sem os quais este trabalho não seria possível.

À Cátia Pinto, aluna de mestrado, que acompanhou de perto o desenvolvimento deste projeto, quer pelos momentos de apoio e suporte nos momentos menos fáceis, quer pela alegria e companheirismo nos momentos de entusiasmo passados em conjunto.

À Inês Jesus que me ajudou na reflexão de várias questões relativas ao tema e que se disponibilizou a rever o trabalho, lançando críticas construtivas.

Aos meus pais e irmão, um agradecimento especial, por serem os melhores.

Ao meu namorado pelo apoio, paciência, carinho e pela forma como me transmite confiança e força.

Por último, e porque provavelmente são as pessoas a quem este trabalho mais deve, aos que aceitaram participar neste estudo, sem recear partilhar as suas experiências emocionais, vividas na relação precoce com as figuras parentais.

Resumo

Introdução: A investigação científica efetuada nos últimos anos no âmbito da problemática da toxicod dependência parece confirmar que a qualidade das experiências emocionais vividas na infância e na adolescência com os progenitores é um dos principais fatores de prevenção ou de risco. A perceção de uma ligação (*bonding*) parental disfuncional, em particular, o padrão que se caracteriza pelo “controlo sem afeto” parece estar associada ao desenvolvimento da toxicod dependência e da psicopatologia.

Objetivo: Este estudo pretende contribuir para o estudo do *bonding* parental em toxicod dependentes e definir associações entre *bonding* parental e sintomatologia psicopatológica.

Metodologia: Para a avaliação das variáveis em estudo foi utilizado um questionário sociodemográfico, o *Parental Bonding Instrument* (Parker, Tupling, & Brown, 1979; versão portuguesa de Ramos, Leal e Maroco, 2007) e o *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1995). A amostra deste estudo abrangeu 33 sujeitos, 27 homens e 6 mulheres, com idades compreendidas entre os 36 e os 69 anos (M=47.73%, DP=6.87).

Resultados: Verificou-se que a perceção do *bonding* parental difere consoante a composição do agregado familiar na infância e na adolescência. Relativamente à análise da influência do *bonding* parental na seleção da substância psicoativa de experimentação, encontraram-se duas associações significativas: entre o “Cuidar Contingente Materno” e o consumo de tranquilizantes e entre a “Autonomia Instrumental Paterna” e o consumo de cocaína. Por último, verificaram-se correlações entre o *bonding* parental e a sintomatologia psicopatológica.

Discussão/Conclusão: Observou-se que a perceção dos participantes face às experiências emocionais vividas precocemente com o pai e com a mãe é marcada pelas expressões de afeto, calor emocional e proximidade. Embora, esta conclusão geral não seja congruente com a literatura consultada, é de salientar a perceção de uma elevada “Negação da Autonomia Psicológica Materna” na infância dos participantes oriundos de famílias compostas por um só progenitor.

Palavras-chave:

Toxicod dependência, *bonding* parental e psicopatologia

Abstract

Introduction: Scientific research performed in recent years within the scope of the substance dependence problem seems to confirm that the quality of emotional experiences lived throughout childhood and adolescence with parents is one of the main factors for either prevention or risk. The perception of a dysfunctional parental bonding, particularly the patterns characterized as “affectionless control”, seems to be associated with the development of substance dependence and psychopathology.

Objective: This study intends to contribute to the research on parental bonding in substance-dependent individuals and to define associations between parental bonding and psychopathological symptoms.

Methodology: For assessment of the study variables, the socio-demographic survey *Parental Bonding Instrument* (Parker, Tupling, & Brown, 1979; Portuguese version by Ramos, Leal e Maroco, 2007) was used together with the *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982; Portuguese version by Canavarro, 1995). The study sample included 33 individuals, 27 men and 6 women, aged between 36 and 69 ($M = 47.73\%$, $SD = 6.87$).

Results: The study showed that the perception of parental bonding was different according to the household’s composition during childhood and adolescence. In regards to the analysis on parental bonding influence over the choice of first psychoactive substance, two relevant associations were found: between “Contingent maternal care” and the use of tranquilizers, and “Fatherly Instrumental Autonomy” and the use of cocaine. Lastly, correlations were found between parental bonding and psychopathological symptoms.

Debate/Conclusion: It was considered that the participant’s perception concerning emotional experiences lived at an early age with the father and the mother is marked by expressions of affection, emotional warmth and closeness. Although this general conclusion is not in line with the referenced literature, it is important to highlight the perception of an elevated “Nenial of the maternal’s psychological Autonomy” during the childhood of participants from single-parent families.

Key-words:

Substance dependence, parental bonding and psychopathology

Introdução

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC, 2015) estima-se que um total de 246 milhões de pessoas – um pouco mais do que 5% da população mundial, com idades compreendidas entre 15 e 64 anos, tenha usado drogas ilícitas (sobretudo a canábis, os opiáceos, a cocaína e as anfetaminas) em 2013. Atualmente, cerca de 27 milhões de pessoas apresentam problemas de uso e abuso de substâncias, das quais quase metade (12,2 milhões) consome drogas injetáveis (UNODC, 2015).

Em Portugal, o relatório efetuado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2015) revelou que a canábis, o ecstasy e a cocaína são as substâncias ilícitas mais consumidas. As últimas estimativas de consumo problemático realizadas em 2012 registaram uma taxa de 7,1 de consumidores de opiáceos, cocaína e/ou anfetaminas/metanfetaminas por 1000 habitantes e uma taxa de 2,2 para os consumidores de drogas por via endovenosa (UNODC, 2015).

Ao longo das últimas três décadas, a investigação sobre os fatores protetores e de risco que interferem nas condutas de consumo de drogas em populações de adolescentes teve um crescimento exponencial (Lahey, 2014). Com efeito, na literatura destacam-se um conjunto de fatores individuais (genéticos, neurobiológicos e características da personalidade) ambientais (acontecimentos adversos e condições socioculturais) e familiares (Conner, Helleman, Ritchie, & Noble, 2010, Ouzir & Errami, 2016). Em 2014, o estudo de Kendler, Maes, Sundquist, Ohlsson, & Sundquist declara que sujeitos com predisposição genética apresentam maior vulnerabilidade ao consumo dependente de substâncias psicoativas. Por outro lado, outros estudos apontam que a qualidade das ligações familiares pode intensificar ou enfraquecer o risco genético (Merikangas & McClair, 2012).

Desta forma, partindo da perspetiva psicodinâmica, que realça a importância do tipo de investimento objetal das ligações intrafamiliares, foram encontrados importantes contributos para a compreensão do fenómeno da toxicodependência. Segundo Dias (1980), a rutura do núcleo familiar, desencadeada pela ausência do pai, por morte ou separação, constitui o fator categórico na transição do consumo de canábis para o consumo de opiáceos. Já em relação às outras substâncias, verifica-se que as perturbações resultantes dos conflitos familiares (sem uma rutura concreta) parecem estar mais relacionadas com o uso de canábis, anfetaminas, álcool e hipnóticos não barbitúricos.

São vários os estudos que, ao longo dos anos, têm demonstrado que a qualidade da vinculação estabelecida na infância com os primeiros cuidadores é um dos principais fatores de risco e/ou de proteção no consumo de substâncias psicoativas na adolescência (Iglesias, Fernández del Río, Calafat, & Fernández-Hermida, 2014).

A teoria da vinculação iniciada por Bowlby (1969) propõe a compreensão do fenómeno, pelo qual o bebé e a mãe (ou figura cuidadora) estabelecem entre si vínculos seletivos e privilegiados. A partir do pensamento psicanalítico, que reconhece a importância da relação da mãe com a criança, o autor acrescentou valiosos conceitos evolutivos e etológicos, afirmando que os bebés nascem com uma disposição inata para formar sólidos elos emocionais com os seus cuidadores.

