



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

**Vinculação e Estratégias de *Coping* em  
toxicodependentes e população normativa**

**Um estudo comparativo**

**Ana Beatriz Matias Abreu**

**Dissertação para obtenção do Grau de Mestre na especialidade**

**Psicologia Clínica e da Saúde**

**Orientadora: Prof. Doutora Fátima Simões**

**Covilhã, Outubro de 2011**

# Dedicatória

Aos meus avós, Conceição e Narsélio. Que me ensinaram que quando se parte, é para ficar...  
no céu, a brilhar.

## Resumo

O presente estudo tem como objectivos verificar a existência de diferenças significativas entre a população normativa e toxicodependente, a nível da vinculação e estratégias de coping, procurando, ainda, verificar se as dimensões que compõem estas variáveis se correlacionam. Para tal, foram utilizados o *Attachment Style Questionnaire* (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994), adaptado à população portuguesa por Carrinho & Pereira (2009) e o *Inventário de Resolução de Problemas* (Vaz Serra, 1987). Participaram neste estudo 133 sujeitos, com idades compreendidas entre os 21 e os 61 anos. Observaram-se diferenças significativas na vinculação ao nível das dimensões “confiança” e “preocupação com as relações” e nas dimensões “pedido de ajuda” e “auto-responsabilização e medo das consequências” ao nível das estratégias de coping. Na amostra normativa, a dimensão “confiança” correlacionou-se de forma positiva com as dimensões “controlo interno/externo dos problemas” e “estratégias de controlo das emoções”. As dimensões relacionadas com a vinculação ansiosa correlacionaram-se negativamente com as dimensões “controlo interno/externo dos problemas”, “confronto e resolução activa dos problemas” e “confronto do problema e planificação da estratégia”. Na amostra toxicodependente, as três dimensões relacionadas com a “vinculação ansiosa” correlacionaram-se com as dimensões “controlo interno/externo dos problemas” e “estratégias de controlo das emoções”.

Palavras-chave: Vinculação, Estratégias de Coping, Toxicodependência

# Abstract

The purpose of the present study is to verify the existence of significant differences between the normative and addicted population, regarding attachment and coping strategies. In addition, it is verified whether the dimensions that comprise these variables are correlated. For such, were used the *Attachment Style Questionnaire* (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994), adapted to the portuguese population by Carrinho & Pereira (2009) and the *Inventory of Problem Solving* (Vaz Serra, 1987). In this study participated 133 subjects, aged between 21 and 61 years. We observed significant differences in attachment at the level of the dimensions "trust" and "concern with the relations" and in the "request assistance" and "self-accountability and fear of the consequences" at the level of coping strategies. In the normative sample, the dimension "trust" correlated positively with the dimensions "control internal/external problems" and "strategies for the control of emotions". The dimensions related to the anxious attachment correlated negatively with the dimensions "control internal/external problems", "confrontation and resolution of problems" and "confrontation of the problem and planning of the strategy". In the addicted sample, the three dimensions related to the "linking anxious" correlated with the dimensions "control internal/external problems" and "strategies for the control of emotions".

Key-words: Attachment, Coping Strategies, Addiction

# Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão pelo apoio prestado.

À Professora Doutra Fátima Simões, pela orientação, paciência e disponibilidade.

À Doutora Natália Nogueira pela disponibilidade constante, ao longo deste caminho.

Aos meus pais e irmã, pelo Amor e Amizade que, incondicionalmente, me prestam.

À Sara pela ajuda incansável, empatia, perseverança e Amizade (tão) sincera.

Aos meus Amigos Pedro, Mariana, Ana, Sara, Inês, Mafalda e Susana, por caminharem, lado a lado, comigo, sempre.

Aos meus tios, Félix e Rosário, por uma dedicação e carinho que nunca saberei descrever.

À minha família, pelos exemplos marcados de união e afecto que me transmitem.

Ao Joel, por me fazer compreender, constantemente, que uma caminhada a dois pode ser inexorável e bela.

# Índice

Dedicatória	pg. II
Agradecimentos	pg. IIII
Resumo	pg. IV
Abstract	pg. V
Introdução	pg. 1
Parte I – Enquadramento Conceptual	pg. 2
Capítulo I – O fenómeno da toxicodependência	pg. 2
Os comportamentos de consumo	pg. 2
Epidemiologia	pg. 4
Caracterização da população toxicodepenente portuguesa	pg. 5
Sociodemografia	pg. 5
Tratamento	pg. 5
Contra-ordenações	pg. 6
Etiologia	pg. 7
Capítulo II – Teoria da Vinculação	pg. 9
Vinculação e toxicodependência	pg. 12
Avaliação da vinculação no adulto	pg. 14
Capítulo III – Estratégias de Coping	pg. 16
Stress e estratégias de coping	pg. 16
Estratégias de coping	pg. 18
Estratégias de coping e toxicodependência	pg. 22
Avaliação das estratégias de coping no adulto	pg. 24
Capítulo IV – Vinculação e Estratégias de coping	pg. 25
Parte II – Objectivos e metodologia	pg. 28
Capítulo I – Objectivos	pg. 28
Capítulo II – Metodologia	pg. 28
Participantes	pg. 28
Instrumentos	pg. 28

Procedimentos	pg. 31
Capítulo III – Resultados	pg. 32
Sociodemografia	pg. 32
Contra-ordenações	pg. 34
Comportamento de consumo	pg. 36
Situações de vida traumáticas	pg. 38
Vinculação	pg. 39
Estratégias de Coping	pg. 41
Correlação entre variáveis	pg. 44
Capítulo IV – Discussão	pg. 48
Sociodemografia, contra-ordenações, comportamentos de consumo e situações de vida traumáticas	pg. 48
Vinculação	pg.50
Estratégias de Coping	pg. 51
Correlação entre variáveis	pg. 51
Capítulo V – Conclusões	pg. 55
Bibliografia	pg. 57
Capítulo VI – Anexos	pg. 74

# Lista de Figuras

Gráfico 1 - Motivos subjacentes a contra-ordenações (amostra normativa e amostra toxicodependente)

Gráfico 2 - Substâncias consumidas ( amostra normativa e amostra toxicodependente)

Gráfico 3 - Motivos de recaída

Gráfico 4 - Situações de vida traumáticas (amostra normativa e amostra toxicodependente)

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra normativa

Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra toxicodependente

Tabela 3 - Relação com a justiça (amostra normativa)

Tabela 4 - Relação com a justiça (amostra toxicodependente)

Tabela 5 - Idade de início de consumos (amostra normativa)

Tabela 6 - Idade de início de consumos (amostra toxicodependente)

Tabela 7 - Médias e desvios-padrão dos valores obtidos no *Attachment Style Questionnaire*

Tabela 8 - Comparação entre amostras das diferentes dimensões da vinculação (Teste U de Mann-Whitney)

Tabela 9 - Comparação entre amostras das diferentes dimensões da vinculação (T Student)

Tabela 10 - Médias e desvios-padrão dos valores obtidos no *Inventário de Resolução de Problemas*

Tabela 11 - Comparação dos factores correspondentes às estratégias de coping (T Student)

Tabela 12 - Comparação dos factores correspondentes às estratégias de coping (Teste U de Mann-Whitney)

Tabela 13 - Matriz de Correlação de Pearson entre a Vinculação e Estratégias de Coping

Tabela 14 - Matriz de Correlação de Spearman entre a Vinculação e Estratégias de Coping

Tabela 15 - Matriz de Correlação de Pearson entre Estratégias de Coping e Vinculação na amostra toxicodependente

Tabela 16 - Matriz de Correlação de Spearman entre Estratégias de Coping e Vinculação na amostra toxicodependente

# Introdução

A vinculação consiste num sistema motivacional relacionado com a procura e manutenção de contacto com o principal cuidador, e que se inicia e desenvolve logo após o nascimento (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1969). A Teoria da Vinculação de Bowlby e Ainsworth tem-se constituído nas últimas décadas como uma base segura a partir de onde podemos explorar as dinâmicas desenvolvimentais específicas do ser humano numa perspectiva de ciclo de vida e com recurso a uma diversidade metodológica. Os contributos da teoria e da investigação têm sido de tal forma relevantes que na actualidade a teoria da vinculação assume como um quadro conceptual extremamente robusto e por isso inquestionável para o estudo da vinculação em crianças, jovens e adultos (Faria, 2008). Os comportamentos de vinculação são dirigidos para a manutenção da homeostase, através da procura de proximidade a figuras de vinculação responsivas (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) (como citado em Howard & Medway, 2004). A obtenção de conforto em situações de stress facilita a regulação emocional, reforçando sentimentos de auto-competência (Markus & Cross, 1990). As estratégias de coping surgem paralelamente ao comportamento vincutivo, já que a percepção que o sujeito tem de si, e dos outros (enquanto responsivos ou não) influencia em grande escala a avaliação e interpretação da situação stressante, a carga emocional sentida, e os recursos mobilizados para fazer frente à ocorrência. Estilos de vinculação insegura constituem um factor de risco para a utilização de substâncias, enquanto mecanismos de auto-regulação emocional (Brennan & Shaver, 1995; Cooper, Shaver, & Collins, 1998; Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, & Weizman, 2003; McNally, Palfai, Levine, & Moore, 2003). Diversos estudos reportam uma ligação entre perturbações pela utilização de substâncias e vinculação insegura (Mikulincer & Shaver, 2007; Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, Küstner, & Eckert, 2005). Marlatt & Gordon (1985, 1996) referem, ainda, que a utilização de mecanismos de coping adequados diminuem a probabilidade de recaída, perante situações de risco.

O presente estudo tem como objectivo verificar se existem diferenças significativas entre esta população e a população normativa, no âmbito da vinculação e das estratégias de coping mobilizadas. Pretende-se, ainda, explorar a existência de correlações entre a vinculação e o coping, em cada uma das amostras, tentando compreender de que forma aqueles dois conceitos se relacionam. Um melhor conhecimento acerca da forma como sujeitos toxicodependentes se percebem a si e ao mundo que os rodeia, pode contribuir para estratégias de intervenção mais adequadas, tanto no âmbito da modificação destas mesmas percepções, como na introdução de novos recursos para lidar com as adversidades, diminuindo as taxas de recaída, e promovendo ajustamentos mais adequados.

# PARTE I – Enquadramento Conceptual

## Capítulo I – O Fenómeno da Toxicodependência

Independentemente de a sociedade considerar o uso de substâncias um problema moral ou legal, quando este cria dificuldades para o consumidor, ou deixa de ser algo ligeiramente volitivo, torna-se preocupação para todos os profissionais de saúde (Kaplan & Sadock, 2006), incluindo Psicólogos. Apesar da sua longa história - durante séculos a utilização de substâncias psicoactivas estava associada a justificativas religiosas, curativas e recreativas (Gainza, Nogué, Velasco, Hoffman, Burillo-Putze, Dueñas, Gómez, & Pinillos, 2003) – o crescimento do interesse público e governamental é relativamente recente (Kantorski, Lisboa & Souza, 2005).

Os comportamentos aditivos constituem um sério problema de saúde pública, criando sentimentos de insegurança, o aparecimento de organizações criminais, sendo fonte de sofrimento tanto para os adictos como para as suas famílias (Belloch, Sandín & Ramos, 2004); estão, também, relacionados com a violência, o aumento de infecções pelo vírus HIV e Hepatite, alterações na resposta dos hospitais e modificações no comportamento social (Gainza, Nogué, Velasco, Hoffman, Burillo-Putze, Dueñas, Gómez, & Pinillos, 2003). Ao mesmo tempo, apresenta-se como o melhor negócio saneado que existe actualmente, movimentando quantidades exorbitantes de dinheiro, permitindo a compra, corrupção e extorsão de um grande número de pessoas, um pouco por todo o mundo (Belloch, Sandín & Ramos, 2004).

Apesar da utilização de substâncias ilícitas não ser tão invulgar quanto se possa pensar, a dependência química é um fenómeno muito mais complexo, envolvendo questões sociais, políticas e psicológicas. As substâncias psicoactivas causam mudanças cerebrais irreversíveis, problemas físicos, afectando a esfera profissional e familiar (Laranjeira, 2001; Focchi & Andrade, 2001; Jungerman & Laranjeira, 2001, cit. in Kantorski, Lisboa & Souza, 2005). O abuso e dependência de drogas são sintoma e motivo de crise familiar, social e individual, decorrentes do modo de organização das sociedades industrializadas, que concebem o uso de drogas como oportunidade para obter prazer, permitir a evasão imediata do sofrimento, ou como forma de contestação/transgressão às normas vigentes (Santos, 2000, cit. in Kantorski, Lisboa & Souza, 2005).

### Os Comportamentos de Consumo

Os conceitos de consumo, abuso e dependência são, normalmente, utilizados quando nos referimos a substâncias psicoactivas, contudo, pode ser expandido a todas as condutas aditivas. Neste campo, por *uso* entende-se o consumo de uma substância que não acarreta consequências negativas para o indivíduo. Este termo utiliza-se geralmente quando os consumos são esporádicos ou quando as doses são moderadas (Belloch, Sandín & Ramos,

2004). Não causando danos, não poderá, por definição, ser considerado patológico. Contudo, algumas formas de consumo comportam riscos.

Em determinadas circunstâncias, mesmo o consumo que aparenta ser socialmente regulado é susceptível de provocar malefícios (*consumos de risco*). Importa precisar as características destes consumos, uma vez que as mesmas abrem caminho ao abuso e à dependência. Assim, é possível dividir os consumos de risco em duas categorias:

- a) O risco situacional: condução de veículos automóveis, de motas, motorizadas, maquinas e também durante a gravidez;
- b) O risco quantitativo: o consumo superior a determinados valores (tais como os definidos, por exemplo, pela Organização Mundial de Saúde relativamente ao álcool), ou seja, o consumo excessivo de substâncias psicoactivas (Rahoui & Reynaud, 2006).

O *abuso*, definido pelo DSM-IV (ou a *utilização nociva* do ICD-10), de substâncias psicoactivas coloca um verdadeiro problema de conceptualização e posicionamento: é difícil falar de doença quando este estado é reversível, depende em parte da vontade do consumidor e na medida em que só progressivamente se distancia do consumo normal. Contudo, o aparecimento de complicações somáticas ou psiquiátricas e de consequências sociais, familiares ou jurídicas induzidas, justifica que se fale de “perturbações pela utilização de substâncias, e que se proponha uma reposta sanitária eficaz para a gestão destes comportamentos prejudiciais. O principal interesse desta definição reside justamente no facto de obrigar a reconhecer a existência de um problema, uma “perturbação”, e a admitir que esta modalidade de comportamento de consumo (que provoca danos físicos, psíquicos e sociais antes mesmo de o sujeito ficar dependente) deveria ser considerada e tratada como uma entidade patológica. Trata-se de uma mudança conceptual, que permita transferir os comportamentos de consumo nocivo do campo da prevenção para o da patologia, legitimando o tratamento médico. O reconhecimento da existência de um consumo nocivo por parte do corpo medico torna mais difícil a negação individual e colectiva, na medida em que está sujeita a dados objectivos e a um consenso científico (Rahoui & Reynaud, 2006).

Em 1964, a OMS concluiu que o termo *adicção* não era científico e recomendou a sua substituição pelo termo *dependência de drogas*. Neste âmbito, dois conceitos têm sido empregues para definir diferentes aspectos da dependência: psíquico e físico (Sadock & Sadock, 2007). A *dependência psíquica* é definida pela necessidade do consumidor manter ou voltar a obter as sensações de prazer, bem-estar, satisfação e o estímulo que a substância provoca, mas também de evitar a sensação de mal-estar físico que se manifesta quando deixa de ter acesso ao produto: o desmame “psíquico”. Esta dependência psíquica traduz-se principalmente pelo *craving*: a procura compulsiva da substância, contra a razão e a vontade, expressão de uma necessidade maior e incontrolável (Rahoui & Reynaud, 2006). A *dependência física* refere-se aos efeitos físicos (fisiológicos) de episódios múltiplos do uso de substâncias (Sadock & Sadock, 2007), que levam o sujeito ao consumo da substância, para

evitar a síndrome de falta ligada à privação do produto. Para se estabelecer o diagnóstico de dependência não é obrigatório que exista dependência física (Rahioui & Reynaud, 2006).

## Epidemiologia

O consumo de substâncias com vista a alterar os estados de consciência surge paralelamente com a história da humanidade, e encontra-se presente em todas as culturas (Escohotado, 1989, cit. in Belloch, Sandín & Ramos, 2004). As substâncias psicoactivas fazem parte da vida das pessoas nas diversas formas de organização cultural dos indivíduos. Todas as culturas estudadas e conhecidas fazem uso de algum tipo de substância psicoactiva (Kantorski, Lisboa & Souza, 2005).

Contudo, é nas últimas décadas que se tem verificado um crescente interesse pela sua difusão entre culturas, manufactura e distribuição organizada a nível mundial, bem como o surgimento de múltiplos problemas pessoais, familiares, sociais, policiais e sanitários, nomeadamente a expansão do vírus HIV (Jacobson & Hanneman, 1992, cit. in Belloch, Sandín & Ramos, 2004). No final do século passado, o desenvolvimento de campos como a Química e a Farmacologia permitiram a sintetização de substâncias cada vez mais aditivas (cocaína e heroína) e das drogas sintéticas (Ecstasy e LSD) (Gainza, Nogué, Velasco, Hoffman, Burillo-Putze, Dueñas, Gómez, & Pinillos, 2003). Dentro das várias drogas, existem diversos grupos: a *cannabis*, os opiáceos, a cocaína, anfetaminas e LSD. De referir, ainda, o abuso de substâncias psicoactivas legais, sob forma medicamentosa e as drogas legais, como o álcool, tabaco e café.

De acordo com o Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que cerca de 155 a 250 milhões de pessoas, 3.5% a 5.7% da população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, consumiu substâncias ilícitas, pelo menos uma vez, no ano de 2009. Os consumidores de *Cannabis* constituem a maior parcela (129-190 milhões de pessoas), seguindo-se os consumidores de estimulantes associados às anfetaminas, opiáceos e cocaína. Contudo, no que diz respeito aos malefícios inerentes ao consumo, os opiáceos surgem em primeiro lugar (OMS, 2010).

Dados provenientes do relatório de 2010 do OEDT, revelam que Portugal é um dos países com menor taxa de prevalência de consumo de *cannabis* no último ano (6.6%), na faixa etária dos 15-24 anos, bem como no consumo de anfetaminas (0.2%), na faixa etária dos 15-64 anos. Comparativamente aos outros países da Europa, Portugal está entre aqueles que apresentam as menores prevalências de consumo de substâncias ilícitas, exceptuando o consumo de heroína ([www.idt.pt](http://www.idt.pt)).

No entanto, dados provenientes do relatório de 2010 do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) revelam que Portugal continua a ser um dos países com maior incidência de HIV relacionada com o consumo de droga injectada. Também as taxas de mortalidade causadas por VIH/sida entre os consumidores de droga mais elevadas foram comunicadas por Portugal, seguindo-se a Estónia, a Espanha, a Letónia, e a Itália (OEDT, 2010)

## Caracterização da população toxicodependente portuguesa

Segundo o Relatório Anual do IDT-IP (2009), entre 2001 e 2007 verificou-se um aumento moderado do consumo de substâncias ilícitas em Portugal. Contudo, ao nível das populações escolar e reclusa, essa tendência é contrária. Em 2007, tal como em 2001, a cannabis foi a substância ilícita que registou as maiores prevalências de consumo quer na população total (15-64 anos) quer na população jovem adulta (15-34 anos). Embora com prevalências de consumo muito inferiores, a cocaína surgiu como a segunda substância ilícita preferencialmente consumida entre estas populações, seguindo-se-lhe o ecstasy.