Nas primeiras semanas e meses de vida através de, pelo menos cinco respostas instintivas - chupar, agarrar, seguir com o olhar, chorar e sorrir – o bebé consegue assegurar a proximidade e a obtenção de cuidados parentais, necessários à sua sobrevivência. Contudo, segundo o autor, este comportamento instintivo não é herdado, o que é herdado é uma capacidade para desenvolver sistemas comportamentais cuja natureza e forma divergem em algum aspeto, conforme o meio específico em que se processa o desenvolvimento. O meio é aquele que, segundo os etologistas, adaptará a vinculação da criança à mãe, num sistema regulado pelo código genético e pela experiência universal da presença materna. Esta teoria, absolutamente interativa, defende que o desenvolvimento do equipamento inicial do bebé acontece por causa de uma ininterrupta relação com o meio.

Conforme o bebé vai reconhecendo a mãe com mais exatidão, expressa também um maior receio perante os indivíduos estranhos. Isto origina-se, segundo (Bowlby, 1973), a partir de um duplo amadurecimento: o aumento das habilidades percetivas do bebé, o que lhe possibilita descobrir os aspetos novos ou desconhecidos de um objeto ou pessoa; e o aumento do medo em relação a pessoas estranhas. Por causa destes comportamentos de medo ou ansiedade, verifica-se maior probabilidade de causar na mãe a necessidade de procurar a proximidade e contacto com o bebé, sendo ela quem fica associada à redução dos sentimentos de desamparo.

Nesta linha de ideias está subentendido um outro aspeto da teoria etológica referente aos instintos que se relaciona com a ativação e inibição das respostas do bebé, que resultam de vários condicionamentos quer internos, quer externos ao organismo, incorporando-se aquelas, à posterior, em sequências de comportamento gradualmente mais complexas (Bowlby, 1958).

As conceções teóricas de Bowlby encontram um prolongamento experimental nos trabalhos de Ainsworth (1967), psicóloga canadiana que se dedicou ao estudo da qualidade

das interações bebê-mãe. Assente na observação comportamental, em contexto naturalista e, posteriormente, laboratorial, a autora propõe o procedimento experimental conhecido por Situação Estranha com o intuito de examinar as diferenças individuais na organização comportamental da vinculação (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

O recurso a este procedimento padronizado (sete episódios de separação breve da figura de vinculação e conseqüente reunião e de encontro com uma figura estranha) permite-lhe traçar três tipos principais de reação à Situação Estranha, em que é dada ênfase, à luz da teoria de Bowlby, à dimensão relacional que está na base da vinculação. Ainsworth e colaboradores (1978) descrevem três padrões de vinculação caracterizados por uma determinada reação à Situação Estranha, cujas características principais estão subjacentes às próprias designações: grupo inseguro-evitante; grupo seguro; grupo inseguro resistente ou ambivalente.

O padrão inseguro-evitante é caracterizado por comportamentos de evitamento da criança perante a figura de vinculação, principalmente nos momentos de proximidade em que a ignora ou a afasta. Já nos momentos em que existe contacto físico entre os dois, o bebê não demonstra tendência nem para resistir ativamente, nem para protestar com a ausência dessa figura. Por seu lado, a figura estranha é recebida pela criança de forma idêntica à figura de vinculação, podendo existir até uma diminuição do evitamento (Ainsworth et al., 1978).

O padrão seguro caracteriza-se pela busca constante de contacto e de interação com a figura de vinculação, sobretudo nos episódios de encontro. Quando a proximidade é alcançada, a criança procura a sua manutenção, não coloca entraves ao contacto ou à interação com essa figura, nem evitamento da mesma nos episódios de encontro. A criança pode revelar ou não protestos à sua ausência e ser levemente consolada pela estranha (Ainsworth et al., 1978).

O padrão inseguro-ambivalente/resistente é caracterizado pela existência simultânea de comportamentos de resistência ativa à interação e de comportamentos de procura de contacto com a figura de vinculação. Esta procura ativa de contacto impossibilita ou complica a exploração do meio. Em contrapartida, a criança não demonstra ou demonstra pouco evitamento, mas mostra comportamentos que evidenciam ou irritação ou passividade na situação (Ainsworth et al., 1978).

Em relação à distribuição dos padrões de vinculação, Ainsworth e colaboradores (1978) encontraram nos seus estudos cerca de 70% de crianças identificadas como seguras, 10% com o estilo inseguro-ambivalente e cerca de 20% com o estilo inseguro-evitante. Os resultados da meta-análise transcultural de Van Ijzendoorn & Kroonenberg (1988) demonstraram que a

distribuição dos padrões de vinculação encontrados na Situação Estranha era notavelmente distinta entre países. Apesar de o padrão seguro ser o mais preponderante, a frequência dos padrões inseguros difere, verificando-se mais crianças com o padrão inseguro-evitante na Europa enquanto que em Israel e no Japão a frequência de crianças com o padrão inseguro-ambivalente é superior.

Nos últimos 30 anos, a investigação tem dado bastante atenção ao impacto da vinculação dos filhos, consumidores de substâncias psicoativas, em relação aos pais, revelando que, em geral, o padrão de vinculação segura é o principal fator de proteção frente ao consumo de substâncias psicoativas (Iglesias et al., 2014). Já em relação aos fatores de risco, as evidências da investigação mostram uma correlação positiva entre os padrões de vinculação inseguro-ansioso/ambivalente e inseguro-evitante e o desenvolvimento da toxicod dependência (Shahraki, Raghibi, & Kord, 2015).

Contudo, quando Bowlby (1969) concebeu a sua teoria da vinculação, alegou a existência de outro elemento fundamental e complementar à criação de laços afetivos fortes com determinadas pessoas – a ligação, ou *bonding* no inglês original. Mais especificamente, em 1973 alegou que o padrão de vinculação que cada um de nós desenvolve durante os primórdios do desenvolvimento – infância, latência e adolescência – está intrinsecamente associado ao tipo de *bonding* parental que é sedimentado pelo promotor de cuidados. Por outras palavras, isto significa que, a forma como os pais ou figuras cuidadoras se ligam aos filhos e o tratamento que prestam, a nível do cuidado, dedicação e proteção, não só determina o crescimento social – dado que o padrão de ligação experienciado na relação com os primeiros cuidadores mantém-se, mas influencia também o padrão de vinculação que será aplicado nas relações futuras – assim como o desenvolvimento psicológico, atuando como um elemento singular do funcionamento psíquico ao longo de toda a vida.

O *bonding* é uma habilidade natural que dá reconhecimento a outro ser da mesma espécie, através de um conjunto de comportamentos sociais direcionados para a manutenção da proximidade, possibilitando assim a sua sobrevivência e desenvolvimento. Tendo em consideração questões operacionais e o progressivo número de pesquisas que sugerem a constância da percepção do *bonding* parental ao longo do tempo, a averiguação retrospectiva desta variável apresenta-se como uma opção atractiva.

Em estudos sobre toxicod dependência, uma das medida mais utilizadas para o efeito é o *Parental Bonding Instrument* (PBI) (Carriço & Paixão, 2010). Os resultados mostram que as percepções parentais dos consumidores de drogas são traçadas por sentimentos ligados à rejeição, à negligência emocional e ao controlo inflexível (Schweitzer & Lawton, 1989) com

diferenças significativas na rejeição e negligência emocional por parte do pai (Torresani, Favaretto, & Zimmermann, 2000).

Relativamente à influência do estilo de *bonding* parental e a escolha do tipo de drogas consumidas, Pettenon e Colaboradores (2014) demonstram que os consumidores de cocaína pela via fumada (*base/crack*), quando comparados com os consumidores de substâncias psicoativas legais (tabaco e álcool), percebem sobretudo a negligência materna, o controle e a frieza emocional paterna.

Em 2015, Pereira e colaboradores verificaram que os jovens detentores de percepções de frieza emocional por parte dos pais apresentam um maior risco de se tornarem dependentes de tabaco. Por outro lado, os que percebem o controle paterno apresentam menor risco de se tornarem dependentes de tabaco e de canábis.

Recentemente, em Espanha, foram avaliados 90 adultos consumidores de álcool e de drogas. Verificou-se que o estilo de *bonding* parental dominante era o controle sem afeto, encontrando-se várias associações entre este estilo e o consumo de determinadas substâncias psicoativas: correlações negativas com a cocaína, a heroína e o LSD e correlações positivas com o ecstasy e o álcool. Em segundo lugar, posicionou-se o estilo marcado pela superproteção materna, que se correlacionou positivamente com a cocaína, a heroína, o ecstasy e o LSD. Em terceiro lugar, destacou-se o estilo pautado pela superproteção paterna, verificando-se uma correlação positiva com os consumos de cocaína, heroína e LSD e uma correlação negativa com o consumo de álcool. Por último, surgiu o estilo caracterizado pelo cuidado materno, que somente apresentou uma correlação negativa com o consumo de LSD e uma positiva com o abuso de ecstasy (Segura-García et al., 2016).