A análise por género mostra que, tanto na população total como na jovem adulta, o grupo masculino apresentou prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias mais elevadas do que o grupo feminino, para qualquer das substâncias ilícitas consideradas. O padrão preferencial de consumo da população portuguesa - em primeiro lugar o consumo de cannabis, seguindo-se-lhe o de cocaína e o de ecstasy - manteve-se a nível do grupo masculino e do feminino, em ambas as populações (IDT, I.P., 2009).

## Sociodemografia

Os utentes em tratamento são, na sua maioria, do sexo masculino (84% a 86%), com idades entre os 25-34 anos (28% a 35%) e 35-44 anos (31% a 44%), variando a idade média entre 33 e 38 anos consoante o tipo de estrutura. Persiste o gradual envelhecimento destas populações, nomeadamente os utentes em primeiras consultas na rede pública. São, predominantemente, indivíduos solteiros (54% a 67%). A maioria vive com familiares, predominando a coabitação só com a família de origem (36% a 45%) ou só com a família constituída (13% a 26%). De um modo geral, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias (37% a 61% não completaram o 3.º Ciclo do Ensino Básico) e situações laborais precárias (46% a 63% estavam desempregados).

## Tratamento

O tratamento constitui um dos pilares fundamentais da acção estratégica do IDT, IP, na diminuição dos riscos e das consequências dos consumos de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas. As estruturas que dão resposta a esta área de missão do IDT-IP são diversificadas: Equipas de Tratamento, Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas, Centro de Dia e Unidades de Alcoologia ([www.idt.pt](http://www.idt.pt)).

Os tratamentos mais frequentemente requisitados são os referentes ao consumo de Opiáceos. Neste âmbito, um dos procedimentos consiste no Tratamento de Substituição, no qual a dependência da droga ilícita é substituída pelo consumo medicamentoso de um opiáceo legal. Um dos medicamentos utilizados, é a metadona (morfinomimética), que, administrada regularmente e em dose adequada, retira o sofrimento físico provocado pela falta de heroína e a necessidade física de a consumir ([www.idt.pt](http://www.idt.pt)). A Buprenorfina (Subutex/Suboxone) é um agonista parcial para o receptor  $\mu$  e um antagonista parcial para o receptor kappa (receptores

opióides). Um outro tratamento, consiste nos Antagonistas Opiáceos (Naloxona e Naltrexone), que constituem medicamentos bloqueadores dos receptores opiáceos com tempo de actuação prolongado, que após tomados impedem o utilizador de sentir o efeito da substância, prevenindo a recaída por impulso.

Em 2009, registou-se um aumento de 9% relativamente a primeiras consultas, registadas nas Equipas de Tratamento (ET) do IDT, I.P., bem como um aumento do número de utentes que passaram a recorrer a estas equipas por problemas relacionados com consumo de álcool (IDT, I.P., 2009). Durante este ano estiveram integrados na rede pública de tratamento da toxicodependência 27 031 utentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos (PTAO) (70% dos utentes em ambulatório), representando um acréscimo de +5% em relação a 2008 e reforçando a tendência de crescimento ao longo dos anos. Relativamente a 2008 aumentou o número de utentes em PTAO em todas as Direcções Regionais (DR), registando-se o maior acréscimo em valor absoluto na DR Norte e em valor percentual na DR Algarve. Tal como corrido nos anteriores, a mais elevada percentagem de utentes integrados nestes programas no conjunto dos utentes em tratamento em cada região, continua a verificar-se na DR Algarve (85%). A 31/12/2009, estavam integrados nestes programas 20 729 utentes, 76% em metadona e 24% em buprenorfina. Verificou-se um maior acréscimo no número de utentes em metadona (+12%) do que em buprenorfina (+4%) relativamente ao período homólogo do ano anterior, consolidando assim a inversão ocorrida em 2006 da tendência proporcional crescente de utentes em buprenorfina verificada nos anos anteriores.

## Contra-ordenações

No contexto das contra-ordenações por consumo de drogas<sup>1</sup>, nas 18 Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência com sede em cada capital de distrito de Portugal Continental, foram instaurados 7549 processos<sup>2</sup> relativos às ocorrências de 2009, representando o valor mais elevado de sempre e um acréscimo de 15% em relação a 2008. Os distritos do Porto e de Lisboa, seguidos de Braga, Setúbal, Aveiro e Faro, registaram o maior número de processos, destacando-se os distritos de Portalegre, Faro, Beja e Porto, com as taxas mais altas destas ocorrências por habitantes dos 15-64 anos. Comparativamente com o ano anterior, o acréscimo mais elevado em valores absolutos verificou-se no distrito de Lisboa e em valores percentuais no distrito de Leiria, e, o maior decréscimo em valores absolutos registou-se no distrito de Aveiro e em valores percentuais no distrito de Beja.

No contexto das decisões judiciais ao abrigo da Lei da Droga, em 2009 registaram-se 1360 processos-crime findos envolvendo 2000 indivíduos, tendo sido condenados 1684 indivíduos, 82% por tráfico, 17% por consumo e 1% por tráfico-consumo. Tal como ocorrido desde 2004 e contrariamente aos anos anteriores, uma vez mais predominou nestas condenações ao abrigo da Lei da Droga a aplicação da pena de prisão suspensa (50%) em vez

---

<sup>1</sup> Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril e pela Portaria n.º 604/2001, de 12 de Junho.

<sup>2</sup> Cada processo, corresponde a uma ocorrência e a um indivíduo. A informação foi recolhida a 31 de Março de 2009.

de prisão efectiva (29%). À semelhança dos anos anteriores, os distritos de Lisboa e Porto apresentaram as percentagens mais altas destes presumíveis infractores (respectivamente 34% e 22%), seguindo-se-lhes Setúbal (6%) e Faro (6%). As maiores taxas por habitantes dos 15-64 anos registaram-se nos distritos de Portalegre, Lisboa e Região Autónoma dos Açores, Faro e Porto. Em 2009, uma vez mais estes presumíveis infractores eram predominantemente do sexo masculino (90%) e com idades entre os 16-24 anos (38%) e 25-34 anos (34%), sendo a idade média de 30 anos. Eram na sua maioria solteiros (84%). Cerca de 55% tinham a frequência do 3.º Ciclo ou habilitações superiores e mais de metade (58%) encontravam-se desempregados à data da interpelação policial.

## Etiologia

Sob determinado ponto de vista, o abuso e dependência de substâncias resultam do acto de consumir determinada substância segundo padrões abusivos. Contudo, este tipo de simplificação não explica porque é que algumas pessoas desenvolvem abusos ou dependência e outras não. As primeiras teorias causais partiram de modelos psicodinâmicos, contudo, subseqüentes explicações comportamentais, neuroquímicas e genéticas surgiram (Sadock & Sadock, 2007).

Evidências científicas apontam o fenómeno da toxicodependência enquanto resultado de uma interacção multifactorial complexa entre a exposição repetida às substâncias, factores biológicos e ambientais. Determinados tipos de substâncias são associadas a ambientes recreativos, ou a populações específicas, como por exemplo a utilização do Ecstasy, mais frequente entre jovens, e associado a determinados estilos de vida e eventos (festas, discotecas, etc.). Uma proporção significativa destes utilizadores pode manter o consumo com o objectivo de lidar com ansiedade, stress, fracas competências emocionais, falta de motivação para os estudos e fracas aptidões vocacionais.

Segundo refere a OMS, abusadores e dependentes de substâncias tendem a apresentar co-morbidades médicas e psiquiátricas, sendo alvo de estigmatização ou provenientes de segmentos sociais marginalizados. Vários estudos demonstraram uma forte associação entre o estado de pobreza, exclusão social e a utilização de substâncias psicoactivas. Sugerem, ainda, a possibilidade de experiências de negligência e fraca vinculação na infância possam contribuir parcialmente para complexas alterações neurobiológicas e disfunções do sistema dopaminérgico, desempenhando um papel crucial na susceptibilidade a dependência e perturbações afectivas (Guerra, 2009, cit. in World Health Organization, 2010).

Experiências adversas durante a infância, como negligência física, agressão física e abuso sexual têm sido relatados de forma concomitante com a utilização de álcool, tabaco, *cannabis*, inalantes e comportamento agressivo, na adolescência. Dados epidemiológicos apontam para uma associação frequente entre perturbações relacionadas com o stress, como a Perturbação de Stress Pós-Traumático (Hussey, Chang & Kotch, 2006, cit. in World Health Organization, 2010) e a utilização de substâncias. Neste sentido, o funcionamento do sujeito adicto não se resume a uma simples questão de vontade, mas antes a uma alteração dos mecanismos

cerebrais, que explica o comportamento dos doentes e a sua dificuldade em controlar os seus comportamentos de consumo e os obstáculos ao tratamento (Rahioui & Reynaud, 2006).

Alguns *modelos comportamentais* do abuso de substâncias concentram-se no comportamento de procura de substâncias, e não nos sintomas de dependência física. Para que um modelo comportamental seja representativo de todas as substâncias, não pode estar sujeito à presença de sintomas de abstinência e tolerância, já que muitas drogas não estão associadas ao desenvolvimento de dependência fisiológica. Alguns pesquisadores sugerem quatro princípios comportamentais que operam, para induzir o comportamento de procura. Os dois primeiros são as qualidades de algumas substâncias, enquanto reforço positivo e consequências adversas. A maioria produz efeitos positivos após a primeira utilização, passando a agir como reforço positivo para o comportamento de procura. Do mesmo modo, as substâncias que produzem efeitos adversos reduzem o comportamento de procura. Por último, uma pessoa deve ser capaz de discriminar a substância de abuso de outras, e quase todo o comportamento de procura está associado a pistas relacionadas com a experiência de consumo da substância (Sadock & Sadock, 2007). Num estudo desenvolvido por Hariri et al., 2002, cit. in Fowler, Volkow, Kassed & Chang, 2007), descobriu-se que indivíduos que apresentavam determinada variação no gene transportador de serotonina, manifestavam uma maior activação da amígdala (associada ao medo e ansiedade) na resposta a estímulos temidos. Esta variação genética pode aumentar a vulnerabilidade ao stress e, por sua vez, a vulnerabilidade ao abuso de drogas. Estudos efectuados com PET demonstraram que indivíduos que abusam de álcool (Volkow et al., 1996b), cocaína (Volkow et al., 1990, 1993), heroína (Wang et al., 1997), e metanfetaminas (Volkow et al., 2001a) apresentam níveis reduzidos de receptores cerebrais de dopamina. Estas descobertas, juntamente com outras evidências, sustentam a hipótese de que sujeitos com baixos níveis destes receptores, seja de causa genética ou como resultado das suas experiências, apresentam um risco mais elevado de vir a abusar e depender de drogas (Fowler, Volkow, Kassed & Chang, 2007).

No que toca a *factores neuroquímicos*, com excepção do álcool foram identificados determinados neurotransmissores ou receptores, envolvidos com a maioria das substâncias de abuso. Os opiáceos, por exemplo, actuam sobre os receptores opiáceos. Um sujeito com pouca actividade de opiáceos endógenos (ex., baixa concentração de endorfinas) ou com actividade excessiva de um dos seus antagonistas, pode apresentar risco de desenvolver dependência de opiáceos. Mesmo em indivíduos com funcionamento dos receptores endógenos e concentração de neurotransmissores completamente normais, o consumo de determinadas substâncias pode modular os sistemas de receptores no cérebro, de forma a que a presença da substância exógena seja necessária para manter a homeostase (Sadock & Sadock, 2007).

## Capítulo II – Teoria da Vinculação

Tendo por base os modelos etológicos do comportamento de outras espécies animais, a Teoria da Vinculação, inicialmente proposta por Bowlby (1969, 1973, 1980), postula que cada criança está equipada com um sistema comportamental, que inclui componentes cognitivos e emocionais e que tem por função protegê-la do perigo, mantendo a proximidade entre a mesma e o seu cuidador (não necessariamente a mãe biológica), a quem corresponde a função de figura de vinculação (Molnar, 2004; Soares, 2006). Apesar de os laços moldados pelas interacções entre a criança e o cuidador caracterizarem de forma estável cada indivíduo, ao longo do desenvolvimento, vários laços podem ser formados, desconstruídos e reorganizados. Ao longo da vida, a direcção dos comportamentos de vinculação sofre a influência dos estádios desenvolvimentais, sendo que, a partir do final da infância, as crianças iniciam a procura e manutenção de proximidade com os seus pares. Note-se que a criança forma uma vinculação primária a um cuidador mas pode ter vários laços afectivos, incluindo laços com o pai ou outros cuidadores (Bowlby, 1969; Cassidy, 1999).

Através das repetidas interacções relacionais, a criança constrói crenças, expectativas e representações sobre a disponibilidade e sensibilidade dos seus cuidadores, filtrando um conjunto de regras que regulam a percepção do mundo e as expectativas acerca do modo como os outros reagem às suas necessidades de vinculação (Machado & Fonseca, 2008; Molnar, 2004). Partindo destas crenças, Bowlby (1973, 1980, 1982, 1988) concebe a existência de Modelos Internos Dinâmicos (MID), componentes afectivos e cognitivos, habitualmente não conscientes, que formam representações mentais generalizadas e tendencialmente estáveis sobre o *self*, os outros e o mundo. Construídos activamente pelo indivíduo no contexto de interacções repetidas com as figuras cuidadoras e pela integração de experiências relacionais posteriores, actuam como guias para a interpretação dos acontecimentos interpessoais, condicionando expectativas e comportamentos (Maia, Ferreira, Veríssimo, Santos & Shin, 2008). De acordo com Bowlby (1973), os aspectos salientes da relação de vinculação organizam-se gradualmente numa representação interna, à medida que a criança e a relação real com a figura de vinculação se desenvolvem. Uma criança terá maiores probabilidades de desenvolver uma representação positiva de si própria, na qual o *self* surge como valorizado e merecedor de cuidados, quando as suas necessidades de proximidade emocional, de protecção e de segurança estão preenchidas existindo, simultaneamente, suporte para uma exploração activa e autónoma do meio. Assim, é mais provável que a criança aprenda a regular a angústia com estratégias que envolvem a busca de conforto e apoio, o que facilita o desenvolvimento de uma vinculação segura (Machado & Fonseca, 2008; Molnar, 2004). Contrariamente, quando as interacções precoces são caracterizadas pela falta de adequação entre aquilo que são as necessidades da criança e as respostas dadas pelas figuras cuidadoras, os sujeitos poderão organizar modelos internos dinâmicos complementares em que o *self* é visto como não desejado e sem valor e em que os outros são perspectivados como indisponíveis, rejeitantes, ou abusadores (Bowlby, 1988; Toth, Sheree, Cicchetti & Macfie,

2000, *cit. in* Maia, Ferreira, Veríssimo, Santos & Shin, 2008), desenvolvendo estratégias de *coping* inadequadas que contribuem para o desenvolvimento de uma vinculação insegura (Machado & Fonseca, 2008; Molnar, 2004). Bowlby (1973) e Ainsworth, Blehar, Waters e Walls (1978) referem que as diferenças a nível dos MID conduzem, assim, a diferentes respostas por parte da criança, quer em situações de separação ou de *stress*, quer de exploração do meio. Deste modo, a Teoria da Vinculação pode ser nomeada como referência fundamental na compreensão da génese do funcionamento sócio-emocional dos sujeitos, ao sugerir que o estabelecimento de ligações de proximidade emocional durante a infância constitui a base do desenvolvimento afectivo, social e cognitivo (Maia, Ferreira, Veríssimo, Santos & Shin, 2008).

Contudo, apesar de apresentarem alguma estabilidade ao longo do tempo, os MID são susceptíveis a transformações. Ao longo do desenvolvimento do indivíduo, estes modelos continuam a desenvolver-se e a actualizar-se através das novas experiências e interacções com o meio (Machado, 2009; Molnar, 2004; Soares, 2006, *cit. in* Ramos, 2010). Essas actualizações são ainda mais visíveis durante a adolescência, uma vez que os pais deixam de ser as únicas figuras de suporte, dando lugar ao grupo de pares e possibilitando o alargamento das relações e das experiências sociais (Machado & Fonseca, 2006; Ribeiro & Sousa, 2002; Soares, 1996, *cit. in* Ramos, 2010).

Apesar do valor adaptativo indiscutível da vinculação na infância, nomeadamente no âmbito da relação pais-criança, já não é tão claro o papel ou função da vinculação no adulto (Hazan & Zeifman, 1999). Mohr (1999) refere que as relações de vinculação nos adultos servem os mesmos propósitos que na infância, contudo, West e Sheldon-Keller (1984) apontam que os mecanismos para os atingir se alteram e desenvolvem com a maturação do indivíduo.

Deste modo, compreender o papel da vinculação na adultez implica conhecer as tarefas e exigências que a vida adulta, mais especificamente do jovem adulto<sup>3</sup>, colocam ao indivíduo. Durante a adolescência, os pais deixam de ser as únicas figuras de suporte, dando lugar ao grupo de pares e possibilitando o alargamento das relações e das experiências sociais (Machado & Fonseca, 2006; Ribeiro & Sousa, 2002; Soares, 1996). A manutenção de uma vinculação segura e a conquista de autonomia relativamente aos pais (Machado, 2007; Soares, 1996) constituem duas tarefas cruciais, acompanhados pelas profundas transformações físicas, cognitivas e sócio-emocionais. O adolescente adquire maiores capacidades cognitivas (mudança para o pensamento operatório formal) que tornam o seu pensamento mais flexível e lhe permitem aceder a pensamentos, sentimentos e memórias mais profundas (Brown & Wright, 2001).

No que diz respeito às tarefas desenvolvimentais, considera-se que a sociedade ocidental espera que o jovem: a) consolide a individualização ou diferenciação do *self* iniciada na adolescência com a construção da identidade; b) progrida na autonomia saindo de casa dos pais e c) expanda a sua rede de relacionamentos, evidenciando progressiva capacidade para a

---

<sup>3</sup> O jovem adulto refere-se ao período inicial do desenvolvimento adulto que se situa genericamente entre os 18 e os 35 anos (Prager, 1995; Pascarella & Terenzini, 2005).

intimidade em termos de amizade e amoroso. Deste modo, na perspectiva da vinculação, enquanto que a adolescência representa um período de transição entre a vinculação na família e as ligações afectivas adultas, a juventude caracteriza-se pela consolidação dessas novas ligações afectivas e a abertura a novas tarefas, nomeadamente a parentalidade e a formação superior e/ou actividade profissional (Allen & Land, 1999).

A vinculação pode assumir um lugar de destaque quer pela história prévia das relações de vinculação que o indivíduo foi desenvolvendo ao longo da infância e adolescência e, que se traduzem nas diferenças individuais ao nível da expressão do comportamento de vinculação, quer pela permanente activação do sistema de vinculação que continuamente monitoriza o ambiente e as potenciais ameaças à segurança individual. A manutenção da segurança é estruturante para o funcionamento individual seja na infância ou na idade adulta (Faria, 2008). Ainsworth (1989) assume a vinculação enquanto um fenómeno transversal ao ciclo de vida enquanto *“procura de experiências de segurança e conforto na relação com os pares. Se, e quando esta segurança e conforto estão disponíveis, o indivíduo torna-se capaz de progredir, partindo da base segura fornecida pelo seu par, confiante para iniciar novas actividades”* (1991, p. 38).