Um outro problema, designado por duplo diagnóstico, é relativo à comorbilidade da toxicod dependência com outras perturbações psicopatológicas (McLellan & Druley, 1977). O Observatório Europeu (EMCDDA, 2016) mostra que a população toxicod dependente possui índices de psicopatologia muito elevados principalmente ao nível das perturbações de humor (sobretudo as depressões graves), das perturbações de ansiedade (sobretudo pânico e pós-traumáticas) e das perturbações de personalidade (sobretudo a antissocial e *borderline*).

Formiga, Vasconcelos, Galdino, & Lima (2015) estudaram a presença de duplo diagnóstico em 3 grupos de pacientes consumidores de drogas lícitas e ilícitas, sendo a primeira constituída por abstinentes; a segunda por dependentes de álcool e a terceira por consumidores de álcool e drogas ilícitas. Os resultados mostraram maior presença de duplo diagnóstico no grupo 3 (71,8%), decrescendo no grupo 2 (60%) e 37,1% no grupo 1 abstinentes de droga. Este duplo diagnóstico foi também associado ao risco de suicídio e à

prática de atos delinquentes. Já em relação ao tipo de drogas, verificou-se que uma forte associação entre o consumo de *crack* e a presença da depressão severa e da perturbação de personalidade antissocial.

Por sua vez a psicopatologia pode ser, entre outras causas, o reflexo de interações com as figuras parentais a que o indivíduo esteve exposto durante a infância e a adolescência. Estudos recentes têm demonstrado que o *bonding* parental precoce pode desempenhar um importante papel quer como fator um risco, quer como fator protetor para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos na idade adulta. É o caso do estudo de Lima, Mello, & Mari (2010), cujos resultados revelaram o efeito protetor da valorização afetiva e o encorajamento da autonomia, bem como os efeitos prejudiciais dos elevados níveis de negligência emocional e de superproteção, que parecem estar associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos e de ansiedade na vida adulta.

Em 2011, Young, Lennie, & Minnis, num estudo longitudinal com cerca de 1.700 crianças com idades entre os 11 e os 15 anos, verificaram que 3% dos participantes que perceberam os seus pais como emocionalmente negligentes e controladores apresentavam um aumento da probabilidade de perturbação psiquiátrica aos 15 anos de idade.

Um estudo conduzido por Otowa, Gardner, Kendler, & Hettema (2013) com uma amostra de 2.609 gémeos adultos do sexo masculino com diagnóstico de perturbação psicológica ou de abuso/dependência de substâncias psicoativas analisou as associações entre a perceção dos estilos de *bonding* parental, as perturbações psiquiátricas e a dependência de substâncias psicoativas. Os resultados revelaram que a perceção do estilo de *bonding* parental caracterizado pela frieza emocional é sem dúvida aquele que mais se apresenta de forma significativa, correlacionando-se positivamente com a sintomatologia psicopatológica de origem depressiva, fóbica e ansiosa.

Relativamente à psicopatologia como fator de risco para o desenvolvimento da toxicodependência, os dados da investigação revelam fortes associações entre o fenómeno e as perturbações comportamentais, de humor e de ansiedade. Por exemplo, Swendsen e seus colaboradores (2011) num estudo de *follow-up* (com a duração de 10) verificaram a existência de potenciais associações entre as perturbações mentais prévias e a dependência de droga. Os resultados demonstraram que a perturbação afetiva bipolar é a mais acentuada, seguindo-se a perturbação de pânico, a fobia específica e social, o stress pós-traumático e a perturbação ligada à angústia de separação.

Perante os dados da investigação, surge a necessidade de explorar a importância das dimensões de *bonding* parental em toxicodependentes e de tentar clarificar o seu contributo

na psicopatologia em toxicodependentes. O entendimento do papel desempenhado por cada um dos progenitores na gênese do comportamento toxicodependente revela-se, deste modo, indispensável.

Objetivos e Hipóteses

Tendo em conta a revisão da literatura efetuada o presente estudo apresenta como principais objetivos:

- i) Caracterizar a percepção dos estilos de *bonding* parental e sintomatologia psicopatológica em toxicodependentes;
- ii) Averiguar diferenças na percepção dos estilos de *bonding* parental de acordo com variáveis sociodemográficas (composição do agregado familiar na infância e na adolescência).
- iii) Verificar se existe relação entre a percepção dos estilos de *bonding* parental e a principal substância psicoativa utilizada na experimentação.
- iv) Identificar em que medida o *bonding* parental em toxicodependentes se associa a sintomatologia psicopatológica.

Perante os objetivos apresentados, apresentam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Existem diferenças na percepção dos estilos de *bonding* parental em função da composição do agregado familiar na infância e na adolescência dos participantes.

H2: Existe relação entre a percepção dos estilos de *bonding* parental e a principal substância psicoativa utilizada na experimentação pelos participantes.

H3: Existe relação entre a percepção dos estilos de *bonding* parental e a sintomatologia psicopatológica

Método

Trata-se de um estudo descritivo e transversal, e tendo em conta os objetivos que se propõe estudar, foi realizado de forma exploratória e comparativa.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Este instrumento foi construído e utilizado de forma a recolher informações acerca da idade, nacionalidade, estado civil, habilitações académicas, estatuto ocupacional, composição do agregado familiar na infância e na adolescência, história do consumo de substâncias (idade em que iniciou, anos de dependência, tipo de drogas) e da realização de tratamento.

Parental Bonding Instrument (Parker, Tupling, & Brown, 1979; Ramos, Leal e Maroco, 2007). Esta *Escala de Bonding Parental* foi utilizada com o objetivo de avaliar os estilos da parentalidade percebidos pelos participantes. Consiste num questionário que permite recolher informação acerca das recordações que o indivíduo tem em relação às atitudes e comportamentos dos pais nos primeiros 16 anos de vida. É constituído por duas subescalas, uma para a mãe e outra para o pai, sendo a materna composta por 21 itens e a paterna por 24 itens. Na subescala materna são avaliadas quatro dimensões: “Cuidar Contingente”, “Negação da Autonomia Psicológica”, “Autonomia Instrumental” e “Cuidar Negligente”. Na subescala paterna desta versão são avaliadas três dimensões: “Cuidar”, “Autonomia Instrumental” e “Negação da Autonomia Psicológica”. A dimensão “Cuidar Contingente” caracteriza-se pelo grau de afeto, calor e proximidade percebidos pelo sujeito. A dimensão “Negação da Autonomia Psicológica” caracteriza-se pelo grau de controlo, superproteção, intrusão, proximidade excessiva e reforço dos comportamentos de dependência. A dimensão “Autonomia Instrumental” refere-se ao grau de independência e autonomia que o indivíduo percecionou. A dimensão “Cuidar Negligente” corresponde ao grau de frieza emocional, indiferença e negligência percebidos pelo indivíduo na relação com os pais (Leal & Marôco, 2010).

Tabela 1 – Estatística descritiva para as dimensões da subescala materna e da subescala paterna no estudo de validação da EBP para a população portuguesa

	Subescala Materna			
	Cuidar Contingente	Autonomia Instrumental	Negação da Autonomia Psicológica	Cuidar Negligente
M	14.00	6.70	4.50	11.70
DP	3.57	3.53	3.28	2.83

Subescala Paterna			
	Cuidar	Autonomia Instrumental	Negação da Autonomia Psicológica
M	24.00	7.10	5.50
DP	8.47	3.52	3.76

Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1995). Este *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)* foi utilizado para avaliar a psicopatologia dos participantes. É um inventário de autorrelato constituído por 53 itens, composto por nove dimensões (Somatização, Obsessões e Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) e três índices globais, que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional, representando aspetos diferentes de psicopatologia (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP).

Tabela 2 – Estatística descritiva para as dimensões do BSI no estudo de validação para a população portuguesa

Dimensões	População Geral		Perturbações Emocionais	
	M	DP	M	DP
Psicoticismo	0.668	0.614	1.403	0.825
Sensibilidade Interpessoal	0.958	0.727	1.597	1.033
Somatização	0.573	0.916	1.355	1.004
Obsessões Compulsões	1.290	0.878	1.924	0.925
Depressão	0.893	0.722	1.828	1.051
Ansiedade	0.942	0.766	1.753	0.940
Hostilidade	0.894	0.784	1.411	0.904
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	1.020	0.929
Ideação Paranoide	1.063	0.789	1.532	0.850
IGS	0.835	0.480	1.403	0.705
TSP	26.993	11.724	37.349	1.2166
ISP	1.561	0.385	2.111	0.5095

Procedimento

O presente estudo decorreu com a autorização das instituições de apoio à toxicodependência da Cáritas Diocesana de Coimbra e da respetiva comissão de ética.

Foi administrado aos 33 toxicodependentes que participaram neste estudo um protocolo de investigação, na sua globalidade, constituído por 3 instrumentos, que foram administrados individualmente, durante cerca de 40 minutos, estando apenas presente o participante e uma investigadora no momento da sua aplicação. Foi explicado aos sujeitos o objetivo da investigação, o seu carácter voluntário, a sua importância e a garantia de anonimato. Posteriormente foi pedido a cada participante a assinatura do consentimento informado.

Os dados foram recolhidos, no geral, entre maio e junho de 2016. Todos os participantes colaboraram de forma voluntária e sob consentimento informado.

Análise dos Dados

Para realizar as análises estatísticas, utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23, SPSS Inc., 2015, para Windows 10. Os procedimentos estatísticos utilizados foram escolhidos de acordo com os objetivos formulados. Para a caracterização da amostra, foi realizada a estatística descritiva com o cálculo das médias, desvios-padrão, e frequências. Para a comparação de médias recorremos ao teste ANOVA e t de student. Por último, para o teste de associação entre variáveis procedemos ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson.

Participantes

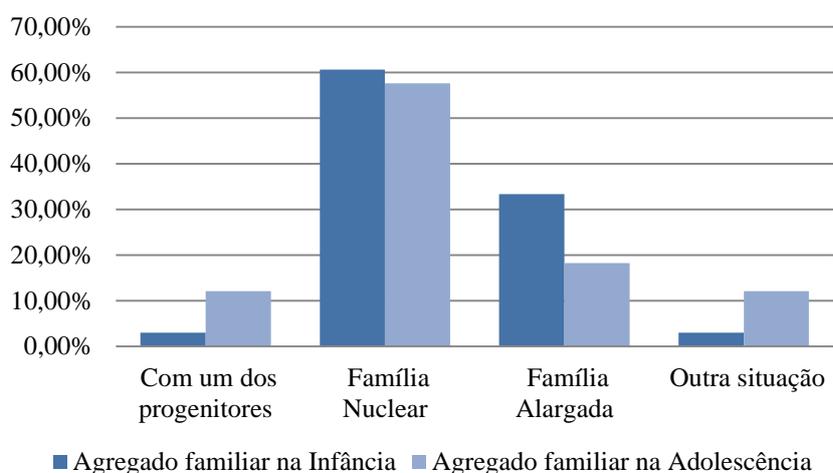
Este estudo inclui um total de 33 participantes. Todos os participantes são adultos e utentes do Centro de Dia “Sol Nascente” e do Centro de Alojamento Temporário “Farol”, duas das instituições de apoio à toxicodependência da Cáritas Diocesana de Coimbra. O grupo é composto por 6 mulheres (18,2%) e 27 (81,8%) homens. As idades dos participantes estão compreendidas entre os 36 e os 69 anos (M=47.73%, DP=6.87).

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos participantes

Características (N=33)	N	%
Gênero		
Masculino	27	81,8%
Feminino	6	18,2%
Nacionalidade		
Portuguesa	30	90,9%
Outra	2	6,1%
Dupla Nacionalidade	1	3,0%
Estado Civil		
Solteiro	16	48,5%
Casado	9	27,3%
Viúvo	1	3,0%
Divorciado	7	21,2%
Habilitações académicas		
Sem habilitações	1	3,0%
1º ciclo	6	18,2%
2º ciclo	5	15,2%
3º ciclo	11	33,3%
Ensino secundário	10	30,3%
Ensino superior	0	0,0%
Estatuto ocupacional		
Desempregado	18	54,5%
No ativo	6	18,2%
Estudante	1	3,0%
Reformado	8	24,2%

Relativamente à composição do agregado familiar dos indivíduos na infância, verifica-se que 60.6% viveu com a família nuclear; 33.3% com a família alargada; 3.3% com um dos progenitores e 3.3% responderam outra situação. Já na adolescência, verifica-se que 57.6% dos participantes viveu com a família nuclear; 18.2% com a família alargada; 12.1% com um dos progenitores e 12.1 respondeu outra situação.

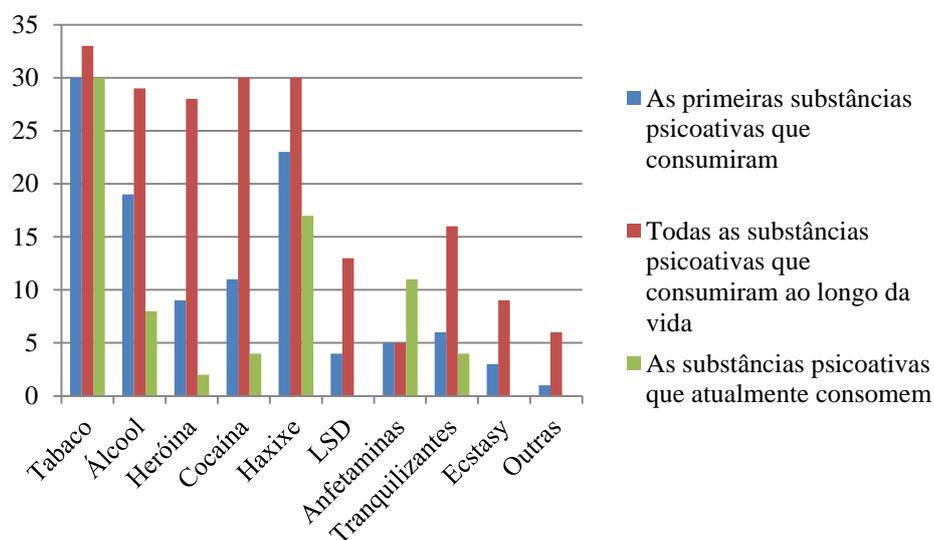
Gráfico 1 - Composição do agregado familiar na infância e na adolescência da população



História dos Consumos

Como se pode verificar no gráfico 2, a maioria dos participantes referiu o tabaco como a primeira substância psicoativa que consumiu. A segunda substância mais consumida é o haxixe, segue-se em terceiro o álcool, em quarto a cocaína, em quinto a heroína, em sexto os tranquilizantes, em sétimo as anfetaminas e na última posição o ecstasy. Todos os participantes referiram terem consumido, pelo menos uma vez na vida, tabaco, álcool, heroína, cocaína, haxixe, LSD, anfetaminas, tranquilizantes, ecstasy e outras drogas menos conhecidas. Em relação ao consumo atual de substâncias psicoativas, a maioria dos participantes responderam que usam o tabaco, em segundo lugar é o haxixe, em terceiro é o álcool, em quarto as anfetaminas, em quinto os tranquilizantes e a cocaína e em sexto a heroína. O LSD, o ecstasy e outras drogas desconhecidas já não são consumidas pelos participantes

Gráfico 2 - Substâncias psicoativas consumidas ao longo da vida



De acordo com a leitura da tabela 2, verifica-se que o valor da média das idades dos participantes (quando estes deixaram de viver com o seu agregado familiar) é de 23.55 anos. Quanto ao valor da média das idades em que iniciaram o consumo de substâncias é de 17,15 anos. Em relação período de consumo de substâncias, constata-se que o valor da média é 24.51 anos. No que se refere à realização de tratamento, verifica-se que o valor médio dos participantes que responderam sim é de 14.89.