Procurando diferenciar a vinculação estabelecida na infância e na idade adulta, Weiss (1982) refere que as relações de vinculação na idade adulta são tipicamente estabelecidas entre pares (são essencialmente complementares) e não entre quem recebe cuidados (criança) e quem os oferece (pais), o sistema comportamental implicado não se destaca tanto de outros semelhantes, dada não estar em causa, na maioria das vezes, a sobrevivência e, por último, o autor refere que, muitas vezes, comportam dimensões de envolvimento sexual. A este propósito, Hinde e Stevenson-Hinde (1986) apontam também como distintivo da vinculação característica da infância e da idade adulta o facto de serem necessários acontecimentos indutores de *stress* mais fortes para activar o sistema de vinculação, devido ao desenvolvimento da capacidade de representação, que permite fixar a figura de vinculação e a maior destreza para lidar, de forma autónoma, com pequenas adversidades do dia-a-dia. Contudo, a diferença mais referida na literatura, apontada por diversos autores (Crowell *et al.*, 1999; Hinde, 1997; Hinde & Stevenson-Hinde, 1986, Weiss, 1982) como a mais significativa, prende-se com a natureza recíproca das relações de vinculação estabelecidas na idade adulta, por comparação com a natureza complementar das relações de vinculação estabelecidas na infância. Por outras palavras, nas relações de vinculação entre adultos, prestam-se e recebem-se cuidados alternadamente, de acordo com o contexto e necessidades de cada interveniente na relação (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

A teoria e investigação actual sobre a vinculação adulta assenta essencialmente no conceito de Bowlby de representação mental ou modelos internos dinâmicos. É a inclusão da noção de representações mentais na teoria da vinculação que permite a perspectiva de ciclo de vida sobre o sistema comportamental da vinculação, uma vez que proporciona um modo de compreender a mudança desenvolvimental na expressão da vinculação e a sua influência

continuada no desenvolvimento e comportamento relacional (Crowell, Fraley & Shaver, 1999 *cit. in* Faria, 2008).

O estilo de vinculação no adulto é conceptualizado segundo duas dimensões: evitamento e ansiedade na vinculação (Brennan & Shaver, 1998, *cit. in* Berry, Wearden & Barrowclough, 2007). A ansiedade encontra-se relacionada com uma auto-imagem negativa, e uma necessidade excessiva de aprovação, por parte dos outros, associada ao medo da rejeição e abandono (Crowell, Fraley & Shaver, 1999, *cit. in* Berry, Wearden & Barrowclough, 2007). O evitamento relaciona-se com a crença de que os outros não são confiáveis nem se encontram disponíveis quando necessário. Enquanto defesa, indivíduos evitantes tentam desactivar o sistema de vinculação, evitando comportamentos de proximidade, através da procura de autonomia e auto-controlo (ex. Mikulincer & Shaver, 2007, *cit. in* Dewitte & Houwer, 2008).

Indivíduos que não apresentem estas características, apresentam vinculação segura, ou seja, são capazes de desenvolver expectativas optimistas acerca da gestão do stress, apresentam uma forte perspectiva de auto-eficácia (Mikulincer & Florian, 1995) e confiança nas pessoas que o rodeiam. Desta forma, indivíduos seguros não apresentam qualquer dificuldade em procurar apoio em outras pessoas, sendo capazes de gerir a díade proximidade-distância numa relação, ao contrário de indivíduos inseguros (Crowell, Fraley & Shaver, 1999, *cit. in* Berry, Wearden & Barrowclough, 2007).

Recentemente Bartholomew and Horowitz (1991) propuseram uma conceptualização da vinculação adulta ligeiramente diferente, partindo do inicialmente postulado por Bowlby (1973), de que as representações das relações baseiam-se em duas dimensões distintas: um modelo interno do *self* e um modelo interno dos outros. Com base nas representações internas sobre si próprio e sobre os outros, Bartholomew e Horowitz (1991) propuseram um modelo com quatro categorias. Para além das dimensões “segura” e “ansiosa”, contempladas nos outros modelos até à data, os autores identificam dois subtipos de estilo “evitante”: o “evitante-desligado”, que combina a percepção do próprio como merecedor de cuidados dos outros com a representação destes como não respondendo às suas necessidades; e o “evitante-amedrontado”, que se caracteriza pela percepção do próprio como não merecedor dos cuidados dos outros, combinado com uma avaliação destes como pessoas em quem não se pode confiar (Canavaro, Dias & Lima, 2006). Este novo estilo de vinculação caracteriza-se por papéis subservientes nas relações próximas, parca intimidade, reduzido investimento em relações românticas, baixos níveis de auto-confiança, incapacidade para confiar nos outros enquanto base segura e elevada introversão (Zapf & Carroll, 2008)

## Vinculação e Toxicodependência

A vinculação tem como função primária a regulação interpessoal de experiências afectivas (Sroufe & Waters, 1977). Indivíduos que apresentem vinculação segura procuram apoio social, de forma a lidar com o stress emocional, enquanto que indivíduos com estilo de vinculação insegura tendem a procurar outras formas, como a ingestão de álcool ou a utilização de substâncias ilícitas, enquanto mecanismo de auto-regulação emocional (Brennan & Shaver,

1995; Cooper, Shaver, & Collins, 1998; Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, & Weizman, 2003; McNally, Palfai, Levine, & Moore, 2003). Hoefler and Kooyman (1996) sugerem que o abuso de substâncias psicoactivas pode reflectir uma transição mal adaptativa na vinculação, associada ao receio de intimidade (Thorberg & Lyvers, 2006).

Nas últimas décadas a investigação sobre a vinculação tem reunido fortes evidências no que toca à relação entre vinculação insegura e psicopatologia. Mikulincer & Shaver (2007) numa revisão de literatura, reuniram mais de duzentos estudos, numa detalhada descrição sobre a relação entre os diferentes subtipos de vinculação insegura e os vários aspectos da psicopatologia. De facto, diversos estudos reportam uma ligação entre perturbações pela utilização de substâncias e vinculação insegura (Mikulincer & Shaver, 2007; Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, Küstner, & Eckert, 2005). Este estilo de vinculação encontra-se associado a sofrimento emocional e défices na forma de lidar e superar com as diversas situações, constituindo um factor de risco para diversos problemas de saúde mental, incluindo as perturbações pela utilização de substâncias (Egle, Hardt, Nickel, Kappis, & Hoffmann, 2002). As substâncias psicoactivas estimulam os sistemas de recompensa cerebrais, produzindo alterações momentâneas do estado fisiológico e afectivo (Frosch & Milkman, 1977). Newcomb (1995) considera o abuso de substâncias enquanto auto-medicação contra o sofrimento emocional, Petraitis et. al (1998) crêem ser uma tentativa de lidar com a instabilidade emocional e falta de controlo, enquanto que Dawes et al. (2000) e Sullivan & Farrell (2002) referem que subjacente a este comportamento de consumo se encontra um padrão de desregulação afectiva, cognitiva e comportamental. De uma forma geral, as substâncias psicoactivas podem ser classificadas enquanto sedativas ou estimulantes. As primeiras (ex. álcool, opiáceos, cannabis, benzodiazepinas, etc.) produzem desactivação fisiológica e emocional, inibindo processos cognitivos, e promovendo o distanciamento dos outros. Estes efeitos de desactivação e distanciamento podem ser preferidos por indivíduos com vinculação “evitante-desligada” e “evitante-amedrontada”. Por sua vez, os estimulantes (ex. cocaína, anfetaminas, ecstasy, etc.) activam os processos fisiológicos, cognitivos e afectivos, ao mesmo tempo que produzem distorções na percepção da realidade (Julien, 2000). Apesar de este ser um efeito subjectivamente percebido enquanto facilitador de contacto social, a utilização prolongada conduz à alienação social (Hawkins et al., 1992; Newcomb, 1995). Os estimulantes podem ser, preferencialmente, atractivos para sujeitos com vinculação ansiosa, contudo ainda não existem estudos sobre esta hipótese (Schindler et. al, 2009).

Vários investigadores demonstraram que diferentes comportamentos de consumo de álcool se encontram significativamente relacionados com a vinculação, sendo que os estilos de vinculação insegura podem aumentar a probabilidade de desenvolver padrões de ingestão de álcool problemáticos (Brennan & Shaver, 1995; Burge et al., 1997; Cooper, Shaver, & Collins, 1998; Ognibene & Collins, 1998; Vungkhanching, Sher, Jackson, & Parra, 2004). Brennan & Shaver (1995) concluíram que a quantidade/frequência da ingestão de álcool se encontrava positivamente correlacionada com vinculação evitante, sendo que esta correlação já não se verificava no que toca a vinculação segura ou ansiosa. Contudo, ainda existem poucos estudos

que explorem os mecanismos segundo os quais as dimensões da vinculação afectam a ingestão de álcool problemática (McNally, et. al, 2003).

Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucuis, and Troutman (2005) reportaram uma maior prevalência de utilização de substâncias ilícitas em indivíduos com vinculação insegura, comparativamente com sujeitos seguros nas suas relações de vinculação (Kassel, Warden & Roberts, 2007). Kassel et al. (2007) descobriram, recentemente, que a utilização de drogas e álcool se encontram relacionadas com a vinculação ansiosa. Quanto maior a tendência para a vinculação ansiosa maior a probabilidade de iniciar comportamentos de ingestão de álcool em situações de stress (o que não se verifica em indivíduos que tendam para uma vinculação segura ou evitante). Os investigadores teorizaram que indivíduos vinculados de forma ansiosa bebem com o objectivo de diminuir sentimentos negativos, especialmente, sentimentos de abandono por parte dos outros.

Brennan and Shaver postularam que a ingestão de álcool constitui, para sujeitos com vinculação evitante (que não contam com os outros para os ajudar a gerir as suas emoções) uma forma de escapar a sentimentos negativos, diminuir o stress e evitar vinculação emocional a outras pessoas (Hernandez, Salerno & Bottoms, 2010).

Caspers et. al, 2006 encontraram taxas de utilização de substancias ilícitas significativamente mais elevadas em indivíduos classificados como “evitantes desligados” e ansiosos, comparativamente com aqueles classificados como seguros.

### Avaliação da vinculação no adulto

A avaliação da vinculação tem constituído um desafio para os investigadores, sobretudo devido à natureza multifacetada/multidimensional e complexa inerente ao conceito. Embora Bowlby (1973, 1977, 1988) tenha conceptualizado a vinculação enquanto um fenómeno de todo o ciclo de vida, a sua investigação centrou-se fundamentalmente na infância.

Enquanto que a avaliação da vinculação na infância assenta essencialmente na expressão comportamental, através da *Situação Estranha* (Ainsworth e cols., 1978), a partir da adolescência a avaliação dirige-se à representação actual das experiências de vinculação (Perdereau & Atger, 2004, *cit. in* Machado & Fonseca, 2006) e não a uma observação directa destas relações.

Crowell, Fraley e Shaver (1999) consideram que no estudo da vinculação na idade adulta há duas ideias fundamentais que não devem ser perdidas de vista. A primeira prende-se com a assumpção de que independentemente do grau em que está activo e dos comportamentos pelos quais se manifesta, o sistema de vinculação está presente e acompanha todos os sujeitos desde o nascimento até à morte. A segunda ideia diz respeito às diferenças individuais que em função da história de vinculação única do sujeito e dependendo do momento do desenvolvimento em que se encontra, de variáveis contextuais e de aspectos culturais, podem existir na expressão dos comportamentos de vinculação. Os mesmos autores referem que o estudo da vinculação no adulto se tem centrado mais nas diferenças individuais da organização dos comportamentos e representações e não tanto no aspecto normativo da vinculação (Arriaga e cols., 2010).

A grande maioria da investigação sobre vinculação nos adultos decorre de duas tradições de avaliação: a) avaliação da representação da vinculação no âmbito das relações de vinculação precoces e b) avaliação de estilos de vinculação com os pais e/ou pares (amorosos ou amigos) (Simpson & Rholes, *cit. in* Faria 2008). Estas tradições reflectem abordagens conceptuais distintas relativamente à teoria da vinculação: desenvolvimental e da psicologia Social, recorrendo a formatos de avaliação distintos (Waters et al., 2002). No âmbito da perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento, com vista a avaliar a dimensão representacional da vinculação, Main e os seus colaboradores (1984) construíram *Adult Attachment Interview (AAI)* (Canavarro, Dias & Lima, 2006). A outra abordagem, recorre a auto-relatos sobre pensamentos e sentimentos relacionados com a vinculação no âmbito das relações adultas (Cassidy & Shaver, 1999). Consiste numa entrevista clínica, semi-estruturada, de carácter biográfico dirigida a aspectos ou temas fundamentais da vinculação (e.g. separações, perdas, experiências de abandono, de rejeição e maus-tratos) (Faria, 2008). Hipotetiza-se que as verbalizações dos sujeitos durante a entrevista reflectam o estado mental dos mesmos relativamente à vinculação e, por indução, a organização mais geral subjacente ao seu modelo interno dinâmico (Arriaga et. al, 2010).

Apoiando-se no modelo de *script*, originalmente estruturado para caracterizar as representações em adultos de acontecimentos rotineiros (e.g., Bauer & Mandler, 1990), Harriet Waters e colaboradores propuseram, no início da presente década, uma abordagem inovadora de avaliação das representações de vinculação. Este novo método, habitualmente denominado *Attachment Script Representation Task* e que na versão portuguesa recebe a designação de *Narrativas de Representação da Vinculação no Adulto* (Veríssimo, Monteiro, Vaughn, Santos & Waters, 2005), baseia-se no conceito de “*script*”, partindo do pressuposto de que informação sobre eventos similares e repetidos ao longo do tempo é integrada em estruturas de memória organizadas (Grych, Wachsmuth-Schlaefler & Klockow, 2002) que podem ser vistas como “guiões”. Sendo activadas sempre que uma determinada experiência se aproxima do esquema existente, servem para guiar a percepção e o próprio comportamento do sujeito quando esse evento, ou evento similar, é (re)encontrado determinando a codificação e o processamento de novas experiências, providenciando um guia para a acção presente e para a acção futura (Nelson, 1990) (Arriaga et. al, 2010).

Em Portugal, têm vindo a ser dadas algumas contribuições para avaliar a vinculação na adolescência e idade adulta, que têm permitido a realização de estudos empíricos sobre o tema no nosso país. Nomeadamente, Isabel Soares e a sua equipa têm trabalhado na aplicação da *AAI* a diversos grupos da nossa população (e.g., Jongenelen, 2003; Machado, Soares & Silva, 1996; Soares, 1996; Soares, Dias, Fernandes, Klein, Alves, Ferreira, Felgueiras, Pinho, Neves, Figueiredo, Jongenelen, Matos, Gonçalves, Machado & Cunha, 2002) (Canavarro, Dias & Lima, 2006). Contrariamente ao que sucede na corrente que utiliza narrativas, a linha de investigação com base em auto-relatos é pautada por uma enorme diversidade de questionários para avaliar diferentes aspectos ou dimensões da vinculação com os pais ou os pares (Faria, 2008).

O *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA) foi construído Armsden e Greenberg (1987) para avaliar a percepção dos indivíduos acerca das suas relações com os pais e os amigos íntimos, tendo sido adaptado e validado para a população portuguesa por Neves, Soares & Machado (1993) ( tendo recebido a designação de *Inventário da Vinculação na Adolescência*). Paula Mena Matos desenvolveu dois instrumentos de vinculação designados por *Questionário de Vinculação ao Pai e à Mãe* (QVPM, 2002) e *Questionário de Vinculação Amorosa* (QVA, 2002). A *Adult Attachment Scale* (AAS) foi desenvolvida por Collins e Read (1990) para avaliar três estilos de vinculação – seguro, preocupado e evitante – tendo sido adaptada e validada para a população portuguesa por Canavarro, Dias & Lima (2006), recebendo a designação de *Escalada de Vinculação do Adulto*. O *Attachment Style Questionnaire* (ASQ –Feeney, Noller & Hanrahan, 1994) é, também, uma medida destinada à auto-avaliação da vinculação. Feeney e colaboradores inspiraram-se no trabalho de Hazan e Shaver (1987) e no modelo de Bartholomew e Horowitz (1991), que fazem, eles próprios, referência à noção de modelo interno de si e do outro de Bowlby (1973). Foi adaptado e validado à população portuguesa por Carrinho & Pereira (2009).

## Capítulo III – Estratégias de Coping

### Stress e Estratégias de Coping

A relação entre o ser humano e o stress revela-se indissociável, pois é-lhe impossível estar desprendido de circunstâncias que, por vezes, lhe determinam uma exigência de adaptação (Vaz Serra, 1987). O conceito de stress tem originado muita controvérsia. Por vezes, é utilizado para descrever uma sensação de perturbação face a um estímulo, outras vezes, para descrever a fonte dessa mesma perturbação (Ramos, 2002). Também segundo Houston (1987 como citado em Vaz Serra, 1987) as definições de stress correspondem, primariamente, a três categorias diferentes:

a) Baseadas nos estímulos, isto é, realçam as situações que perturbam, levando a reconhecer que pessoas diferentes reagem de forma diversa à mesma situação. Estes modelos têm sido alvo de várias críticas por darem demasiada ênfase à acção de factores externos ao indivíduo, não os relacionando com as características particulares de cada sujeito. No entanto, permitiram consideráveis progressos relativamente aos modelos anteriores, ao nível do estudo das características das situações geradoras de stress. Esta abordagem clarifica alguns aspectos, mas não explica, por exemplo, as diferenças individuais no modo das pessoas reagirem ao stress (Ramos, 2002);

b) Baseadas nos processos intervenientes, focando o que se passa entre a situação-estímulo e as respostas potenciais da pessoa (Modelos Interaccionistas ou Transaccionais). Estes modelos tomam em linha de conta a multiplicidade de variáveis que actuam nas situações em que o indivíduo é confrontado com factores percebidos como negativos (conflitos, risco de perda de auto-estima, violência, ruídos, ameaça à segurança). O indivíduo faz uma

avaliação, a nível cognitivo, dos dados que recebe do exterior. Esta avaliação é condicionada pelas características individuais do sujeito (como por exemplo pela personalidade, nível de conhecimentos, competências cognitivas, estrutura genética) e pelo apoio que lhe é dado pelos outros. A forma como o indivíduo organiza esses dados, traduz-se em determinadas respostas, que podem ter consequências positivas ou negativas sobre o desempenho dos seus papéis (profissionais ou outros), a sua saúde e o seu bem-estar (Ramos, 2002). Houston (1987) salienta, no entanto, que em certas condições, a resposta de uma pessoa aos agentes indutores de stress pode ser pouco influenciada pelos recursos percebidos por ela ou pela sua capacidade em lidar com eles. É possível, em alguns casos, que uma disposição para responder a certas situações perturbadoras esteja firmemente radicada no organismo e determine uma dada resposta, independentemente das capacidades que o indivíduo possui (Vaz Serra, 1987);

c) Para os autores que consideram o stress como “resposta”, conceptualizam-no como o conjunto de respostas fisiológicas e psicológicas de uma pessoa, quando confrontada com um determinado estímulo ambiental ou stressor, termo que se refere às condições que produzem tensão e outros resultados negativos para a saúde/bem-estar (Wallace et al, 1988, como citado em Martins, 2004). Em vários estudos realizados com animais, Hans Selye (1959) verificou que diferentes estímulos (ex. calor, frio, agentes tóxicos) quando aplicados intensa e demoradamente provocavam efeitos semelhantes, independentemente do estímulo em questão (Krohne, 2002). Selye (1959; 1980;1985) denominou esta resposta como síndrome geral de adaptação, referindo que é sempre a mesma, seja o agente indutor de stress de natureza fisiológica ou psicológica.