Tabela 4 - Resultados descritivos da história de consumo de substâncias psicoativas

História do consumo de substâncias psicoativas	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade	33	36	69	47.72	6.87
Idade em que deixou de viver com o seu agregado	31	13	44	23.55	7.73
Idade em que iniciou os consumos	33	7	32	17.15	6.23
Anos de consumo	33	5	53	24.51	11.13
Encontra-se em tratamento	16	0,08	36	14.89	11.30

Resultados

Em seguida, procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos no âmbito do estudo apresentado.

Análise Descritiva: Resultados obtidos nas dimensões da EBP – Escala de *Bonding* Parental

No que concerne os valores das análises descritivas apresentados na tabela 5, verifica-se que na EBP os participantes obtêm pontuações médias mais elevadas na subescala paterna na dimensão “Cuidar” (M=18.6 DP=9.75), seguidas de pontuações mais elevadas na subescala materna nas dimensões “Cuidar Contingente” (M=13.69; DP=4.46) e “Cuidar Negligente” (M=9.66; DP=4.11).

Comparando os valores desta amostra com os que foram encontrados pelos autores da validação da escala para a população portuguesa, verifica-se que as pontuações da subescala materna “Cuidar Contingente” e “Autonomia Instrumental” são inferiores, ao contrário das pontuações das dimensões “Cuidar Negligente” e “Negação da Autonomia Psicológica”, cujos valores são superiores. No que concerne a subescala paterna, observa-se que nas dimensões “Cuidar” e “Autonomia Instrumental” as pontuações são ligeiramente inferiores, com exceção da dimensão Negação da Autonomia Psicológica que apresenta valores superiores.

Tabela 5 - Resultados descritivos das dimensões da EBP

Subescala Materna				
	Cuidar Contingente	Cuidar Negligente	Autonomia Instrumental	Negação da Autonomia Psicológica
M	13.69	9.66	5.42	5.57
DP	4.46	4.11	3.74	3.4
Subescala Paterna				
	Cuidar	Autonomia Instrumental	Negação da Autonomia Psicológica	
M	18,6	5,63	6,57	
DP	9.75	4.07	4,18	

Análise Descritiva: Resultados obtidos nas dimensões do BSI – Inventário de sintomas psicopatológicos

Como se pode verificar na tabela 6, os resultados das análises descritivas demonstram que no questionário BSI, os participantes relatam as pontuações médias mais elevadas na escala “Depressão” (M=8.6; DP=4.88), seguidas de pontuações mais elevadas nas escalas “Obsessões Compulsões” (M=8.63;DP=4.25) e “Ansiedade” (M=7.75;DP=3.99).

Tabela 6 - Resultados descritivos das dimensões do BSI

Dimensões	Média	Mínimo	Máximo	DP
Psicoticismo	6.78	0	19	4.24
Sensibilidade Interpessoal	4.87	0	16	3.11
Somatização	6.84	0	18	4.48
Obsessões Compulsões	8.63	0	18	4.25
Depressão	8.96	0	21	4.88
Ansiedade	7.75	2	19	3.99
Hostilidade	5.66	0	16	3.72
Ansiedade Fóbica	3.39	0	12	2.70
Ideação Paranoide	7.54	1	19	4.06
IGS	1.25	0.23	3.11	0.62
TSP	35.09	10	50	11.35
ISP	1.82	1.05	3.37	0.53

Atendendo ao ponto de corte do Índice de Sintomas Positivos (ISP maior ou igual a 1.7) da análise dos resultados dos participantes constata-se que 51.51% (n=17) apresenta provável perturbação emocional e 48.4.8% (n=16) não apresenta (cf. Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização dos participantes quanto à presença ou ausência de perturbação emocional (Índice de Sintomas Positivos do BSI)

		Amostra (N=33)	
		N	%
BSI	Com provável perturbação emocional	17	51.51
	Sem perturbação emocional	16	48.48

Análise Inferencial: *Bonding* parental vs. Agregado familiar na infância e na adolescência

Hipótese 1 – Existem diferenças na percepção dos estilos de *bonding* parental em função da composição do agregado familiar na infância e na adolescência.

Para o teste desta hipótese, recorreu-se, como se disse, à utilização do teste ANOVA. Como se pode ver na tabela 8, há diferenças estatisticamente significativas na percepção dos estilos de *bonding* parental, em função do agregado familiar na infância. Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão “Cuidar Contingente Materno” ($F=6.767$, $p=.001$), sendo que os sujeitos que viveram com a família nuclear ($M=14.55$, $DP=4.39$) apresentaram médias estatisticamente superiores aos que viveram com a família alargada ($M=12.17$; $DP=2.41$), aos que viveram só com um dos progenitores ($M=6.00$; $DP=0.00$).

O agregado familiar na infância influencia também a “Negação da Autonomia Psicológica Materna” [$F(4.698)$, $p=.009$], sendo que os sujeitos que viveram com um dos progenitores ($M=14.00$; $DP=0.00$) apresentaram médias estatisticamente superiores aos que viveram em outra situação ($M=12.00$; $DP=0.00$), aos que viveram com a família nuclear ($M=5.30$; $DP=2.86$) e aos que viveram com a família alargada ($M=4.72$; $DP=3.06$).

Tabela 8 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP, em função do agregado familiar na infância (ANOVA one-way)

	Agregado familiar na infância	N	Média	DP	F	P
Subescala Materna						
	Com um dos progenitores	1	6.00	.		
	Família Nuclear	20	14.55	4.39		
Cuidar Contingente	Família Alargada	11	14.09	4.39	6,767	0,001*
	Outra situação	1	.	.		
	Total	33	13.69	4.46		
	Com um dos progenitores	1	6.00	.		
	Família Nuclear	20	10.3	3.35		
Cuidar Negligente	Família Alargada	11	9.72	4.60	2,606	0,071
	Outra situação	1	.	.		
	Total	33	9.66	4.46		

	Com um dos progenitores	1	9.00	.		
Autonomia Instrumental	Família Nuclear	20	5.35	4.19		
	Família Alargada	11	5.09	3.11	0,372	0,774
	Outra situação	1	7.00	.		
	Total	33	5.42	3.74		
	Com um dos progenitores	1	14	.		
Negação da Autonomia Psicológica	Família Nuclear	20	5.30	2.86		
	Família Alargada	11	4.72	3.06	4,698	0,009*
	Outra situação	1	12.00	.		
	Total	33	5.57	3.40		
Subescala paterna						
	Com um dos progenitores	1	16.00	.		
Cuidar	Família Nuclear	20	20.30	9.44		
	Família Alargada	11	17.45	9.63	1,566	0,219
	Outra situação	1	.00	.		
	Total	33	18.60	9.75		
	Com um dos progenitores	1	5.00	.		
Autonomia Instrumental	Família Nuclear	20	5.15	4.13		
	Família Alargada	11	6.90	4.13	0,706	0,556
	Outra situação	1	2.00	.		
	Total	33	5.63	4.18		
	Com um dos progenitores	1	2.00	.		
Negação da Autonomia Psicológica	Família Nuclear	20	6.45	4.63		
	Família Alargada	11	7.54	3.26	0,832	0,487
	Outra situação	1	3.00	.		
	Total	33	6.57	4.18		

*Nível de significância $p < 0,05$

Na tabela 9, verificam-se também a existência de diferenças estatisticamente significativas na percepção dos estilos de bonding parental, em função do agregado familiar na adolescência. Destaca-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão “Cuidar Paterno” ($F= 3.339$, $p=.033$), sendo que os sujeitos que viveram com a família nuclear ($M=22.32$, $DP=8.54$) apresentaram médias estatisticamente superiores aos que viveram com um dos progenitores ($M=19.00$; $DP=13.29$), aos que viveram com família alargada ($M=11.60$; $DP=6.25$) e aos que viveram noutra situação ($M=11.00$; $DP=8.67$).