Segundo Lazarus & Folkman (1984, como citado em Vaz Serra, 1987), para que um dado stress seja considerado de natureza psicológica é preciso que a avaliação decorrente dos dados sensoriais leve a reconhecer que a situação é agradável (com benefícios que é bom antecipar) ou lesiva do próprio bem-estar (com malefícios que é preciso evitar). Quando uma situação de stress não consegue ser lidada adequadamente, pode dar origem a doença física ou a transtornos de natureza psicopatológica (basta atentar às fortes e desorganizadoras emoções que acompanham certas situações de stress). Contudo, a primeira situação advém do facto de a resposta biológica ao stress ser, essencialmente, de natureza catabólica. O organismo entra numa fase de intensa activação, com a libertação de adrenalina, cortisol e glicogénio, que antagonizam os efeitos da insulina. Há um aumento dos ácidos gordos, da glicemia e do colesterol. A actividade celular diminui e o nível de anti-corpos no sangue torna-se menor. Aumenta o consumo de vitaminas A e C. A manutenção desta activação catabólica com esta intensidade pode dar origem a modificações funcionais significativas, susceptíveis de se constituírem como ponto de partida para futuras lesões anatómicas. As respostas aos agentes indutores de stress pode ser mediada através do sistema simpático-medular e pela via hipotálamo-hipófiso-suprarrenal. O primeiro, caracteriza-se pela estimulação do sistema nervoso vegetativo simpático, que determina a secreção de adrenalina e nor-adrenalina, bem como a libertação de açúcares, ácidos gordos livres, lipoproteínas, triglicérides e colesterol.

Stimmel (1979) refere que a elevação das catecolaminas no plasma aumenta, de forma concomitante, o consumo e a perda de oxigénio por parte do miocárdio. A hiperlipidémia pode induzir a formação de placas de atheroma, o aumento dos ácidos gordos livres encontra-se associado a uma maior viscosidade das plaquetas sanguíneas, podendo constituir um elemento facilitador da sua agregação intravascular e formação de trombos. Por sua vez, a activação do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal determina uma resistência diminuída às infecções (Plaut & Friedman, 1981; Solomon, 1981; Shaffer, 1982; Fisher, 1986, como citado em Vaz Serra, 1987). Plaut & Friedman (1981) referem, contudo, que o impacto de um agente indutor de stress depende de vários factores, como o equilíbrio hormonal global de cada indivíduo, a sua constituição genética, o suporte social que pode obter, as experiências prévias ou o modo como lida com os acontecimentos da vida.

Vaz Serra (1999) refere que uma situação indutora de stress constitui toda a condição em relação a qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparado comportamentos automáticos de resposta, e que, por isso, exige uma nova adaptação. Esta adaptação, operacionalizada através de esforços comportamentais e cognitivos, Lazarus & Folkman (1984) designaram por *coping*.

## Estratégias de Coping

De origem anglo-saxónica, a palavra *coping* não apresenta tradução directa para Português, sendo utilizada como “formas de lidar com” ou “estratégias de confronto” (Ramos & Carvalho, 2007). Para Snyder e Dinoff (1999, como citado em Vaz Serra, 2002), à luz do modelo analítico, o termo *coping* correspondia, inicialmente, aos mecanismos de *defesa do eu*. Os estudos desenvolvidos por estes autores, demonstram que os mecanismos de *defesa do eu*, têm um carácter essencialmente negativo, visando aspectos provenientes do passado e são rígidos na forma de funcionar. Actualmente, o termo *coping* é mais orientado para o presente e para o futuro, correspondendo a estratégias mais flexíveis, conscientes e mais atentas à realidade.

Para Pereira (1991), o *coping* refere-se às estratégias que o indivíduo pensa empreender em situações que implicam modificações drásticas, as quais por sua vez, têm repercussões desagradáveis como a ansiedade, o desespero, a culpa, a vergonha ou o pesar (Ramos, 2002). Por seu turno, Snyder & Dinoff (1999) afirmam que o *coping* é constituído pelas respostas, emitidas pelo indivíduo, com a finalidade de diminuir a “carga” física, emocional e psicológica, ligada aos acontecimentos indutores de stress (como citado em Vaz Serra & Pocinho, 2001). Ainda a este propósito, Monat & Lazarus (1985: 101) afirmam que o *coping* é “... um termo que se aplica às estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com as situações de dano, ameaça e desafio com que se depara e para as quais não tem respostas de rotina preparadas” (Ramos, 2002).

Importa distinguir entre o que os pesquisadores têm denominado estratégias de *coping* e estilos de *coping*. Embora esta distinção não seja completamente consensual, sua descrição torna-se necessária para uma compreensão mais ampla do conceito. Em geral, os estilos de

*coping* têm sido mais relacionados a características de personalidade ou a resultados de *coping*, enquanto as estratégias se referem a acções cognitivas ou de comportamento tomadas no curso de um episódio particular de *stress*. Embora os estilos possam influenciar a extensão das estratégias de *coping* seleccionadas, eles são fenómenos distintos e têm diferentes origens teóricas (Ryan-Wenger, 1992, como citado em Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998). As estratégias de *coping* constituem o recurso mais importante que o indivíduo dispõe para lidar com as exigências vivenciadas, uma vez que permitem eliminar ou modificar as condições perturbadoras, controlar a percepção sobre o significado da experiência e/ou as suas consequências e controlar a experiência emocionalmente vivida (Pearlin & Schooler, 1978, como citado em Vaz Serra, 1988).

Lazarus & Folkman (1984) explicitam a diferença entre as diferentes situações indutoras de *stress*, referindo a sua divergência, essencialmente temporal. Uma situação que constitui ameaça refere-se a uma antecipação de uma situação desagradável que pode vir a ocorrer, mas que ainda não surgiu. Os esforços de *coping* centram-se no futuro, de forma a que o indivíduo consiga manter o seu estatuto ou neutralize os efeitos maléficos da situação. O dano diz respeito a uma condição desagradável (como doença, morte, entre outros), que já ocorreu, estando-lhe associadas o seu significado e consequências. As tentativas de *coping* são dirigidas ao presente, em termos de tolerância ou de reinterpretação do mal acontecido. O desafio, por fim, caracteriza uma circunstância em que o indivíduo confia na possibilidade de alcançar ou, mesmo, ultrapassar as dificuldades da exigência estabelecida. Neste caso, pode ocorrer uma distorção da realidade ou uma forma de auto-engano, não sendo as estratégias de *coping* adequadas (Vaz Serra, 1987; Ramos & Carvalho, 2007). Como refere Vaz Serra (2002), as estratégias para lidar com situações indutoras de *stress* obedecem a modalidades distintas, nomeadamente: estratégias de confronto focadas no problema, estratégias de confronto focadas na emoção e estratégias de confronto focadas na inter-acção social. A forma como cada situação é avaliada determinará o modo de confronto a utilizar.

As estratégias de confronto focadas no problema têm como principal objectivo estabelecer um plano de acção e segui-lo até a causa do *stress* estar eliminada. O indivíduo tende a recorrer a este tipo de estratégia quando o *stress* é sentido como pouco intenso e a situação tida como controlável e resolúvel. As estratégias focadas na resolução do problema são utilizadas quando o indivíduo acredita que os resultados serão positivos. Estas estratégias são sempre recomendadas, pois resolvem definitivamente o problema. As estratégias de confronto focadas na emoção são utilizadas quando o *stress* é sentido como grave. O foco é mais orientado para o controlo das emoções. As estratégias de confronto focadas na emoção procuram reduzir a tensão emocional que um indivíduo sente. Existem vários procedimentos que poderão constituir uma via de resolução do problema: falar sobre o problema com alguém, na tentativa de partilhar e atenuar a pressão que se sente; fugir da situação desagradável que se vive, de forma real ou imaginada, como por exemplo: viajar, alargar as suas actividades profissionais, ter uma vida social mais activa, fumar, ingerir bebidas alcoólicas ou alimentos em excesso, tomar calmantes, etc. As estratégias de confronto focadas na inter-acção social dizem

respeito à forma como o indivíduo lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situação de *stress*. O apoio recebido por parte da rede social em que o indivíduo está inserido constitui-se como um factor determinante na resolução de problemas; sendo de grande importância o que é reconhecido como resposta empática, nas situações de conflito inter-pessoal. Desta forma, a pessoa que presta ajuda manifesta uma resposta empática, se souber observar a situação com os “olhos” de quem solicita a ajuda, experienciando as suas emoções e evitando juízos de valor. Só assim, é possível responder de uma forma que expresse compreensão e sensibilidade, com vista a ajudar a pessoa ( Vaz Serra, 2002). Kramer (1993, como citado em Vaz Serra, 2002), nos estudos que realizou, verificou que as pessoas que prestam cuidados a terceiros são capazes de ser genuinamente empáticos, desenvolvendo planos de acção para a resolução de problemas com mais facilidade do que as pessoas que não se mostram empáticas. Este tipo de estratégias é mais eficaz quando através dela são clarificados elos de ligação entre os efeitos que a pessoa sente e as causas que os motivaram, e igualmente propicia que daí derive uma alternativa adequada de acção.

Existe um grande consenso em aceitar que os efeitos nocivos do stress ocorrem em função da natureza dos processos de *coping* que a pessoa utiliza para lidar com as situações (Latack, 1986; Meichenbaum & Turk, 1982, como citado em Vaz Serra, 1987). Alves (1995) refere que a função protectora das estratégias de *coping* pode ser exercida de três formas: a) pela eliminação ou modificação das situações problemáticas; b) pelo controlo perceptivo do significado da experiência ou das suas consequências; e c) pela manutenção, dentro dos limites razoáveis, das consequências emocionais dos problemas.

A primeira estratégia consiste em acções de procura de informação para saber o que fazer, o controlo do próprio indivíduo quando lida com os acontecimentos, ou o confronto com aqueles que criaram as dificuldades. Segundo Pearlin & Schooler (1987), controlo perceptivo pode ser exercido pela neutralização da ameaça, em que a pessoa faz comparações positivas do problema, tais como “podia ser pior” ou, “apesar de tudo correu muito bem”, ou, ainda, por intermédio da ignorância selectiva, em que o indivíduo trivializa o significado da ocorrência, ou lhe atribui uma ordenação hierárquica pequena. A redução dos estados de tensão emocional, não lidam com o problema ou o seu significado, consistindo em, por exemplo, ouvir musica, fazer exercício físico ou dormir (Vaz Serra, 1987).

Lazarus e colaboradores (Folkman e Lazarus, 1986; Folkman e Lazarus, 1988; Folkman e Lazarus, 1991; Lazarus, 1993), realçam a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Perante uma situação stressante, ocorre, primeiramente uma avaliação primária (mediante a qual a pessoa avalia a importância do acontecimento para o seu bem-estar) e a avaliação secundária (em que a pessoa avalia a sua capacidade para lidar com a situação). A avaliação (por ex. a avaliação duma situação ameaçadora) implica um conjunto de condições do meio que são avaliados pela pessoa que tem características psicológicas particulares. O coping, por sua vez, inclui pensamentos e comportamentos que a pessoa utiliza para lidar com as exigências das transações indivíduo – meio que têm relevância para o seu bem estar. Por outro lado, as avaliações das relações indivíduo-meio são

influenciadas pelas características pessoais antecedentes como padrões de motivação (valores, objectivos), crenças acerca de si próprio e do mundo que o rodeia, e recursos pessoais de coping. A avaliação é também influenciada por variáveis do meio como, por exemplo, a natureza do perigo, a sua eminência, a duração, a existência e qualidade dos recursos de apoio social, que facilitam o processo de coping. As variáveis cognitivas medeiam a resposta de coping, no sentido em que a pessoa tem tendência a evitar as situações avaliadas como ameaçadoras, para se confrontar com os desafios e para tentar aceitar as situações de dano ou de perda (Martins, 2004). Neste sentido, Fisher (1986) refere que certas estratégias podem ser influenciadas pela personalidade de cada indivíduo. Sujeitos impulsivos podem preferir a acção à passividade, fazer é, nestes casos, “mais importante do que esperar”. Esta tendência pode levar a um estilo de resposta rápido e propenso ao erro. Relativamente à percepção da estimulação, existem indivíduos que diminuem as suas entradas sensoriais, enquanto que outras as aumentam. Este último caso pode levar um indivíduo a sobre-reagir à estimulação, a sensacionalizar e a sobre-representar a realidade. Um indivíduo que teme o fracasso e a censura que daí advém, pode não querer responsabilidades no que toca a assumir um acto, envolvendo-se, assim, em estratégias de evitamento. Sujeitos com grande necessidade de realização podem levá-lo a seleccionar trabalhos apenas quando sente que o êxito é provável. O autor refere, ainda, que indivíduos com locus de controlo interno estão mais propensos, em situações negativas, a procurar informação e a envolverem-se no problema, ao invés de o estarem a evitar (Vaz Serra, 1987).

Vaz Serra & Pocinho (2001) referem não existir estratégias forçosamente eficazes ou ineficazes, sendo que o grau de eficácia depende dos recursos que o indivíduo apresenta e do problema com que se depara. Estudos efectuados por aquele autor têm revelado que indivíduos com um bom auto-conceito e bom sentido de auto-eficácia tendem a apresentar mecanismos adequados de coping (Vaz Serra, Firmino & Ramalheira, 1988). Indivíduos com perturbações emocionais tendem a evitar o confronto activo dos problemas, pressupondo que a sua resolução não depende do seu esforço directo. Abandonam a situação passivamente, perante as ocorrências, e em situações de stress utilizam, sobretudo, estratégias para o controlo das emoções (Vaz Serra, Firmino e Ramalheira, 1988). Indivíduos com piores estratégias de *coping* tendem a sentir maior número de problemas (Serra, Firmino, Pocinho & Mesquita Figueiredo, 1991).

Diversos estudos revelam que um indivíduo com estratégias de coping adequadas: a) tende a sentir que tem um bom controlo sobre as situações com que se depara, b) gosta de confrontar e resolver activamente os problemas e c) utiliza mecanismos redutores de estados de tensão que não são lesivos da sua saúde e da sua pessoa, não permite que a vida quotidiana seja interferida pelos acontecimentos indutores de stress e não apresenta tendência a deixar-se responsabilizar pelas consequências negativas das ocorrências (Vaz Serra & Pocinho, 2001).

## Estratégias de coping e Toxicodependência

Dificuldades em lidar com situações stressantes constituem um factor de risco para o abuso de substâncias (Ashby Wills & Hirkey, 1996). Eventos de vida stressantes podem desempenhar um papel importante na iniciação e perpetuação deste tipo de comportamento. A utilização de substâncias psicoactivas tem como objectivo regular, ou seja, reduzir sensações negativas e aumentar sensações positivas, podendo ser considerado como um comportamento de evitamento (Ashby Wills & Hirkey, 1996).

De um modo geral, as estratégias de coping são consideradas adaptativas quando constituem respostas que resolvem ou eliminam a fonte de stress, e mal adaptativas quando promovem uma fuga temporária ou evitamento relativamente ao evento stressante (Lazarus & Folkman 1984; Roth & Cohen 1986; Suls & Fletcher, 1985). A utilização de substâncias é, geralmente, vista como um exemplo de uma estratégia de coping a curto prazo, providenciando alívio temporário, mas mantendo, contudo, a fonte original de stress inalterada. Desta forma, é considerada mal-adaptativa (Folkman & Lazarus 1980; Timmer et al. 1985; Wills & Shiffman 1985; Didden, Embregts, Torn & Laarhoven, 2009). Certas estratégias de coping, como a resolução activa dos problemas, podem constituir um factor protector relativamente à utilização de substâncias, enquanto que o recurso à sua utilização enquanto forma de lidar com situações stressantes torna-se um comportamento preditivo de utilização continuada. Já a procura de suporte social constitui um factor protector em alguns estudos, e preditivo em outros (Chiong, Bry & Johnson, 2010). Os autores referem, no seu estudo, ter encontrado uma forte relação entre estilos individuais de coping e percursos de utilização de substâncias (Chiong, Bry & Johnson, 2010). Um estudo realizado por estes autores mostrou que a utilização de substâncias se relacionava de forma significativa com problemas emocionais e comportamentais, como ansiedade, depressão, agressividade e problemas de externalização. Vários estudos conceptualizam a utilização do álcool e das drogas enquanto mecanismos de gestão do stress (Marlatt, Rawson, Obert, McCann, & Marinelli-Casey, 1993; Wills & Shiffman, 1985).

Uma outra característica, o neuroticismo, (Bolger 1990; Bolger & Schilling 1991; McCrae 1990; McCrae & Costa 1986; Parkes 1986) encontra-se associado ao stress e, consequentemente, ao coping podendo estar também associado à utilização de substâncias (Cox, 1987; Earleywine et al. 1990; Martin & Sher 1994). O neuroticismo envolve estados negativos, como ansiedade, depressão, hostilidade, impulsividade e vulnerabilidade (Costa & McCrae 1985). Bolger & Schilling (1991) referem que indivíduos neuróticos apresentam maior propensão a perceber as situações como stressantes e a manifestar maior reactividade emocional. Uma possível explicação consiste na parca utilização de estratégias de coping adaptativas, como a hostilidade e fuga, ou seja, existe uma tentativa de diminuir o stress emocional através da alteração do significado da situação ou evitamento da situação stressante (Collins, Gollnisch & Morsheimer, 1994).

Um outro estudo, desenvolvido por López-Torrecillas et al. (2000) concluiu que indivíduos que consumiam substâncias apresentavam taxas de auto-controlo significativamente inferiores

aqueles não consumidores. Outros estudos apontam para os mesmo resultados (Heather, 1995; Kahler et al., 1995; Room, 1989; Santacreu & Froján, 1992). Com efeito, existe uma interacção complexa entre a percepção de uma situação de alto risco, a disponibilidade de estratégias de coping para lidar com a mesma, a efectividade do comportamento e a auto percepção e auto-estima individuais (Litman, 1986). O modelo cognitivo-comportamental de recaída, postulado por Marlatt & Gordon (1985, 1996), tenta compreender este fenómeno. Segundo referem os autores, se um individuo apresenta respostas de coping adequadas e sentimentos de auto-eficácia elevados existe uma menor probabilidade de recaída perante situações de risco. Se a atractividade do comportamento de utilização enquanto comportamento de confronto perante situações stressantes (expectativa de resultados positivos) aumenta, a probabilidade de o indivíduo utilizar substâncias aumenta (Cummings, Gordon, & Marlatt, 1980). Pal and Chavan (1996) verificaram que a utilização de estratégias comportamentais era mais frequente que a utilização de estratégias cognitivas, entre um grupo de dependentes de opiáceos. Litman, Eiser, Rawson, and Oppenheim (1979) e Amodeo and Kurtz (1998) relataram que o pensamento negativo (ex. vergonha), distração (ex. trabalhar) e evitamento eram as principais estratégias de coping utilizadas por indivíduos alcoólicos, ao invés de estratégias cognitivas. Pal and Chavan (1996) também referiram, no seu estudo com indivíduos dependentes de opiáceos, que as estratégias de coping mais utilizadas foram o afastamento de outros consumidores, evitamento de locais onde a substância era vendida, socialização com sujeitos não consumidores e procura de trabalho (como citado em Maulik, Tripathi & Hem Raj Pal, 2002).

As estratégias de coping desempenham um papel importante no evitamento da recaída e na recorrência de utilização de substâncias (Carroll, 1996; Chung et al., 2001; Cooper et al., 1992; Kadden et al., 1989; Monti et al., 1993). Estudos têm demonstrado que indivíduos que são capazes de avaliar as situações como ameaçadoras e aplicar estratégias de coping adequadas apresentam maior eficácia no evitamento da recaída (McKay et al., 1996) (como citado em Kiluk, Nich & Carroll, 2011).

Muitos dos indivíduos alcoólicos utilizam esta substância de forma a lidar com o stress e a restabelecer o equilíbrio. A bebida é utilizada para eliminar os aspectos negativos das suas vidas e aumentar os positivos (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995). Inclusive, indivíduos alcoólicos acreditam que a bebida reduz o estado de tensão e promove alterações positivas, assertividade social e sensação de prazer físico (Connors, Tarbox, & Faillace, 1993; Zarantonello, 1986). Geralmente, optam por este comportamento enquanto resposta de coping, sempre que outras estratégias mais eficazes não se encontram disponíveis (Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992). O facto de existirem expectativas elevadas acerca dos efeitos de coping positivos do acto de beber encontra-se associado com o abuso do álcool (Cooper et al., 1988) e com a recaída (Connors et al., 1993; Jones & McMahon, 1994). Quando os níveis de stress de indivíduos alcoólicos excede a sua capacidade de lidar com a situação de forma construtiva, a antecipação dos efeitos positivos do álcool tornam-se mais salientes e o risco de recaída aumenta (Donovan, 1996).

Desta forma, grande parte dos estudos que tenta relacionar estratégias de coping e consumo de substâncias psicoactivas centra-se, sobretudo, na conceptualização desse comportamento enquanto estratégia de coping, com o objectivo de reduzir os estados de tensão emocional; outros estudos procuraram estudar a importância das estratégias de coping para a prevenção da recaída. Não foram encontradas investigações que, de uma forma abrangente, procurassem avaliar as estratégias de coping utilizadas por indivíduos consumidores.

### Avaliação das Estratégias de Coping no adulto

A avaliação do coping tem sido vastamente estudada, com a criação de diversos instrumentos. Folkman & Lazarus (1980), desenvolveram um instrumento de medida, *Ways of Coping*, revisto pelos mesmos autores em 1985 (Folkman & Lazarus, 1985). Eram apresentadas várias afirmações, descrevendo diversos pensamentos ou acções de coping, aos quais os indivíduos teriam de responder afirmativa ou negativamente, caso utilizassem a respectiva estratégia ou não. Este instrumento permitia a distinção entre duas estratégias de coping: focada no problema e focada na emoção.

Matheny, Curlette, Aycok, Pugh & Taylor (1987) desenvolveram o *Coping Resources Inventory for Stress*, adaptado e aferido à população portuguesa por McIntyre, McIntyre & Silvério, (1995) – Inventário de Recursos para Lidar com o Stress. É um instrumento de auto-relato composto por 280 itens com resposta dicotómica que possibilita a obtenção de um resultado global indicativo da eficácia dos recursos de coping do sujeito (CRES). Possui 5 escalas de validade, 12 escalas primárias, 3 escalas compósitas e 16 itens de comportamentos de risco para a saúde. As 12 escalas primárias são: Auto-revelação, Assertividade, Confiança, Aceitação, Apoio Social, Liberdade Financeira, Saúde Física, Forma Física, Monitorização do Stress, Controlo de Stress, Estruturação e Resolução de Problemas. As três escalas compósitas são Reestruturação Cognitiva, Crenças Funcionais e Sociabilidade (Contêm sobreposição de itens com as primárias) (McIntyre, McIntyre & Silvério, 1999).

Vaz Serra (1987) constrói o Inventário de Resolução de Problemas – IRP (1987). Este instrumento avalia as estratégias de coping, segundo nove factores: pedido de ajuda, confronto e resolução activa dos problemas, abandono passivo perante a situação, controlo interno/externo dos problemas, estratégias de controlo das emoções, atitude activa de não-interferência na vida quotidiana pelas ocorrências, agressividade internalizada/externalizada, auto-responsabilização e medo das consequências e, por fim, confronto com o problema e planificação da estratégia.

Carver & Scheier (1989), baseados no Modelo Transaccional de Lazarus & Folkman (Lazarus & folkman, 1984; Lazarus & Folkman, 2000) desenvolveram o COPE, um inventário multidimensional que permite avaliar estratégias de coping focadas no problema, estratégias de coping focadas na emoção e estratégias de coping consideradas menos adaptativas. Referem que o coping focado no problema tende a predominar quando as pessoas sentem que pode ser feito algo de construtivo, e que o coping focado nas emoções tende a predominar quando as

peessoas sentem que o stressor tende a persistir. Sendo um questionário desenvolvido com suporte na teoria, e embora partilhe alguns aspectos dos seus antecessores, acrescenta aspectos novos, nomeadamente faz distinções subtis no âmbito do coping focado no problema: distingue a planificação do coping activo (embora nos seus estudos estes dois modos de coping tendam a carregar o mesmo factor) e acrescenta supressão da atenção para actividades contraditórias, e prática de restrição; distingue suporte instrumental do suporte emocional. Desenvolveram igualmente itens para avaliar o desinvestimento comportamental, esforço contínuo para alcançar os objectivos, desinvestimento mental para atingir objectivos pessoais, focagem ou expressão das emoções, e uso de álcool ou drogas (medicamentos) como meio de desinvestimento (Ribeiro & Rodrigues, 2004). O COPE original inclui, numa fase inicial, 52 itens distribuídas por 13 escalas. Posteriormente passa a incluir 53 itens em 14 escalas e, finalmente, 60 itens em 15 escalas, com quatro itens por escala (Carver et al., 1989; Carver, 1997b). O Brief COPE (Carver, 1997) foi adaptado e aferido à população portuguesa por Dias et al. (2009). Este questionário é constituído por 28 itens, dividido por 14 subescalas: auto-distração, coping activo, negação, utilização de substâncias, apoio emocional, apoio instrumental, desinvestimento comportamental, ventilação, reavaliação positiva, planeamento, humor, aceitação, religião e auto-culpabilização. Análises factoriais exploratórias e confirmatórias mostraram que este instrumento possuía propriedades psicométricas adequadas e satisfatórias (Dias et. al, 2009).

Esparbès, Sordes-Ader, e Tap (1993) desenvolveram a *Toulousaine Scale of Coping*, que articula os campos, comportamental (acção), cognitivo (informação) e afectivo (emoção). Estes três campos levam à emergência de seis estratégias, a saber: Focalização, Suporte Social, Retraimento, Conversão, Controlo e Recusa. Do cruzamento entre os três campos com as seis estratégias surgem 18 dimensões. Este instrumento foi adaptado e aferido à população portuguesa por Tap, Costa & Alves (2005). Desta aferição resultaram cinco subescalas (ou factores): Controlo, Retraimento, Conversão e Adictividade, Distração Social, Suporte Social e Recusa. A análise de consistência interna revelou que a escala tem uma elevada fidelidade (Tap, Costa & Alves, 2005).

## **Capítulo IV – Vinculação e Estratégias de Coping**

Vários autores (e.g., Compas, 1988; Freitas & Downey, 1998; Skinner & Edge, 1998) tem discutido a importância da Teoria da Vinculação na compreensão do coping, pois os comportamentos de vinculação são dirigidos para a manutenção da homeostase, através da procura de proximidade a figuras de vinculação responsivas (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978) (como citado em Howard & Medway, 2004).

A maior parte das pessoas encontra-se motivada a construir relações com outras (Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1969, 1973; Deci & Ryan, 1991; Epstein, 1990; Maslow, 1968; Murray, 1938). O propósito subjacente à necessidade de proximidade e procura de ajuda com objectivos de auto-regulação tem sido tema permanente na literatura. A procura de

proximidade, relacionamento ou sentimento de pertença tem sido identificado como uma necessidade humana fundamental, por vários autores (ex., Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1969; Deci & Ryan, 1991; Epstein, 1990; Maslow, 1968). O sentimento de pertença advém da interacção e sensação de proximidade com os outros, promovendo a valorização das outras pessoas (Baumeister & Leary, 1995).

Indivíduos recorrem a outros de forma a obter apoio e conforto em situações de stress, sendo que estas interacções facilitam a regulação emocional (Rook, 1987; Rook & Pietromonaco, 1987) e reforçam sentimentos de auto-competência (Markus & Cross, 1990). Neste sentido, as teorias e investigações relacionadas com os processos de vinculação (Bowlby, 1969, 1973; Murray & Holmes, 2000; Reis & Patrick, 1996) enfatizam que a existência de relacionamentos próximos desempenha um papel essencial na regulação de sentimentos acerca do *self*, contribuindo para um sentimento de segurança (Ainsworth, 1989; Sroufe & Waters, 1977).

A Teoria da Vinculação (Bowlby, 1969, 1973, 1980) permite compreender e explicar como e porquê que os indivíduos variam no que diz respeito a recorrer a outros para regular sentimentos relativos a eles próprios. Os Modelos Internos Dinâmicos desenvolvem-se através das experiências inter-pessoais, sendo que um dos componentes centrais destes modelos diz respeito ao grau em que cada um espera/deseja contar com os outros para a regulação de sentimentos associados ao *self* (Bowlby's, 1973; Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins & Feeney, 2000; Hazan & Shaver, 1987; Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992).

Indivíduos com vinculação segura procurarão a ajuda dos outros quando for mais apropriado, indivíduos com vinculação ansiosa procurarão os outros excessivamente e indivíduos com vinculação evitante apresentarão dificuldades em contar com os outros, mesmo quando precisam de ajuda (Bowlby, 1973). Pietromonaco & Feldman Barrett (2000) sugerem que tanto indivíduos com vinculação ansiosa como vinculação segura tendem a recorrer a outros para regular sentimentos acerca de si mesmos. Adultos com vinculação ansiosa, contudo, apresentam maior reactividade emocional, e visões negativas e instáveis acerca do *self* (Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins, 1996; Collins & Read, 1990; Pietromonaco & Feldman Barrett, 1997), experienciando, portanto, um maior número de ameaças ao *self* e, conseqüentemente, uma activação mais frequente do sistema de vinculação (Pietromonaco & Feldman Barrett, 2000). Desta forma, adultos com vinculação ansiosa tendem a apresentar uma tendência crónica de procura de ajuda, com o objectivo de auto-regulação (Mikulincer, 1998; Mikulincer, Orbach, & Iavnieli, 1998). Perante situações de ameaça ao *self* estes indivíduos são menos capazes de mobilizar recursos internos para lidar com a ocorrência, pois apresentam visões negativas acerca de si mesmos (Mikulincer, 1998; Pietromonaco & Feldman Barrett, 1997). Como consequência, podem requerer a ajuda de outrem para gerir o sentimento de stress. Contrariamente, indivíduos com vinculação segura apresentam visões positivas e estáveis acerca de si mesmos, percebendo um menor número de ameaças ao *self* (Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins & Read, 1990; Pietromonaco & Feldman Barrett, 1997). Sempre que se deparam com uma situação de ameaça ao *self*, por vezes procuram

ajuda, mas também são capazes de lidar com a situação de outras formas (ex. utilizando estratégias cognitivas), sempre que essa ajuda externa não se encontra disponível (ex. Mikulincer & Florian, 1998; Mikulincer, Florian, & Weller, 1993). Indivíduos com vinculação evitante-desligada, preferem depender deles próprios (Fraley & Davis, 1997), não tendendo a procurar ajuda externa, mesmo perante uma situação de ameaça ao *self*. Ao invés, procuram estratégias que promovam a auto-confiança (Mikulincer, 1998). Indivíduos com vinculação evitante-amedrontada, que temem a rejeição, apesar de quererem a ajuda dos outros, também apresentam menor tendência em procurar ajuda (Pietromonaco & Barrett, 2006).

Vinculação segura encontra-se relacionada com auto-confiança, ajustamentos saudáveis e transições de vida positivas (Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 1998; Burge et al., 1997; Paterson, Pryor, & Field, 1995). Vinculação insegura encontra-se relacionada com ansiedade, depressão, perturbações da personalidade, problemas maritais e ideação suicida (Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990; DiFilippo & Overholser, 2000; Medway, Davis, Cafferty, Chappell, & O'Hearn, 1995; Papini & Roggman, 1992; Rosenstein & Horowitz, 1996).

Lopez & Brennan (2000) sugerem que indivíduos que apresentam vinculações menos ansiosas ou evitantes se sentem mais confiantes nas suas capacidades de lidar com diferentes situações stressantes. Sujeitos com níveis elevados de vinculação ansiosa e evitante tendem a utilizar estratégias de coping ineficazes, aumentando a sensação de sofrimento (Wei, Vogel, Ku, & Zakalik, 2005) (Belizaire & Fuertes, 2010).

O estilo de vinculação pode, também, estar ligado aos métodos seleccionados para lidar com ameaças à saúde. Os autores acreditam que as estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas perante situações de ameaça desempenham um papel importante para determinar quão perigosa (em termos de consequências físicas e psicológicas) a situação é para o indivíduo. Estratégias de coping instrumentais, ou focadas no problema, podem ser utilizadas para tentar reduzir o risco de dano proveniente da ameaça, enquanto que estratégias focadas na emoção, têm como objectivo regular o nível de stress sentido (Endler & Parker, 1990; 1998). No que diz respeito a questões de saúde, indivíduos com vinculação ansiosa tenderão a utilizar um maior número de procedimentos instrumentais, como consultar profissionais de saúde, quando se verificar necessário (Stuart & Noyes, 1998) ou procurar activamente informação sobre os temas em questão (Feeney, 1995). Indivíduos com vinculação evitante, por outro lado, tentarão lidar com os sintomas independentemente, evitando procurar ajuda médica (Kotler et al, 1994) (Wearden, Cook & Vaughan-Jones, 2002).

Segundo Mikulincer and Florian (2004), indivíduos com vinculação segura utilizam mais estratégias que estabeleçam uma ligação com o problema ou procuram ajuda junto de outros indivíduos relevantes. Contrariamente, indivíduos com vinculação evitante adoptam estratégias cognitivas e comportamentais, indivíduos com vinculação ansiosa utilizam estratégias baseadas na emoção (Özen & Aktan, 2010)

Buelow, Lyddon & Johnson (2002) referem que adultos com vinculação segura: a) interpretam os eventos ao longo da vida como menos stressantes; b) apresentam um maior repertório de estratégias de coping; c) entendem melhor a relação entre o stress e o coping,

colocando-se na posição de exercer controlo cognitivo sobre as suas respostas perante o stress (Buelow, Lyddon & Johnson, 2002).

A adaptação psicológica aos diferentes desafios existentes ao longo da vida, através da mobilização de recursos adequados, constitui, portanto, um indicador de saúde física e mental, permitindo ajustamentos saudáveis. O estudo da relação entre a forma como cada sujeito se encontra vinculado, percepcionando o mundo como responsivo/não responsivo, e a escolha de estratégias mais ou menos eficazes revela-se, portanto, de maior interesse. A averiguação de diferenças existentes no seio da população toxicodependente e normativa, permitirá uma melhor compreensão do complexo fenómeno de ajustamento inerente àquela população, lançando futuras directivas nos campos da prevenção e tratamento.

## PARTE II – Objectivos e Metodologia

### Capítulo I – Objectivos

O presente estudo prende-se com os seguintes objectivos:

1. Efectuar a caracterização sócio-demográfica da população toxicodependente e da população normativa, incidindo sobre hábitos de consumo, tratamento, contra-ordenações e situações traumáticas de vida;
2. Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas relativamente ao estilo de vinculação e estratégias de coping, entre as amostras;
3. Verificar se existe uma relação significativa entre os diferentes estilos de vinculação e as estratégias de coping mobilizadas, em cada uma das amostras.

Com base na literatura existente e face aos objectivos estabelecidos, formulam-se as seguintes hipóteses de trabalho:

1. Existem diferenças significativas nos estilos de vinculação, entre as amostras;
2. Existem diferenças significativas nas estratégias de coping, entre as amostras;
3. Existe uma relação significativa entre a vinculação e as estratégias de coping, em cada uma das amostras;
- 4.

### Capítulo II – Metodologia

#### Participantes

No presente estudo participaram 133 sujeitos, pertencentes a duas amostras distintas. A primeira, amostra normativa, é constituída por 62 sujeitos, com idades compreendidas entre os 21 e os 61 anos (  $M=32.98$ ;  $DP=11.73$ ). Cerca de 42% dos participantes são do sexo feminino e 58% do sexo masculino. A amostra toxicodependente é constituída por 71 sujeitos, com idades compreendidas entre os 19 e os 55 anos ( $M=36.23$ ;  $DP=8.59$ ). Cerca de 7% dos sujeitos são do sexo feminino e 93% do sexo masculino.

#### Instrumentos

##### Questionário Sócio-Demográfico

A caracterização demográfica da amostra foi efectuada utilizando uma ficha de registo de dados. Foi concebida de forma a recolher elementos com vista à caracterização da amostra, relativamente à idade, género, estado civil, nível de ensino, hábitos de consumo, tratamento, contra-ordenações e situações de vida traumáticas.

##### Vinculação

Para avaliar a vinculação no adulto, foi escolhido o *Attachment Style Questionnaire* (ASQ) (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994), adaptado à população portuguesa por Carrinho & Pereira (2009). Para desenvolver o ASQ, Feeney e colaboradores inspiraram-se no trabalho de Hazan e Shaver (1987) e no modelo de Bartholomew e Horowitz (1991), que fazem, eles próprios, referência à noção de modelo interno de si e do outro de Bowlby (1973). Os autores criaram um questionário inicial de 65 itens e através de análises estruturais, reduziram este número para 40 itens. É um questionário com 40 questões, de tipo Lickert, de 6 pontos, desde 1-discordo totalmente a 6-concordo totalmente. É composto por itens que não estão especificamente relacionados com um tipo preciso de relação social, como as relações amorosas ou de amizade. Esta característica, tal como frisam os próprios autores, oferece a possibilidade de explorar a vinculação indivíduos que conheceram poucas experiências amorosas. Os 40 itens organizam-se em cinco dimensões: (1) confiança (em si próprio e nos outros); (2) desconforto com a proximidade; (3) necessidade de aprovação/reforço dos outros; (4) preocupação com as relações; e (5) considerar as relações como secundárias (relativamente a atingir objectivos noutros domínios, tais como escola ou carreira profissional). O desconforto com a proximidade ou a percepção da relação como algo secundário estão, de forma clara, conceptualmente ligadas à vinculação evitante. No estudo de Brennan e colaboradores (1998), a correlação destas duas escalas com o factor evitante eram de .90 e .61 respectivamente. A preocupação com as relações e necessidade de aprovação/reforço por parte dos outros estão conceptualmente relacionadas à vinculação ansiosa e obtiveram os valores de .86 e de .62 respectivamente. A escala de falta de confiança (combinando o julgamento dos outros em relação a si, mas enfatizando a falta de confiança nos outros) obteve resultados largamente relacionados com a vinculação evitante .70. Numa amostra extensa de estudantes pré-universitários Feeney e colaboradores (1994), encontraram coeficientes alfa de Cronbach para as cinco escalas com valores desde os .76 aos .84 e coeficientes de estabilidade entre  $r=67$  e  $r=78$  para um período de 10 semanas.