Tabela 9 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP, em função do agregado familiar na adolescência (ANOVA one-way)

		Agregado familiar na adolescência	N	Média	DP	F	P
Subescala materna							
Cuidar Contingente	Com um dos progenitores		4	14.25	5.67	0.187	0.904
	Família Nuclear		19	14.00	3.62		
	Família Alargada		6	13.33	3,93		
	Outra situação		4	12.25	8.50		
	Total		33	13,69	4.46		
Cuidar Negligente	Com um dos progenitores		4	9.25	4.42	0.516	0.675
	Família Nuclear		19	10.36	3.63		
	Família Alargada		6	8.00	4.24		
	Outra situação		4	9.25	6,50		
	Total		33	9.66	4.11		
Autonomia Instrumental	Com um dos progenitores		4	4.50	3,10	0.668	0.578
	Família Nuclear		19	6.00	3.91		
	Família Alargada		6	5.66	4.17		
	Outra situação		4	3.25	2.98		
	Total		33	5.42	3.74		
Negação da Autonomia Psicológica	Com um dos progenitores		4	7.50	5.19	0.519	0.673
	Família Nuclear		19	5.15	3.16		
	Família Alargada		6	5.83	2.22		
	Outra situação		4	5.25	4.71		
	Total		33	5.57	3.40		
Subescala paterna							
Cuidar	Com um dos progenitores		4	19.00	13.29	3.339	.033*
	Família Nuclear		19	22.31	8.54		
	Família Alargada		6	11.66	6.25		
	Outra situação		4	11.00	8.67		
	Total		33	18.60	9.75		
Autonomia Instrumental	Com um dos progenitores		4	5.00	4.08	1.424	.256
	Família Nuclear		19	6.15	3.90		
	Família Alargada		6	6.83	4.99		
	Outra situação		4	2.00	2.16		
	Total		33	5.63	4.07		

Negação da Autonomia Psicológica	Com um dos progenitores	4	7.75	5.56	1.033	0.393
	Família Nuclear	19	6.78	4.61		
	Família Alargada	6	7.33	2.25		
	Outra situação	4	3.25	1.25		
	Total	33	6.57	4.18		

*Nível de significância $p < 0,05$

Análise Inferencial: Bonding parental vs. Substância psicoativa utilizada na experimentação

Hipótese 2 – Existe relação entre a percepção dos estilos de bonding parental e a principal substância psicoativa utilizada na experimentação pelos participantes.

Para se compreender a influência da principal substância psicoativa utilizada na experimentação na percepção do *bonding* parental, utilizámos o Teste *T-Student*. Ao realizarmos o cruzamento entre as diversas dimensões do bonding parental, verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre o “Cuidar Contingente Materno” ($p=0.012$) e os tranquilizantes (cf. tabela 10) e a “Autonomia Instrumental Paterna” ($p=0.035$) e a cocaína (cf. tabela 11). Quanto ao consumo de tabaco, álcool, haxixe, heroína, anfetaminas, ecstasy e LSD não se comprovam diferenças estatisticamente significativas em relação às médias de cada uma das dimensões do Bonding parental (cf. tabela 10, 11 e 12).

Tabela 10 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP, em função das principais substâncias psicoativas utilizadas na experimentação (tabaco, álcool e/ou tranquilizantes) pelo Teste T-Student com variâncias iguais.

Dimensões	Substâncias psicoativas utilizadas na experimentação					
	Tabaco		Álcool		Tranquilizantes	
Cuidar Contingente	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p
	13.76±4.56	0.782	13.15±3.68	0.428	9.66 ± 6.77	0.012*
Cuidar Negligente	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p
	9.60±4.14	0.774	9.10±3.82	0.369	8.00 ± 4.93	0.279
Autonomia Instrumental	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p
	5.36±3.58	0.785	6.10±4.05	0.229	6.16 ± 3.12	0.599

Negação da Autonomia Psicológica	Tabaco		Álcool		Tranquilizantes	
	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p
	5.73±3.41	0.410	5.89±3.26	0.540	7.33 ± 5.20	0.166
Subescala Paterna						
Cuidar	Tabaco		Álcool		Tranquilizantes	
	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p
	18.70±10.07	0.864	17.68±9.18	0.536	17.50 ± 9.50	0.764
Autonomia Instrumental	Tabaco		Álcool		Tranquilizantes	
	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p
	5.80±4.11	0.475	5.73±4.02	0.872	6.00 ± 2.52	0.813
Negação da Autonomia Instrumental	Tabaco		Álcool		Tranquilizantes	
	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p	Média ± DP	Valor de p
	6.93±4.21	0.122	7.00±1.00	0.506	5.33 ± 2.50	0.430

*Nível de significância p <0,05

Tabela 11 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP em função das principais substâncias psicoativas utilizadas na experimentação (haxixe, cocaína e/ou heroína) pelo Teste T-Student com variâncias iguais.

Dimensões	Substâncias psicoativas utilizadas na experimentação					
	Subescala materna					
Cuidar Contingente	Haxixe		Cocaína		Heroína	
	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	14.65±3.89	0.061	13.54±3.98	0.893	13.55±4.27	0.913
Cuidar Negligente	Haxixe		Cocaína		Heroína	
	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	10.34±4.01	0.152	9.63±3.64	0.977	9.66±3.87	1.000
Autonomia Instrumental	Haxixe		Cocaína		Heroína	
	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	4.65±3.51	0.072	7.09±3.23	0.070	6.77±3.52	0.208
Negação da Autonomia Psicológica	Haxixe		Cocaína		Heroína	
	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	5.34±3.76	0.569	6.72±3.71	0.174	6.88±4.13	0.179
Subescala paterna						
Cuidar	Haxixe		Cocaína		Heroína	
	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	18.69±9.64	0.938	17.45±5.00	0.639	17.77±4.29	0.771
Autonomia Instrumental	Haxixe		Cocaína		Heroína	
	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	5.82±3.93	0.692	7.72±3.69	0.035*	7.00±3.67	0.245
Negação da Autonomia Instrumental	Haxixe		Cocaína		Heroína	
	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	6.39±3.72	0.707	7.36±5.14	0.453	6.00±3.74	0.636

*Nível de significância p <0,05

Tabela 12 - Análise das diferenças nas dimensões da EBP, em função das principais substâncias psicoativas utilizadas na experimentação (anfetaminas, Ecstasy e/ou LSD) pelo Teste T-Student com variâncias iguais.

Dimensões	Substâncias psicoativas utilizadas na experimentação					
	Subescala materna					
	Anfetaminas		Ecstasy		LSD	
Cuidar Contingente	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	12.80±7.46	0.634	15.33±2.51	0.515	16.00±2.44	0.278
	Anfetaminas		Ecstasy		LSD	
Cuidar Negligente	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	7.80±5.63	0.277	10.00±5.00	0.886	9.75±4.11	0.966
	Anfetaminas		Ecstasy		LSD	
Autonomia Instrumental	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	5.60±4.03	0.911	5.33±3.21	0.966	7.00±4.24	0.377
	Anfetaminas		Ecstasy		LSD	
Negação da Autonomia Psicológica	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	7.20±3.83	0.254	6.33±3.78	0.693	6.75±3.20	0.471
	Subescala materna					
	Anfetaminas		Ecstasy		LSD	
Cuidar	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	12.80±9.03	0.152	21.66±0.57	0.577	19.00±5.35	0.933
	Anfetaminas		Ecstasy		LSD	
Autonomia Instrumental	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	3.80±5.01	0.281	4.00±3.60	0.475	6.00±4.96	0.853
	Anfetaminas		Ecstasy		LSD	
Negação da Autonomia Instrumental	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p	M±DP	Valor de p
	6.60±4.33	0.989	8.66±4.04	0.372	8.75±3.30	0.274

*Nível de significância $p < 0,05$

Análise inferencial: *Bonding* parental vs. Sintomatologia psicopatológica

Hipótese 3 – Existe relação entre a percepção dos estilos de *bonding* parental e a sintomatologia psicopatológica

De forma a se testar a hipótese 3, procedeu-se à análise das correlações de Pearson entre a percepção dos estilos de *bonding* parental e os sintomas psicopatológicos. Partindo da tabela 13, verifica-se a que algumas dimensões da EBP e os scores do BSI estão negativamente associados entre si. A dimensão “Cuidar Negligente da mãe” é sem dúvida aquela que mais se apresenta de forma significativa com a sintomatologia psicopatológica, correlacionando-se

negativamente com as “Obsessões-Compulsões” ($r=-.66$, $p <.01$). Os níveis de “Cuidar Negligente da mãe” correlacionam-se ainda com os sintomas de “Psicoticismo” ($r=-.46$, $p <.01$), de “Ansiedade Fóbica” ($r=-.45$, $p <.01$), de “Hostilidade” ($r=-.42$, $p <.05$), de “Somatização” ($r=-.41$, $p <.05$) e de “Ansiedade” ($r=-.39$, $p <.05$). Os níveis do “Cuidar Contingente da mãe” correlacionam-se negativamente com os sintomas de “Obsessões-Compulsões” ($r=-.51$, $p <.01$), de “Somatização” ($r=-.38$, $p <.05$), de “Hostilidade” ($r=-.37$, $p <.05$) e de “Ansiedade” ($r=-.35$, $p <.05$). Por último, também se verifica uma correlação negativa entre a “Negação da Autonomia Psicológica do Pai” e a “Depressão” ($r=-.36$, $p <.05$). As restantes correlações não são significativas.