### Estratégias de Coping

Os dados referentes ao coping foram recolhidos utilizando o *Inventário de Resolução de Problemas* (IRP), de Adriano Vaz Serra (1987), por ser “*um instrumento desenvolvido especificamente para avaliar os mecanismos cognitivo-comportamentais do coping habitualmente usados em situações indutoras de tensão*” (Vaz Serra, 1987). Este instrumento é constituído por uma escala de tipo Likert, formada por 40 questões diferentes, tendo cada uma a possibilidade de 5 hipóteses de resposta: não concordo; concordo pouco; concordo moderadamente; concordo muito; concordo muitíssimo. A cada resposta é atribuída uma pontuação de um a cinco, sendo que, de um modo geral, o Inventário está concebido de forma a que as pontuações vão subindo da esquerda para a direita, embora nas questões elaboradas pela negativa as pontuações sejam revertidas. É pedido ao indivíduo que indique o seu comportamento usual, e não o que possa resultar do seu estado de espírito momentâneo, pelo

risco de este não traduzir as estratégias de coping normalmente utilizadas, nomeadamente pelo facto de estar a ser inquirido.

O Inventário tem uma pontuação mínima de quarenta pontos e um valor máximo de duzentos pontos. À medida que a pontuação sobe melhoram as estratégias de coping do indivíduo. Um aspecto importante a salientar, e continuando a apresentar a perspectiva do autor (Vaz Serra, 1987), é o facto de este Inventário, para além de atribuir uma quantificação global às estratégias de coping, permitir extrair outros índices, correspondentes aos diversos factores seus constituintes.

Vaz Serra (1987) identificou nove factores correspondentes a diferentes dimensões, denominados pelo autor do seguinte modo:

a) Factor 1 - Pedido de Ajuda, b) Factor 2 - Confronto e Resolução Activa dos Problemas, c) Factor 3 - Abandono Passivo Perante a Situação, d) Factor 4 - Controlo Interno/ Externo dos Problemas, e) Factor 5 - Estratégias de Controlo das Emoções, f) Factor 6 - Atitude Activa de Não Interferência da Vida Quotidiana Pelas Ocorrências, g) Factor 7 - Agressividade Internalizada/ Externalizada, h) Factor 8 - Auto Responsabilização e Medo das Consequências e i) Factor 9 - Confronto com o Problema e Planificação da Estratégia.

## Procedimento

Os dados relativos à amostra toxicodependente foram recolhidos nos estabelecimentos do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT-IP), nomeadamente, junto da Equipa de Tratamento (ET) da Covilhã e do Centro de Respostas Integradas (CRI) de Castelo Branco. Foram, também, recolhidos dados junto de toxicodependentes reclusos, nomeadamente, junto dos Estabelecimentos prisionais da Covilhã, Guarda e Castelo Branco, tendo sido, previamente, obtidas as devidas autorizações. Os participantes foram informados dos objectivos do estudo e das questões éticas associadas, sendo solicitada a sua participação voluntária. A amostra normativa foi recolhida por conveniência. A todos os sujeitos foi assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados, e explicitados os objectivos do estudo. Foram excluídos do estudo todos os participantes que assinalassem consumo de substâncias ilícitas.

Foram utilizadas medidas descritivas de tendência central (média) dispersão (desvio-padrão), frequências absolutas e relativas.

No tratamento dos dados, foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov, de forma a proceder à verificação do pressuposto de normalidade das amostras. Os resultados mostraram que nem todos os factores cumpriam este requisito. Desta forma, optou-se por utilizar o teste paramétrico T Student sempre que verificada a normalidade de ambas as amostras. O Teste U de Mann Whitney foi utilizado quando a normalidade não se verificava. A hipótese 3 foi testada através do Coeficiente de Correlação de Pearson, sempre que verificada a normalidade de ambas as variáveis, e através do Teste Rho de Spearman sempre que este requisito não era verificado para uma das variáveis.

## Capítulo III – Resultados

### Sociodemografia

A amostra normativa é constituída, na sua maioria, (58%) por sujeitos do sexo masculino, sendo que 41% são do sexo feminino. Cerca de 58% dos participantes referiram pertencer ao estatuto sócio-económico médio, 25.8% ao estatuto sócio-económico médio-baixo e 16% dos sujeitos incluíram-se no grupo médio-alto. Dos 62 participantes, 35 referem ter completado a Licenciatura, 14 apresentam o Ensino Secundário completo, 5 terminaram o 3º Ciclo do Ensino Básico, 4 sujeitos concluíram o 2º Ciclo do Ensino Básico, 2 participantes terminaram o Mestrado e 2 completaram o Doutoramento. A maioria dos participantes (71%) reside em zona citadina, e é solteira (61%), sendo que 30.6% dos inquiridos é casado. Cerca de 53% dos participantes vive exclusivamente com a família de origem (pais, irmãos, tios, etc.), 39% habita apenas com a família constituída (cônjuge, filhos) e cerca de 5% referem viver sozinhos. Dos 40 sujeitos que reportaram o seu estado civil como “solteiro” ou “divorciado”, 15 referiram namorar, enquanto que 24 não se encontram em qualquer tipo de relacionamento amoroso. Dos 37 sujeitos que mantêm uma relação (marital, união de facto, namoro), a grande maioria (92%) diz estar satisfeita com a mesma, enquanto que 8% aponta insatisfação. No que diz respeito à situação laboral, cerca de 61% dos inquiridos é trabalhador, 32% estudante, cerca de 5% dos sujeitos encontra-se desempregado, e apenas 1 participante está reformado.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra normativa

		N	%
Género	Masculino	36	58.1
	Feminino	26	41.9
Estatuto Sócio-Económico	Alto	0	0
	Médio-alto	10	16.1
	Médio	36	58.1
	Médio-baixo	16	25.8
	Baixo	0	0
Nível de Ensino	Analfabeto	0	0
	1º Ciclo	0	0
	2º Ciclo	4	6.5
	3º Ciclo	5	8.1
	Ensino Secundário	14	22.6
	Licenciatura	35	56.5
	Mestrado	2	3.2
	Doutoramento	2	3.2
Zona de Residência	Aldeia	13	21.0
	Vila	5	8.1
	Cidade	44	71.0
Estado Civil	Solteiro(a)	38	61.3
	Casado(a)	19	30.6

	Divorciado(a)	2	3.2
	União de Facto	3	4.8
	Viúvo(a)	0	0
Agregado Familiar	Próprio	3	4.8
	Família de Origem	33	53.3
	Família Constituída	24	38.6
Relação Amorosa	Sim	15	24.2
	Não	24	38.7
Satisfação com a relação	Sim	34	91.9
	Não	3	8.1
Situação Laboral	Estudante	20	32.3
	Desempregado	3	4.8
	Trabalhador	38	61.3
	Reformado	1	1.6

Relativamente à amostra toxicodependente, cerca 93% pertence ao sexo masculino, sendo que apenas 7% é do sexo feminino. Dos 71 sujeitos inquiridos, 26 refere pertencer ao grupo sócio-económico médio, 23 inclui-se no grupo sócio-económico baixo, 12 referem pertencer ao grupo sócio-económico médio-baixo, 8 incluem-se no grupo sócio-económico médio-alto, e 2 sujeitos no grupo sócio-económico alto. No que concerne ao nível de ensino, a maioria dos inquiridos (70%) concluiu o Ensino Básico, cerca de 27% terminaram o Ensino Secundário, e 3% revelou-se iletrado. A maioria (62%) habita em zona citadina, cerca de 20% reside numa aldeia e 18% numa vila. Mais de metade (70%) dos participantes são solteiros, cerca de 13% vive em união de facto, 8.5% são divorciados, 7% são casados e 1 dos inquiridos é viúvo. Dos 70 participantes, 27 referem viver exclusivamente com a família de origem (pais, irmãos, tios, etc.), 23 habita unicamente com a família constituída (cônjuge, filhos, etc.) e 14 vivem sozinhos. Dos 57 sujeitos que reportaram o seu estado civil como “solteiro”, “divorciado” ou “viúvo”, 25 referiram namorar. Dos 39 sujeitos que mantêm uma relação (marital, união de facto, namoro), 28 manifestaram-se como satisfeitos com a relação, 6 não estão satisfeitos, e 5 optaram por não responder. No que diz respeito à situação laboral, cerca de 21% dos inquiridos encontra-se desempregado e 16% é trabalhador. A restante percentagem, diz respeito aos inquiridos em reclusão, cuja questão acerca da situação laboral não constava no questionário Sócio-Demográfico.

Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra toxicodependente

		N	%
Género	Masculino	66	93.0
	Feminino	5	7.0
Estatuto Sócio-Económico	Alto	2	2.8
	Médio-alto	8	11.3
	Médio	26	36.6
	Médio-baixo	12	16.9
	Baixo	23	32.4
Nível de Ensino	Analfabeto	2	2.8
	1º Ciclo	7	9.9
	2º Ciclo	16	22.5
	3º Ciclo	27	38.0
	Ensino Secundário	19	26.8
	Licenciatura	0	0
	Mestrado	0	0
	Doutoramento	0	0
Zona de Residência	Aldeia	14	19.7
	Vila	13	18.3
	Cidade	44	62.0
Estado Civil	Solteiro(a)	50	70.4
	Casado(a)	5	7.0
	Divorciado(a)	6	8.5
	União de Facto	9	12.7
	Viúvo(a)	1	1.4
Agregado Familiar	Próprio	14	19.7
	Família de Origem	27	35.3
	Família Constituída	23	32.4
Relação Amorosa	Sim	25	35.2
	Não	29	40.8
Satisfação com a relação	Sim	28	82.4
	Não	6	17.6
Situação Laboral	Estudante	0	0
	Desempregado	15	21.1
	Trabalhador	11	15.5
	Reformado	0	0
	Não assinalado	45 <sup>4</sup>	63.4

<sup>4</sup> Referente à população toxicodependente reclusa, cuja pergunta não constava no Questionário Sócio Demográfico.

## Contra Ordenações

Relativamente às contra-ordenações, cerca de 93% da amostra normativa menciona não ter tido problemas com a justiça, enquanto que cerca de 6% refere já ter passado por essa situação, contudo, nunca foi preso.

Tabela 3 – Relação com a justiça (amostra normativa)

		N	%
Relação com a justiça	Sem problemas com a justiça	58	93.5
	Com problemas com a justiça mas nunca preso	4	6.5
	Preso uma vez	0	0
	Preso reincidente	0	0

No que diz respeito à amostra toxicodependente, cerca de 15.5% dos inquiridos menciona nunca ter cometido uma contra-ordenação, igual percentagem refere já o ter feito, mas nunca ter sido preso, cerca de 39% já esteve preso uma vez e 30% apresenta reincidência na reclusão. De notar, que dos 71 sujeitos toxicodependentes, 45 eram reclusos, indicando que dos 26 toxicodependentes não reclusos, 4 já estiveram presos, pelo menos, uma vez.

Tabela 4 – Relação com a justiça (amostra toxicodependente)

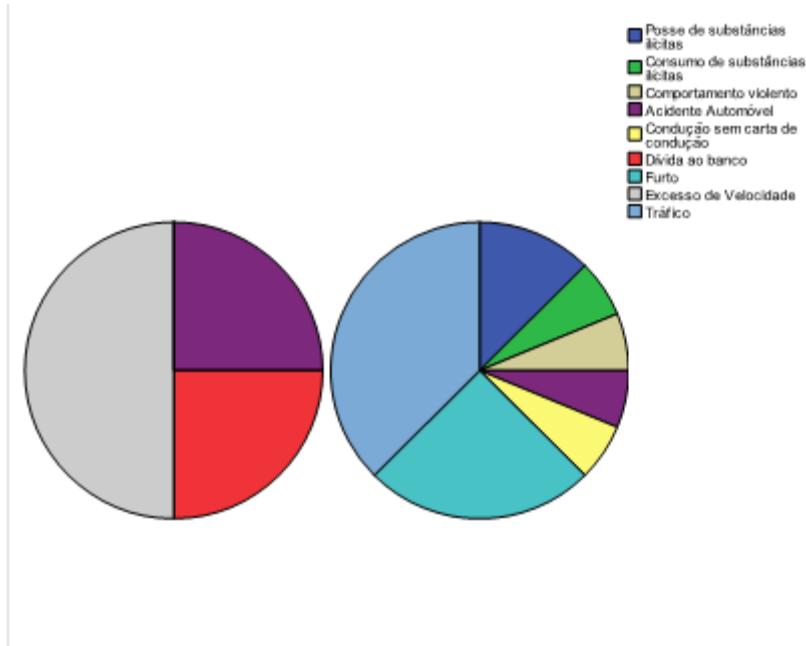
		N	%
Relação com a justiça	Sem problemas com a justiça	11	15.5
	Com problemas com a justiça, mas nunca preso	11	15.5
	Preso uma vez	28	39.4
	Preso reincidente	21	29.6

Relativamente aos motivos subjacentes à contra-ordenação (Gráfico 1), a razão mais apontada pela amostra normativa refere-se ao excesso de velocidade, mencionada 2 vezes. Segue-se a dívida ao banco e acidente de automóvel, mencionados uma vez.

A amostra toxicodependente aponta como principal motivo o tráfico de substâncias ilícitas (mencionada 6 vezes), furto (mencionado 4 vezes), posse de substâncias ilícitas (mencionado 2 vezes), consumo das mesmas, comportamento violento, acidente de automóvel e condução sem carta de condução foram mencionadas uma vez.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Restrições impostas pela Direcção Geral dos Serviços Prisionais, impediram que esta questão fosse colocada no Questionário Sócio-Demográfico.

Gráfico 1 – Motivos subjacentes a contra-ordenações (amostra normativa e amostra toxicodependente)

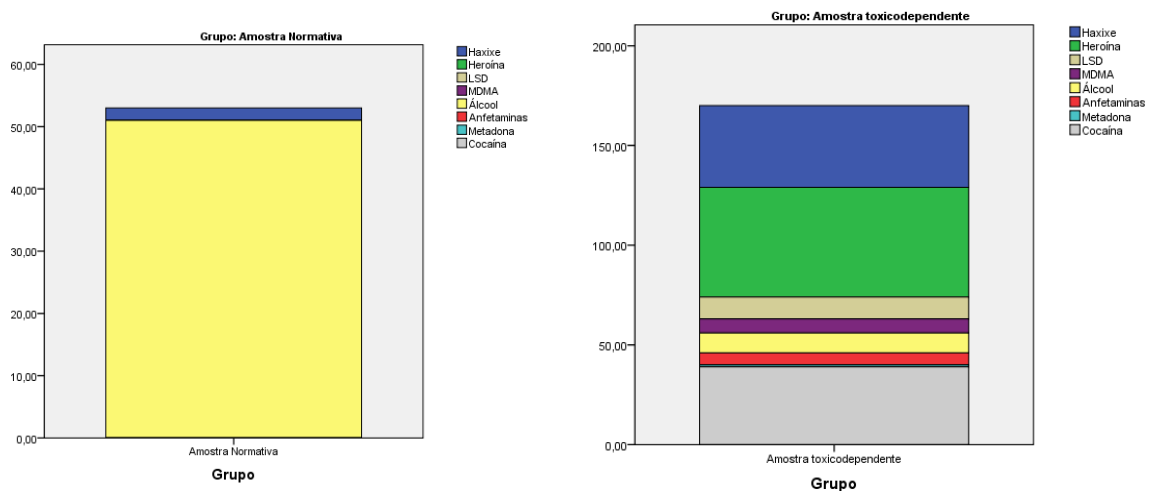


### Comportamentos de Consumo

Dos 62 inquiridos pertencentes à amostra normativa, 2 (3.2%) sujeitos referem ser ex-consumidores de haxixe, 51 (82.3%) são consumidores/já consumiram álcool e 9 (14.5%) apontam nunca terem consumido qualquer substância psicoactiva.

No que diz respeito à amostra toxicodependente, cerca de 58% consome/consumiu haxixe, 77.5% consome/já consumiu heroína, cerca de 55% consome/já consumiu cocaína, 15.5% consome/já consumiu LSD, 14.1% consome/já consumiu álcool, 8.5% consome/já consumiu anfetaminas, 9.9% consome/já consumiu MDMA e 1.4% (1 sujeito) refere ter consumido Metadona fora do contexto de tratamento (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Substâncias consumidas ( amostra normativa e amostra toxicodependente)



No que diz respeito à idade de início dos consumos, cerca de 8% dos inquiridos iniciou o consumo de substâncias psicoactivas aos 13 anos de idade, a grande maioria teve o seu primeiro consumo entre os 13 e os 18 anos de idade e cerca de 8% fê-lo entre os 18 e os 23 anos de idade (Tabela 5).

Tabela 5 – Idade de início de consumos (amostra normativa)

		N	%
Idade de início de consumos	≤ 13	5	8.1
	13-18	43	69.4
	18-23	5	8
	23-28	0	0
	28-33	0	0

Na amostra toxicodependente, cerca de 28% já tinham tido o seu primeiro consumo até aos 13 anos de idade, 45% fê-lo entre os 13 e os 18 anos de idade, 18% entre os 18 e os 23 anos de idade, 4.2% iniciou os consumos entre os 23 e os 28 anos de idade e 4.2% fê-lo entre os 28 e os 33 anos de idade.

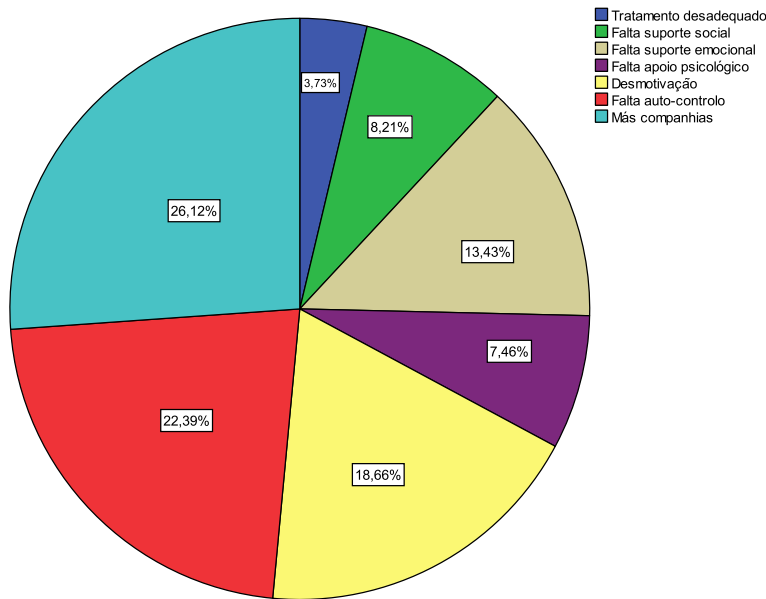
Tabela 6 – Idade de inicio de consumos (amostra toxicodependente)

		N	%
Idade de início de consumos	≤ 13	20	28.1
	13-18	32	45.2
	18-23	13	18.2
	23-28	3	4.2
	28-33	3	4.2

Relativamente à frequência de consumos, cerca de 29% da amostra normativa aponta consumir duas vezes por semana, 22.6% refere ter hábitos de consumo de uma vez por semana, 19.4% consome três vezes por semana e 14.5% refere consumir diariamente.