Tabela 13 - Correlação R de Pearson entre os itens do EBP e do BSI

Dimensões	Mãe				Pai		
	Cuidar Contingente	Cuidar Negligente	Autonomia Instrumental	Negação da Autonomia Psicológica	Cuidar	Autonomia Instrumental	Negação da Autonomia Psicológica
Psicoticismo	-0.31	-.46**	.06	.13	-.25	.04	-.03
Sensibilidade Interpessoal	-.23	-.27	.02	.14	-.16	-.03	-.18
Somatização	-.38*	-.41*	-.02	.15	-.23	.00	-.06
Obsessões Compulsões	-.51**	-.66**	.17	.24	-.14	-.05	-.01
Depressão	-.28	-.32	-.19	0,17	-.3	-.23	-.36*
Ansiedade	-.35*	-.39*	-.11	.16	-.21	-.1	-.15
Hostilidade	-.37*	-.42*	.11	.17	-.14	-.25	-.26
Ansiedade Fóbica	-.19	-.45**	-.09	.34*	-.06	-.13	-.06
Ideação Paranoide	-.12	-.23	-.14	-.08	-.24	-.09	-.21
BSITT	-.37*	-.48**	-.02	.19	-.23	-.12	-.18
TSP	-.38*	-.48**	.07	.18	-.21	-.01	-.15
ISP	-.24	-.36*	-.06	.11	-.21	-.22	-.2
IGS	-.37*	-.48**	-.02	.19	-.23	-.12	-.18

* Correlação significativa para α de 0.05

** Correlação significativa para α de 0.01

Discussão/Conclusão

O principal objetivo deste trabalho foi contribuir para o estudo do *bonding* parental em toxicodependentes e investigar as suas possíveis associações com a sintomatologia psicopatológica. Para isso, averiguou-se os valores médios das dimensões das perceções dos estilos de *bonding* parental e da psicopatologia; identificou-se diferenças nos índices de

bonding parental em função das características demográficas e das substâncias psicoativas consumidas nesta população.

Todos os participantes pertencem a uma população clínica, ou seja, todos possuem um diagnóstico clínico de abuso de substâncias ou dependência de substâncias psicoativas e são utentes de duas instituições apoio social à toxicodependência.

Tomando como primeiro ponto de análise os resultados obtidos através da análise descritiva referentes aos instrumentos utilizados, verifica-se que relativamente à EBP a amostra relatou o índice mais elevado na dimensão “cuidar paterno”, seguindo-se o índice da dimensão “Cuidar Contingente Materno”. Salienta-se que de acordo com Leal & Marôco (2010), as referidas dimensões relacionam-se com as expressões de “afeto, calor emocional e proximidade”, características relacionais que não são encontrados na literatura sobre *bonding* parental na toxicodependência (Schweitzer & Lawton, 1989; Torresani et al., 2000). Era esperado que as dimensões “Negação da Autonomia Psicológica” em relação a ambos os pais e o “Cuidar Negligente materno” obtivessem valores mais elevados, ou seja, que o estilo de *bonding* predominante na população toxicodependente fosse o controlo sem afeto.

Relativamente à análise descritiva do BSI verifica-se que a amostra relatou maiores índices de perturbação nas escalas de “Depressão”, “Obsessões-Compulsões” e “Ansiedade”, sendo que os menores índices de sintomatologia ocorreram na escala “Ansiedade Fóbica”. Tendo em conta o Índice de Sintomas Positivos, verifica-se que 51.51% dos participantes apresenta provável perturbação emocional. Estes resultados são semelhantes aos encontrados nos estudos que examinaram a sintomatologia psicopatológica em populações de toxicodependentes (EMCDDA, 2016; Formiga e colaboradores 2015).

Em relação à primeira hipótese, os resultados permitem-nos concluir que a perceção do *bonding* parental difere consoante a composição do agregado familiar na infância e na adolescência. Os participantes que na infância viveram com a família nuclear percecionam mais o “Cuidar Contingente Materno” em comparação com os que viveram com a família alargada ou só com um dos progenitores. Já os que viveram só com um dos progenitores revelam percecionam mais a “Negação da Autonomia Psicológica Materna” em comparação com os que viveram em outra situação (com a nuclear e a alargada). Por outro lado, os participantes que na adolescência viveram com a família nuclear percecionam mais o “Cuidar Paterno” em comparação com os que viveram com a família alargada ou só com um dos progenitores. Eram esperadas diferenças entre as variáveis, porém os resultados não são congruentes com os que a literatura revela.

Quanto à segunda hipótese, verificaram-se correlações entre os estilos de *bonding* parental e a principal substância psicoativa utilizada na experimentação. Verificaram-se duas associações significativas: entre o “Cuidar Contingente Materno” e o consumo de tranquilizantes e entre a “Autonomia Instrumental Paterna” e o consumo de cocaína. Eram esperadas associações entre as variáveis, contudo não são coincidentes com as encontradas na literatura (Pettenon et al., 2014 ; Pereira et al., 2015 e Segura-García et al., 2016).

Relativamente à terceira hipótese, verificaram-se correlações entre as dimensões da EBP e as do BSI. Estas correlações apresentaram-se estatisticamente significativas na dimensão “Cuidar Negligente da mãe”, mas correlacionaram negativamente com as “Obsessões-Compulsões”, o “Psicoticismo”, a “Hostilidade”, a “Somatização” e a “Ansiedade” ($r=-.39$, $p < .05$). Isto significa que quanto maior a percepção do “Cuidar Negligente materno” menores são os níveis de sintomatologia psicopatológica manifestada pelos indivíduos. Já em relação aos níveis do “Cuidar Contingente Materno” que também se correlacionam negativamente com os sintomas de “Obsessões-Compulsões”, “Somatização”, “Hostilidade” e “Ansiedade”, significa que quanto maior é o “Cuidar Contingente Materno” (o afeto, calor emocional e proximidade) menores são os níveis de sintomatologia psicopatológica manifestada pelos indivíduos. Por último, correlação negativa dos níveis de “Negação da Autonomia Psicológica Paterna” com a “Depressão”, sugere que quanto maior é o controlo, a superproteção, a intrusão, a proximidade excessiva e o reforço dos comportamentos de dependência do pai menores são os níveis de sintomatologia psicopatológica manifestada pelos indivíduos. Nestas três situações, os resultados encontram-se em desacordo com os estudos encontrados na literatura (Lima et al., 2010; Otowa et al., 2013; Young et al., 2011).

Algumas razões podem ter contribuído para estes resultados incoerentes com a literatura. Para a recolha de dados foram utilizados questionários de autorrelato, que implicaram a presença da investigadora durante o seu preenchimento. Este facto embora proporcione a elucidação de dúvidas ao participante apresenta desvantagens porque a ausência de privacidade pode impossibilitar respostas sinceras, levando à possibilidade de falsos resultados. Por outro lado, os autorrelatos podem ser afetados por aspetos ligados à necessidade de ajustamento psicossocial, às particularidades das experiências descritas (como a gravidade, a idade e a duração), aos processos normativos de esquecimento e psicopatologia. Esta última pode modificar os relatos por consequência de ilusões, delírios, medicamentos, entre outros. Partindo do pressuposto que estes aspetos que podem influenciar a validade do relato, e considerando a especificidade destes participantes, os resultados

obtidos podem possuir pouca validade, e assim esclarecer a razão pela qual os resultados não foram os esperados na terceira hipótese (Del Boca & Noll, 2000).