No que diz respeito à amostra toxicodependente, 2.8% refere consumir uma vez por mês, cerca de 10% consome diariamente, 8.5% fá-lo duas vezes por semana, 4.2% três vezes por semana e a grande maioria, 74.6% consome diariamente. Relativamente às tentativas de tratamento, cerca de 83% dos sujeitos toxicodependentes apontam já ter recaído, contra 7% dos inquiridos que referem ter tido sucesso na primeira tentativa. Associados às recaídas, os motivos mais apontados como causadores da mesma são as “más-companhias” (22.3%) e a “falta de auto-controlo” (26.1%), seguidos da “desmotivação” (18.6%), “falta de suporte emocional” (13.4%), “falta de suporte social” (8.2%), “falta de apoio psicológico” (7.4%) e “tratamento desadequado” (3.7%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Motivos de recaída



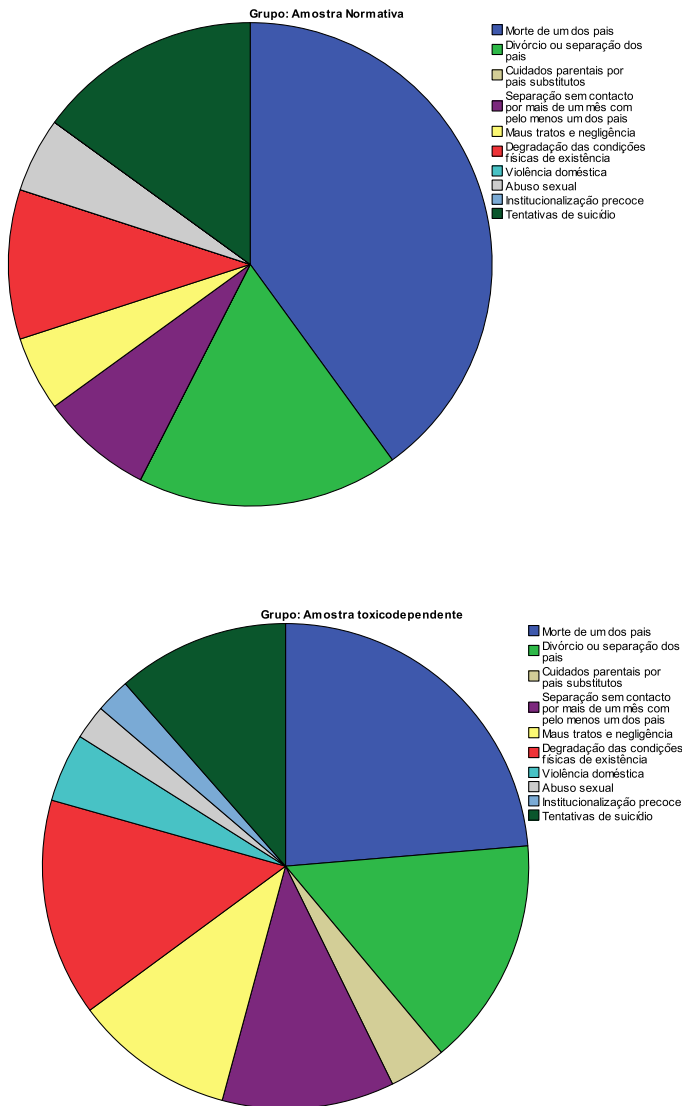
Quando questionados sobre o tipo de tratamento a que estão a ser submetidos, 29.6% dos inquiridos referiu encontrar-se a tomar metadona, 22.5% Subutex/Suboxone, 7% desintoxicação física, 2.8% dos sujeitos tem prescrita receita para um Antagonista Opiáceo e 46.5% são seguidos por um técnico do serviço (Consultas de Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, etc.).

### Situações de Vida Traumáticas

No que diz respeito a situações de vida traumáticas, cerca de 25.8% dos sujeitos pertencentes à amostra normativa referem já ter perdido um dos pais, 11.3% tem os pais separados/divorciados, cerca de 5% refere já ter estado separado, sem contacto, de pelo menos um dos pais por mais de um mês, 3.2% refere ter sido vítima de maus tratos e negligência, 3.2% foi vítima de abuso sexual, 6.5% viu as suas condições físicas de existência degradadas na infância (4.8%), e cerca de 10% já cometeu tentativas de suicídio. Nenhum dos participantes aponta ter sido vítima de violência doméstica, ter tido cuidados parentais por pais substitutos ou ter sido institucionalizado precocemente.

Relativamente à amostra toxicodependente, cerca de 44% dos sujeitos perdeu um dos pais, 28% tem os pais separados/divorciados, 7% já teve cuidados parentais por pais substitutos, 21% refere já ter estado separado, sem contacto, de pelo menos um dos pais por mais de um mês, 20% já foi vítima de maus tratos e negligência, 4% já foi vítima de abuso sexual, 27% viu as suas condições físicas de existência degradadas na infância (3%), adolescência (6%) e idade adulta (14%). Cerca de 9% dos inquiridos aponta já ter sofrido violência doméstica, 4% já foi institucionalizado precocemente e 21% dos sujeitos já cometeram tentativas de suicídio (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Situações de vida traumáticas (amostra normativa e amostra toxicodependente)



## Vinculação

A Tabela 7 ilustra as pontuações médias obtidas por ambas as amostras no *Attachment Style Questionnaire* (ASQ) (Feeney, Noller & Hanrahan, 1994; Carrinho & Pereira, 2009). Na dimensão “confiança”, a amostra normativa obteve uma pontuação mais elevada, com 4,181 (DP = ,533), tendo a amostra toxicodependente pontuado 3,966 (DP = ,645), para um máximo de pontuação de 6 valores. Relativamente à dimensão “desconforto com a proximidade”, as pontuações são semelhantes, a amostra normativa pontuou 3,432 (DP = ,419), tendo a amostra toxicodependente pontuado 3,497 (DP = ,753), para um total de pontuação de 6 valores. Quanto à dimensão “relações como secundárias”, a amostra normativa pontuou 2,852 (DP = ,554), enquanto que a amostra toxicodependente pontuou 2,857 (DP = ,922), para um máximo de pontuação de 6 valores. Na dimensão “necessidade de

reforço/aprovação”, a amostra normativa pontuou 3,437 (DP = ,746), tendo a amostra toxicodependente pontuado 3,303 (DP = ,947), para um máximo de pontuação de 6 valores. Relativamente à dimensão “preocupação com as relações”, a amostra normativa pontuou 4,064 (DP = ,736), tendo a amostra toxicodependente pontuado 3,690 (DP = ,871), para um máximo de pontuação de 6 valores. Quanto à dimensão “vinculação evitante”, a amostra normativa pontuou 3,429 (DP = ,429), tendo a amostra toxicodependente pontuado 3,526 (DP = ,552), para um máximo de pontuação de 6 valores. Na dimensão “vinculação ansiosa”, a amostra normativa pontuou 3,528 (DP = ,708), tendo a amostra toxicodependente pontuado 3,314 (DP = ,7800), para um máximo de pontuação de 6 valores.

De um modo geral, ambas as amostras obtiveram pontuações médias, nunca se aproximando dos valores máximos possíveis para cada dimensão.

Tabela 7 – Médias e desvios-padrão dos valores obtidos no *Attachment Style Questionnaire*

Dimensões	Grupo	N	Média	Desvio-Padrão
Confiança	Amostra Normativa	62	4,181	,533
	Amostra Toxicodependente	71	3,966	,645
D. P.	Amostra Normativa	62	3,432	,419
	Amostra Toxicodependente	71	3,497	,753
R.S.	Amostra Normativa	62	2,852	,554
	Amostra Toxicodependente	71	2,857	,922
N.R.A.	Amostra Normativa	62	3,437	,746
	Amostra Toxicodependente	71	3,303	,947
P.R.	Amostra Normativa	62	4,064	,736
	Amostra Toxicodependente	71	3,690	,871
V. Ev.	Amostra Normativa	62	3,429	,429
	Amostra Toxicodependente	71	3,526	,552
V. Ans.	Amostra Normativa	62	3,528	,708
	Amostra Toxicodependente	71	3,314	,7800

Após verificação dos pressupostos de normalidade, através do índice K-S, averiguou-se que os factores passíveis de utilização de estatística paramétrica, para comparação de amostras independentes, são os factores “Desconforto com a proximidade” (D.C.), “Relações como secundárias” (R.C.), “Necessidade de reforço/aprovação” (N.R.A.), “Preocupação com as relações” (P.R.), “Vinculação Ansiosa” (V. Ans.) e “Vinculação Evitante” (V. Ev.) (Tabela 9) . A

comparação entre amostras do factor “Confiança” (C.) foi feito através do Teste U de Mann-Whitney (Tabela 8).

Tabela 8 - Comparação entre amostras das diferentes dimensões da vinculação (Teste U de Mann-Whitney)

<b>Dimensão</b>	<b>U</b>	<b>Sig.</b>
Confiança	1728,000	,032

Na dimensão “confiança” foram encontradas diferenças significativas ( $U=1728,00$ ,  $p<0,032$ ) entre as amostras, com a amostra normativa a apresentar valores médios de confiança mais elevados.

Quanto à dimensão “preocupação com as relações” foi encontrada uma diferença média de 0,37 (IC 95% de 0,095 a 0,653), diferença essa que se revelou significativa ( $p<0,009$ ), denunciando valores médios mais elevados na amostra normativa.

Tabela 9 - Comparação entre amostras das diferentes dimensões da vinculação (T Student)

<b>Dimensões</b>	<b>T</b>	<b>GI</b>	<b>Sig.</b>
Desconforto com a proximidade	-,624	112,212	,534
Necessidade de reforço/aprovação	,911	129,672	,364
Relações como secundárias	-,035	116,935	,972
Preocupação com as relações	2,654	131	,009
Vinculação Evitante	-1,137	129,290	,258
Vinculação Ansiosa	1,650	131	,101

## Estratégias de Coping

A Tabela 10 ilustra as pontuações médias obtidas por ambas as amostras no Inventário de Resolução de Problemas (Vaz Serra, 1987), relativo às estratégias de coping. Na dimensão “pedido de ajuda”, a amostra normativa obteve uma pontuação média mais elevada, de 15,258 (DP = 2.408), enquanto que a amostra toxicodependente pontuou 13,901 valores (DP = 3,398), num máximo de pontuação de 25 valores para esta dimensão. Na dimensão “confronto e resolução activa dos problemas”, a amostra normativa obteve uma pontuação inferior, de 25,645 (DP = 3,746), tendo a amostra toxicodependente pontuado 26,408 (DP = 4,640), para um máximo de pontuação de 35 valores. Relativamente à dimensão “abandono passivo

perante a situação”, a amostra normativa pontuou 12,580 (DP = 1,69), e a amostra toxicodependente pontuou 12,281 (DP =2,438), para um máximo de pontuação de 15.

Tabela 10 - Médias e desvios-padrão dos valores obtidos no *Inventário de Resolução de Problemas*

Dimensões	Grupo	N	Média	Desvio-Padrão
P.A.	Amostra Normativa	62	15,258	2,408
	Amostra Toxicodependente	71	13,901	3,398
C.R.A.P.	Amostra Normativa	62	25,645	3,746
	Amostra Toxicodependente	71	26,408	4,640
A.P.P.S.	Amostra Normativa	62	12,580	1,869
	Amostra Toxicodependente	71	12,281	2,438
C.I.E.	Amostra Normativa	62	28,629	3,716
	Amostra Toxicodependente	71	29,169	4,747
E.C.E.	Amostra Normativa	62	15,774	2,977
	Amostra Toxicodependente	71	15,464	2,847
A.N.I.V.Q.O.	Amostra Normativa	62	11,193	1,278
	Amostra Toxicodependente	71	11,436	2,633
A.I.E.	Amostra Normativa	62	9,596	,734
	Amostra Toxicodependente	71	9,239	1,367
A.R.M.C.	Amostra Normativa	62	17,000	2,283
	Amostra Toxicodependente	71	14,281	3,291
C.P.P.E	Amostra Normativa	62	11,290	1,592
	Amostra Toxicodependente	71	11,563	2,122

Na dimensão “controlo interno/externo dos problemas”, a amostra normativa obteve 28,629 (DP = 3,716), tendo a amostra toxicodependente obtido a pontuação de 29,169 (DP = 4,747), para um máximo de 40 valores. Na dimensão “estratégias de controlo das emoções” ambas as pontuações foram relativamente elevadas, a amostra normativa pontuou 15,774 (DP = 2,977), tendo a amostra toxicodependente pontuado 15,464 (DP = 2,847), para um máximo de pontuação de 20. Quanto à dimensão “atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências”, a amostra normativa pontuou 11,193 (DP = 1,278), enquanto

que a amostra toxicodependente pontuou 11,436 (DP = 2,633), para um máximo de pontuação de 20 valores. A dimensão “agressividade internalizada/externalizada” obteve as pontuações

Tabela 11 - Comparação dos factores correspondentes às estratégias de coping (T Student)

<b>Factores</b>	<b>t</b>	<b>GI</b>	<b>Sig.</b>
Pedido de Ajuda	2,680	125,895	,008
Confronto e resolução activa dos problemas	-1,034	131	,303

mais elevadas, tendo a amostra normativa pontuado 9,596 (DP = ,734) e a amostra toxicodependente 9,239 (DP = 1,367), num máximo de pontuação de 10 valores. No que diz respeito à dimensão “auto-responsabilização e medo das consequências”, a amostra normativa obteve um score de 17,000 (DP = 2,283), tendo a amostra toxicodependente pontuado 14,281 (DP = 3,291), para um máximo de pontuação de 20. Quanto à dimensão “confronto com o problema e planificação da estratégia”, a amostra normativa pontuou 11,290 (DP = 1,592), tendo a amostra toxicodependente pontuado 11,563 (DP = 2,122), para um máximo de pontuação de 15 valores.

Após verificação dos pressupostos de normalidade, através do índice K-S, averiguou-se que os factores passíveis de utilização de estatística paramétrica, para comparação de amostras independentes, são os factores “Pedido de ajuda” (P.A.) e “Confronto e resolução activa dos problemas” (C.R.A.P.) (Tabela 11). A comparação entre amostras dos factores “Abandono passivo perante a situação” (A.P.P.S), “Controlo interno/externo dos problemas” (C.I.E.P.), “Estratégias de controlo das emoções” (E.C.E.), “Atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências” (A.A.N.I.V.Q.O.), “Agressividade internalizada/externalizada” (A.I.E.), “Auto-responsabilização e medo das consequências” (A.R.M.C.) e “Confronto com o problema e planificação da estratégia” (C.P.P.E.) será feita com o Teste U de Mann-Whitney (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação dos factores correspondentes às estratégias de coping (Teste U de Mann-Whitney)

<b>Factores</b>	<b>U</b>	<b>Sig.</b>
Abandono passivo perante a situação	2132,000	,752
Controlo Interno/Externo dos Problemas	2102,500	,656
Estratégias de Controlo das Emoções	2089,000	,611
Atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências	2045,000	,476

Agressividade internalizada/externalizada	2002,500	,272
Auto-responsabilização e medo das consequências	1084,000	,000
Confronto com o problema e planificação da estratégia	1995,000	,346

Na dimensão “pedido de ajuda” foi encontrada uma diferença média de 1,35 (IC 95% de 0,354 a 2,358), que se revelou significativa ( $p < 0,008$ ), denunciando valores médios mais elevados na amostra normativa.

Quanto à dimensão “auto-responsabilização e medo das consequências”, foram encontradas diferenças significativas ( $U=1084,000$ ,  $p < 0,000$ ), com a amostra normativa a apresentar valores médios mais elevados.

## Correlação entre variáveis

### Amostra Normativa

Após verificação dos pressupostos de normalidade, através do índice K-S, averiguou-se que as variáveis passíveis de utilização de estatística paramétrica, para correlação entre variáveis, eram: “Desconforto com a proximidade” (D.C.), “Relações como secundárias” (R.C.), “Necessidade de reforço/aprovação” (N.R.A.), “Preocupação com as relações” (P.R.), “Vinculação Ansiosa” (V. Ans.), “Vinculação Evitante” (V. Ev.), “Pedido de ajuda” (P.A.) e “Confronto e resolução activa dos problemas” (C.R.A.P.) (Tabela 13).

Para as variáveis “Confiança” (C.), “Abandono passivo perante a situação” (A.P.P.S), “Controlo interno/externo dos problemas” (C.I.E.P.), “Estratégias de controlo das emoções” (E.C.E.), “Atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências” (A.A.N.I.V.Q.O.), “Agressividade internalizada/externalizada” (A.I.E.), “Auto-responsabilização e medo das consequências” (A.R.M.C.) e “Confronto com o problema e planificação da estratégia” (C.P.P.E.) foi utilizado o Teste Rho de Spearman (Tabela 14).

Tabela 13 - Matriz de Correlação de Pearson entre a Vinculação e Estratégias de Coping

		D.P.	R.S	N.R.A.	P. R.	V. Ev.	V. Ans.
<b>Pedido de Ajuda</b>	Correlação de Pearson	-	-	-,265*	-	-	-
	Sig. (2-tailed)			,038			
<b>Confronto e Resolução Activa dos Problemas</b>	Correlação de Pearson	-	-	-,640**	-,445**	-	-,599**
	Sig. (2-tailed)			,000	,000		,000

\*Correlação significativa a 0.05 (2-tailed)

\*\* Correlação Significativa a 0.01 (2-tailed)

Tabela 14 - Matriz de Correlação de Spearman entre a Vinculação e Estratégias de Coping

		<b>C.</b>	<b>D. P.</b>	<b>R.S.</b>	<b>N.R.A.</b>	<b>P.R.</b>	<b>V. Ev.</b>	<b>V. Ans.</b>
<b>A.P.P.S.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	-	-	-	-	-	-	-
<b>C.I.E.P.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	,282*	-,348**	-	-,639**	-,591**	-	-,704**
<b>E.C.E.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	,344**	-	-	-,264*	-	-,265*	-,289*
<b>A.A.N.I.V.Q.O</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	-,251*	-	-	-	-	-	-
<b>A.I.E.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	,338**	-	-,286*	-	-	-,365**	-
<b>A.R.M.C.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	-	-	-	-,443**	-,280*	-	-,428**
<b>C.P.P.E</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	,363**	-,347**	-	-,424**	-,278*	-,333**	-,375**

\* Correlação significativa a 0.05 (2-tailed)

\*\* Correlação Significativa a 0.01 (2-tailed)

A exploração da relação entre vinculação e estratégias de coping na amostra normativa, evidencia a existência de correlações negativas significativas entre a dimensão “pedido de ajuda” e a dimensão “necessidade de reforço/aprovação” ( $r = -0,265$ ,  $p < 0,038$ ), a dimensão “confronto e resolução activa dos problemas” e “necessidade de reforço/aprovação” ( $r = -0,640$ ,  $p < 0,00$ ), “confronto e resolução activa dos problemas” e “preocupação com relacionamentos” ( $r = -0,445$ ,  $p < 0,00$ ) e “confronto e resolução activa dos problemas” e “vinculação ansiosa” ( $r = -0,599$ ,  $p < 0,000$ ).

Verificou-se a existência de correlações positivas significativas entre a dimensão “controlo interno/externo dos problemas” e a “confiança” ( $\rho = 0,282$ ,  $p < 0,026$ ) e correlações negativas significativas entre esta dimensão e “desconforto com a proximidade” ( $\rho = -0,348$ ,  $p < 0,006$ ), “necessidade de reforço/aprovação” ( $\rho = -0,639$ ,  $p < 0,000$ ), “preocupação com relacionamentos” ( $\rho = -0,591$ ,  $p < 0,000$ ) e “vinculação ansiosa” ( $\rho = -0,704$ ,  $p < 0,000$ ).