Globalmente, na amostra deste estudo observou-se que a percepção dos participantes face às experiências emocionais vividas precocemente com o pai e a mãe é marcada pelas expressões de afeto, calor emocional e proximidade. Embora, esta conclusão geral não seja congruente com a literatura consultada, é de salientar a percepção de uma elevada “Negação da Autonomia Psicológica Materna na infância dos participantes oriundos de famílias compostas por um só progenitor. De acordo com Segura-García e seus colaboradores (2016), esta dimensão, que no artigo é designada por Superproteção materna, correlaciona-se positivamente com os consumos de cocaína, heroína, ecstasy e LSD.

Limitações do estudo e sugestões

Como a maioria das investigações, o presente estudo também apresenta limitações. A primeira já referida anteriormente, relaciona-se com a escolha das medidas que se cingiram ao autorrelato. Isto significa que os dados obtidos não se basearam em documentos oficiais que possibilitem a comprovação das respostas dadas pelos participantes no momento da sua recolha. Desta forma, deve-se considerar que os dados obtidos podem não corresponder totalmente à realidade.

Em segundo lugar, salienta-se o facto da recolha se ter limitado a apenas dois estabelecimentos de apoio à toxicodependência e ainda ao fato do número de participantes ser reduzido.

Considerando os resultados e as limitações deste estudo, seria importante, em investigações futuras, constituir uma amostra maior e mais homogênea em termos de faixas etárias, que possibilitasse a realização de outras comparações: entre os géneros; entre toxicodependentes “ativos”, em tratamento de substituição e aqueles que já não consomem; entre consumidores de drogas leves e pesadas e entre toxicodependentes e a população em geral.

Seria, ainda, particularmente enriquecedor desenvolver estudos futuros com o recurso a metodologias de natureza longitudinal, que permitam investigar as diversas interações possíveis entre as variáveis ao longo do tempo. Neste sentido, considera-se pertinente a realização de uma análise da história psicopatológica dos participantes, em que haja o acesso

a eventuais diagnósticos psicopatológicos anteriores de forma a se conhecer o percurso desenvolvimental de cada indivíduo.

Bibliografia

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. *Hillsdale: Erlbaum*, 204, 730–731.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Oxford*.
<http://doi.org/10.1525/aa.1969.71.1.02a00270>
- Bowlby, J. (1958). The Nature of the Child's Tie To His Mother. *International Journal of PsychoAnalysis*, 39, 350–373. <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2012.08.002>
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Volume I: Attachment. *The International Psycho-Analytical Library*, 79, 1–401. <http://doi.org/10.2307/588279>
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, Volume II: Separation, Anxiety and Anger. *The International Psycho-Analytical Library*, 95(1973), 1–429.
- Carriço, C. N., & Paixão, R. (2010). Vinculação, Memórias de Infância e Estilos Defensivos na População Dependente de Substâncias: Estudo Comparativo e Multivariado. *Psychologica*, II, 559–584.
- Conner, B. T., Helleman, G. S., Ritchie, T. L., & Noble, E. P. (2010). Genetic, personality, and environmental predictors of drug use in adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2), 178–190. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.07.004>
- Crime, U. N. O. on D. and C. (2015). *World Drug Report 2015*. Vienna.
<http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Del Boca, F. K., & Noll, J. A. (2000). Truth or consequences: the validity of self-report data in health services research on addictions. *Addiction*, 95(11s3), 347–360.
<http://doi.org/10.1046/j.1360-0443.95.11s3.5.x>
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems. (3rd ed.).
- Dias, C. A. (1980). *A Influência Relativa dos Fatores Psicológicos e Sociais no Evolutivo Toxicómano*. Coimbra.
- EMCDDA. (2016). *Relatório Europeu sobre Drogas 2016*. <http://doi.org/10.2810/7534>
- Formiga, M. B., Vasconcelos, S. C., Galdino, M. K. C., & Lima, M. D. C. (2015). Presence of dual diagnosis between users and non-users of licit and illicit drugs in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(4), 288–295. <http://doi.org/10.1590/0047-2085000000091>

- Iglesias, E. B., Fernández del Río, E., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: a review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26(1), 77–86. <http://doi.org/10.20882/adicciones.26.1>
- Kendler, K. S., Maes, H. H., Sundquist, K., Ohlsson, H., & Sundquist, J. (2014). Genetic and family and community environmental effects on drug abuse in adolescence. A Swedish National Twin and Sibling Study. *The American Journal of Psychiatry*, 171(2), 209–17. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12101300>
- Lahey, B. B. (2014). Handbook of Developmental Psychopathology. *Handbook of Developmental Psychopathology (2nd Ed.)*. Sameroff, (April), 431–446. Dordrecht. <http://doi.org/10.1007/978-1-4615-4163-9>
- Leal, I., & Marôco, J. (2010). *Avaliação em Sexualidade e Parentalidade*. (L. Editora, Ed.). Porto.
- Lima, A. R., Mello, M. F., & Mari, J. de J. (2010). The role of early parental bonding in the development of psychiatric symptoms in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 383–387. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833a51ce>
- McLellan, A. T., & Druley, K. A. (1977). Non-random relation between drugs of abuse and psychiatric diagnosis. *Journal of Psychiatric Research*, 13(3), 179–184. [http://doi.org/10.1016/0022-3956\(77\)90007-3](http://doi.org/10.1016/0022-3956(77)90007-3)
- Merikangas, K. R., & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779–789. <http://doi.org/10.1007/s00439-012-1168-0>
- Otowa, T., Gardner, C. O., Kendler, K. S., & Hettema, J. M. (2013). Parenting and risk for mood, anxiety and substance use disorders: A study in population-based male twins. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(11), 1841–1849. <http://doi.org/10.1007/s00127-013-0656-4>
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. <http://doi.org/10.1016/j.pbb.2016.06.005>
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). Manual of Parental Bonding Instrument, 1–10.
- Pereira, L. C., Jesus, I. S. De, Barbuda, A. D. S., Sena, E. L. D. S., Yarid, S. D., Cerutti, F., ... Argimon, I. I. D. L. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(2), 173–181. <http://doi.org/10.14718/ACP.2015.18.2.15>

- Pettenon, M., Kessler, F. H. P., Guimarães, L. S. P., Pedroso, R. S., Hauck, S., & Pechansky, F. (2014). Perceptions of parental bonding in freebase cocaine users versus non-illicit drug users. *Indian Journal of Medical Research*, 139(JUN), 835–840.
- Schweitzer, R. D., & Lawton, P. a. (1989). Drug abusers' perceptions of their parents. *British Journal of Addiction*, 84(3), 309–14. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2706386>
- Segura-García, C., Rania, M., Aloí, M., Palmieri, A., Pellegrino, A., Manfreda, A. P., ... De Fazio, P. (2016). Parental bonding in substance and alcohol abusers. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 18(2), 13–20.
- Shahraki, A., Raghobi, M., & Kord, B. (2015). Investigation The relationship between parental attachment styles, with a tendency to drug addiction. *Researcher*, 7(2), 77–82. Retrieved from <http://www.sciencepub.net/researcher>
- SICAD. (2015). *Relatório Anual - 2014 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. (SICAD, Ed.) (Vol. 1). <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., ... Kessler, R. C. (2011). Mental Disorders as Risk factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-year Follow-up of the National Comorbidity Survey, 105(6), 1117–1128. <http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x>.Mental
- Torresani, S., Favaretto, E., & Zimmermann, C. (2000). Parental representations in drug-dependent patients and their parents. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 123–9. [http://doi.org/S0010-440X\(00\)90145-7](http://doi.org/S0010-440X(00)90145-7) [pii]
- Van Ijzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-Cultural Patterns of Attachment: A Meta-Analysis of the Strange Situation. *Source: Child Development*, 59(November 2015), 147–156. <http://doi.org/10.1111/1467-8624.ep10514129>
- Young, R., Lennie, S., & Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(8), 889–897. <http://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02390.x>