Observou-se a existência de correlações positivas significativas entre a dimensão “estratégias de controlo das emoções” e “confiança” ( $\rho = 0,344$ ,  $p < 0,006$ ). Esta dimensão correlacionou-se de forma negativa e significativa com as dimensões “necessidade de reforço/apoio” ( $\rho = -0,264$ ,  $p < 0,038$ ), “vinculação evitante” ( $\rho = -0,265$ ,  $p < 0,037$ ) e “vinculação ansiosa” ( $\rho = -0,289$ ,  $p < 0,023$ ).

Verificou-se a existência de correlações negativas significativas entre a dimensão “atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências” e a dimensão “confiança” ( $\rho = -0,251$ ,  $p < 0,049$ ).

A dimensão “agressividade internalizada/externalizada” correlacionou-se de forma positiva e significativa com o factor “confiança” ( $\rho = 0,338$ ,  $p < 0,007$ ). Observou-se a existência de correlações negativas significativas entre esta dimensão e “relações como secundárias” ( $\rho = -0,286$ ,  $p < 0,024$ ) e “vinculação evitante” ( $\rho = -0,365$ ,  $p < 0,004$ ).

Verificou-se a existência de correlações negativas significativas entre a dimensão “auto-responsabilização e medo das consequências” e as dimensões “necessidade de reforço/aprovação” ( $\rho = -0,443$ ,  $p < 0,000$ ), “preocupação com relacionamentos” ( $\rho = -0,280$ ,  $p < 0,028$ ) e “vinculação ansiosa” ( $\rho = 0,428$ ,  $p < 0,001$ ).

A dimensão “confronto com o problema e planificação da estratégia” correlacionou-se de forma positiva e significativa com a dimensão “confiança” ( $\rho = 0,363$ ,  $p < 0,004$ ), e de forma negativa e significativa com as dimensões “desconforto com a proximidade” ( $\rho = -0,347$ ,  $p < 0,006$ ), “necessidade de reforço/aprovação” ( $\rho = -0,424$ ,  $p < 0,001$ ), “preocupação com relacionamentos” ( $\rho = -0,278$ ,  $p < 0,029$ ), “vinculação evitante” ( $\rho = -0,333$ ,  $p < 0,008$ ) e “vinculação ansiosa” ( $\rho = -0,375$ ,  $p < 0,003$ ).

## Amostra Toxicodependente

Após verificação dos pressupostos de normalidade, através do índice K-S, averiguou-se que as variáveis passíveis de utilização de estatística paramétrica, para correlação entre variáveis, eram: “Confiança” (C.), “Desconforto com a proximidade” (D.C.), “Relações como secundárias” (R.C.), “Necessidade de reforço/aprovação” (N.R.A.), “Preocupação com as relações” (P.R.), “Vinculação Ansiosa” (V. Ans.), “Vinculação Evitante” (V. Ev.), “Pedido de ajuda” (P.A.), “Confronto e resolução activa dos problemas” (C.R.A.P.), “Controlo interno/externo dos problemas” (C.I.E.P.) e “Atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências” (A.A.N.I.V.Q.O.) (Tabela 15).

Para as variáveis “Abandono passivo perante a situação” (A.P.P.S), “Estratégias de controlo das emoções” (E.C.E.), “Agressividade internalizada/externalizada” (A.I.E.), “Auto-responsabilização e medo das consequências” (A.R.M.C.) e “Confronto com o problema e planificação da estratégia” (C.P.P.E.) foi utilizado o Teste Rho de Spearman (Tabela 16).

Tabela 15 - Matriz de Correlação de Pearson entre Estratégias de Coping e Vinculação na amostra toxicodependente

		<b>C.</b>	<b>D.P.</b>	<b>R.S.</b>	<b>N.R.A.</b>	<b>P.R.</b>	<b>V. Ev</b>	<b>V. Ans</b>
<b>P.A.</b>	Correlação de Pearson Sig. (2-tailed)	-	-	-	-	-	-	-
<b>C.R.A.</b>	Correlação de Pearson Sig. (2-tailed)	-	-	-,301*	-	-	-	-
<b>P.</b>				,011				
<b>C.I.E.P.</b>	Correlação de Pearson Sig. (2-tailed)	-	-,392** ,001	-,372** ,001	-,416** ,000	-,435** ,000	-,312** ,008	-,486** ,000
<b>A.A.N.I.</b>	Correlação de Pearson Sig. (2-tailed)	-	-	-	-	-	-	-
<b>.V.Q.O</b>								

\*Correlação significativa a 0.05 (2-tailed)

\*\*Correlação significativa a 0.001 (2-tailed)

Tabela 16 - Matriz de Correlação de Spearman entre Estratégias de Coping e Vinculação na amostra toxicodependente

		<b>C.</b>	<b>D. P.</b>	<b>R.S.</b>	<b>N.R.A.</b>	<b>P.R.</b>	<b>V. Ev</b>	<b>V. Ans</b>
<b>A.P.P.S.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	-	-,236* ,048	-,271* ,022	-	-,239* ,045	-	-,331** ,005
<b>E.C.E.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	-,311** ,008	-,384** ,001	-,322** ,006	-,342** ,004	-,237* ,047	-,237* ,047	-,302* ,010
<b>A.I.E.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	-	-,338** ,004	-,343** ,003	-,475** ,000	-,460** ,000	-	-,488** ,000
<b>A.R.M.C.</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	-	-	-	-	-	-	-
<b>C.P.P.E</b>	Correlação de Spearman Sig. (2-tailed)	-	-	-	-	-	-	-

\*Correlação significativa a 0.05 (2-tailed)

\*\*Correlação significativa a 0.001 (2-tailed)

A exploração da relação entre vinculação e estratégias de coping na amostra toxicod dependente, evidencia a existência de correlações negativas significativas entre a dimensão “confronto e resolução activa dos problemas” e a dimensão “relações como secundárias” ( $r = -0,301, p < 0,011$ ).

Observou-se a existência de correlações negativas significativas entre a dimensão “controlo interno/externo dos problemas” e as dimensões “desconforto com a proximidade” ( $r = -0,392, p < 0,001$ ), “relações como secundárias” ( $r = -0,372, p < 0,001$ ), “necessidade de reforço/aprovação” ( $r = -0,416, p < 0,000$ ), “preocupação com as relações” ( $r = -0,435, p < 0,000$ ), “vinculação evitante” ( $r = -0,312, p < 0,008$ ) e “vinculação ansiosa” ( $r = -0,486, p < 0,000$ ).

Verificou-se a existência de correlações negativas significativas entre a dimensão “Abandono passivo perante a situação” e as dimensões “desconforto com a proximidade” ( $\rho = -0,236, p < 0,04$ ), “relações como secundárias” ( $\rho = -0,271, p < 0,022$ ), “preocupação com relações” ( $\rho = -0,239, p < 0,04$ ) e “vinculação ansiosa” ( $\rho = -0,331, p < 0,005$ ).

A dimensão “estratégias de controlo das emoções” correlacionou-se de forma negativa e significativa com as dimensões “confiança” ( $\rho = -0,311, p < 0,008$ ), “desconforto com a proximidade” ( $\rho = -0,384, p < 0,001$ ), “relações como secundárias” ( $\rho = -0,322, p < 0,006$ ), “preocupação com relações” ( $\rho = -0,237, p < 0,04$ ), “vinculação evitante” ( $\rho = -0,237, p < 0,04$ ) e “vinculação ansiosa” ( $\rho = -0,302, p < 0,01$ ).

Observou-se a existência de correlações negativas significativas entre a dimensão “agressividade internalizada/externalizada” e as dimensões “desconforto com a proximidade” ( $\rho = -0,338, p < 0,004$ ), “relações como secundárias” ( $\rho = -0,343, p < 0,003$ ), “necessidade de reforço/aprovação” ( $\rho = -0,475, p < 0,000$ ), “preocupação com relações” ( $\rho = -0,460, p < 0,000$ ) e “vinculação ansiosa” ( $\rho = -0,488, p < 0,000$ ).

## Capítulo IV – Discussão

### Sociodemografia, Contra Ordenações, Comportamentos de Consumo e situações de vida traumáticas

As características da amostra toxicod dependente deste estudo convergem com os dados referidos pelo Relatório Anual do IDT-IP (2009). É constituída na sua clara maioria por elementos do sexo masculinos, com uma idade média de 36 anos ( $DP = 8,5$ ). São, na sua maioria, sujeitos solteiros (70%), que coabitam apenas com a família de origem ou só com a família constituída e apresentam baixas habilitações literárias. Contrariamente ao panorama nacional, a substância mais consumida é a heroína, seguindo-se o haxixe e a cocaína. No que diz respeito ao tratamento, os dados obtidos neste estudo corroboram o referido pelo Relatório Anual do IDT-IP (2009), já que, na sua pluralidade, os utentes se encontram integrados em programas de metadona, seguindo-se-lhe a integração em programas de tratamento com buprenorfina. Relativamente às contra-ordenações por consumo de drogas, grande parte foi

condenada por tráfico, à semelhança do referido na literatura (IDT-IP, 2009). Um dado preocupante diz respeito à idade de início dos consumos, pois cerca de 28% dos sujeitos antes dos 13 anos de idade já tinham iniciado este comportamento. A taxa de recaída ronda os 83%, sendo que os dois principais motivos apontados são as “más companhias” e a “falta de auto-controlo”. Ambos os factores são de natureza interna, pois, de certa forma, a incapacidade de alterar os hábitos de socialização de forma a conviver com sujeitos com padrões de vida saudáveis revela, por si só, falta de auto-controlo. De notar, também, a prevalência de situações traumáticas ao longo do ciclo de vida. Cerca de 21% já esteve separado, sem contactar com um dos pais por mais de um mês, 7% teve cuidados parentais por pais substitutos, 20% foi vítima de maus tratos e negligência e 21% já tentaram o suicídio.

A vinculação desempenha um papel de grande importância na compreensão do processo de adaptação do indivíduo ao seu meio social. A investigação postula que a vinculação desenvolvida durante a primeira infância poderá influenciar a personalidade do indivíduo a longo prazo, mais precisamente a confiança em si mesmo e nos outros, e conseqüentemente a profundidade das suas relações sociais (Ferreira, 2009). Bowlby (1973) considera que as diferentes formas de experiência de separação em relação à figura de vinculação (separação física temporal, perda definitiva, presença sem disponibilidade ou sem responsabilidade adequada, ameaça de abandono com fins educativos, etc.) têm em comum a capacidade de criar situações de stress capazes de direccionar o desenvolvimento da criança para a saúde mental ou para a psicopatologia (Bailey, 1997). Cummings e Cicchetti (1990) sugeriram que experiências de um cuidador psicologicamente indisponível são semelhantes à perda de facto do cuidador (morte), no sentido em que a criança experiencia abandonos frequentes ou crónicos do cuidador. Apesar de o desenvolvimento da vinculação ser conceptualizado como um processo contínuo, a existência de um cuidador responsivo e protector promove o desenvolvimento de uma vinculação segura, com fortes implicações no seu desenvolvimento: regulação de estados físicos e emocionais, sensação de segurança e capacidade de comunicação. Sempre que a fonte do trauma é o cuidador, a vinculação fica seriamente comprometida, promovendo um sentimento de abandono e impotência. Enquanto forma de lidar com o ocorrido, a criança tende a distanciar-se de qualquer relacionamento, agindo, por vezes, de forma coerciva (Cook et. al, 2007). De acordo com a hipótese de transmissão intergeracional da vinculação, os filhos de progenitores com pouca disponibilidade e pouco responsivos às suas necessidades têm maior probabilidade de apresentar dificuldades posteriores no desenvolvimento de relacionamentos de par estáveis e em servir de base segura para os seus próprios filhos (Bretherton, & Munholland, 1999). apesar de a insegurança da vinculação poder ser perpetuada por diferentes gerações, os mecanismos desta transmissão não estão claramente estabelecidos (George & Solomon, 1999).

## Vinculação

Uma das hipóteses de trabalho deste estudo consistia em determinar a existência de diferenças significativas ao nível da vinculação, entre as amostras.

De acordo com as dimensões que constituem a *vinculação evitante*, uma pontuação elevada nesta sub-escala corresponde a indivíduos que se sentem pouco à vontade na presença dos outros. Afirmam a falta de confiança nos outros e revelam estar insatisfeitos com as suas relações interpessoais. Não conseguem perceber o motivo pelo qual as outras pessoas desejariam estabelecer relações. Têm tendência a não investir nas suas relações sociais, a não criar laços de proximidade com os outros, em suma, a evitar qualquer situação que pressuponha níveis altos de compromisso e intimidade. Dizem ser independentes, exprimindo frequentemente sentimentos de rejeição e de isolamento. Atentando às dimensões que constituem a *vinculação ansiosa*, pontuações elevadas nesta sub-escala correspondem a indivíduos que apresentam grande preocupação com os relacionamentos, que sentem não ter grande valor e, por tanto, não merecer o amor dos outros. Desejariam estar mais próximos dos outros, inquietam-se quando lhes são indiferentes e sentem que não são amados. Atribuem muita importância ao que os outros pensam e preocupam-se em agradar. Por fim, os indivíduos ambivalentes são aqueles que manifestam traços das duas tendências. São de certa forma desorganizados e oscilam entre os dois modos de adaptação (Ferreira, 2009).

O tratamento e análise dos dados permitiu concluir que esta diferença não se revelou expressiva, no que diz respeito aos itens vinculação ansiosa e vinculação evitante. Ambas as amostras obtiveram pontuações médias nestes itens, não sendo possível inclui-las em nenhuma destas categorizações. Do mesmo modo, não é possível inferir que ambas as amostras apresentam vinculação segura, pois as pontuações obtidas enquadram-se num score intermédio. Contudo, analisando a sub-escala “confiança”, verifica-se a existência de diferenças significativas, com a amostra normativa a apresentar valores médios superiores. Waal & Rönnlund (2007) defendem que valores elevados nesta sub-escala se relacionam de forma significativa com a vinculação segura. Associando os resultados obtidos, relativamente a experiências de vida traumáticas, e às implicações que poderão ter no desenvolvimento da vinculação, é possível que sujeitos toxicodependentes, por todas as vicissitudes sentidas ao longo do seu desenvolvimento, tenham criado um modelo interno dos outros, enquanto pouco responsivos, traduzindo-se num score inferior na dimensão “confiança”. Brennan e colaboradores (1998) referem que resultados baixos na sub-escala da *confiança* (combinando o julgamento dos outros em relação a si, mas enfatizando a falta de confiança nos outros) obtiveram resultados largamente relacionados com a vinculação evitante, .70. Por seu turno, as dimensões sociais gerais: *preocupação com as relações e necessidade de aprovação/reforço*, estão conceptualmente relacionadas à *vinculação ansiosa*. A análise dos resultados obtidos revelou diferenças médias, naquela dimensão, de 0,37 (IC 95% de 0,095 a 0,653), com a amostra normativa a apresentar valores mais elevados. Apesar de não indicar, por si só, tendência para uma vinculação ansiosa, esta pontuação, ou melhor, a significância deste score, entre amostras, corrobora o resultado supracitado, já que a falta de confiança

relativamente ao mundo circundante pode ser, por vezes, alargada a relações sociais, traduzindo-se numa atitude de delegação para segundo plano de relacionamentos (sejam eles amorosos ou não).

## Estratégias de Coping

Independentemente do modelo explicativo encontrado, convém realçar a importância da aprendizagem eficaz de estratégias de coping, pois elas *"...permitem a construção de uma personalidade resistente que manifesta controlo sobre os acontecimentos, um bom compromisso em relação às várias áreas da sua vida e capaz de considerar mudanças e desafios."*(Vaz Serra, 1988b). O coping actua por acção directa sobre as características ameaçadoras do meio, por controlo do seu significado, por redução da sobrecarga emocional e pela manutenção de um auto-conceito positivo (Pearlin & Schooler, 1998). Se aplicarmos estes princípios básicos ao comportamento de todos os dias, somos levados a concluir que a maneira como uma pessoa se percebe e se avalia, pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que experimenta, as tensões emocionais que vivência e o modo como consequentemente vai desenvolver as suas competências.

A segunda hipótese de trabalho, consistia em verificar a existência de diferenças significativas nas estratégias de coping utilizadas por ambas as amostras.

A análise dos resultados permite identificar diferenças médias significativas nas dimensões "pedido de ajuda" e "auto-responsabilização e medo das consequências", com a amostra normativa a apresentar médias mais elevadas. As estratégias de coping focadas na inter-acção social constituem um dos modelos referidos por Vaz Serra (2002), sendo mobilizadas sempre que através dela são clarificados elos de ligação entre os efeitos que a pessoa sente e as causas que os motivaram, de forma a que, daí, derive uma alternativa adequada de acção. Como foi anteriormente referido, uma das características associadas as situações stressantes e ao coping diz respeito ao neuroticismo, frequentemente relacionado com o consumo de substâncias. Vários autores salientam o facto de esta particularidade se encontrar associada a sentimentos de hostilidade, podendo levar ao afastamento e, consequentemente, à diminuição de pedidos de ajuda (Bolger 1990; Bolger & Schilling 1991; McCrae 1990; McCrae & Costa 1986; Parkes 1986). Seguindo a mesma linha de pensamento, os autores referem que sujeitos consumidores tendem a diminuir o stress emocional através da alteração do significado da situação; indivíduos que temem o fracasso e a censura, podem não querer responsabilidades no que toca a assumir um acto (Vaz Serra, 1987), optando pela fuga física ou psicológica (controlo perceptivo do significado da experiência e das suas consequência), através da ignorância selectiva (Vaz Serra, 1987).

## Correlação entre variáveis

Cardoso *et. al* (1988) encaram o coping como *"...mecanismos de auto-regulação do Sistema que lidam com o Meio e a sua avaliação, com o Núcleo Significante, que os determina tanto, ou talvez mais, que os próprios desafios ambientais, e ainda, com as consequências*

*emocionais na pessoa das exigências da situação*". Os indivíduos apresentam diferentes modos de adaptação às situações geradoras de tensão, sendo que, uma vasta gama de estratégias de coping não nascem com o indivíduo. São resultantes de uma aprendizagem, que está condicionada por uma série de factores, de entre os quais é referenciada a idade, não como uma variável exclusivamente decorrente do passar dos anos, mas pelo número de experiências que proporciona ao sujeito (Endler & Parker, 1999). Carvalho (2007) refere a influência da vinculação na saúde psicológica, através da auto-estima (Wilkinson, 2004), aptidões sociais (Engels, Finkenauer, Meeus, & Dekovic, 2001), eficácia do suporte social (Booth-LaForce, Rubin, Rose-Krasnor, & Burgess, 2005; Herzberg, Hammen, Burge, Daley, Davila, & Lindberg, 1999; Mullis, Hill, & Readick, 1999; Thompson, et al., 2003) e processos de separação-individualização (Mattanah, Hancock, & Brand, 2004). Assim, a forma como o indivíduo se percebe a si e ao mundo que o rodeia, influencia, de certa forma, o processamento e avaliação da situação stressante, consoante se julgue (ou não) detentor de recursos (internos ou externos) para enfrentar a mesma. A terceira hipótese de trabalho incidia sobre a correlação entre as dimensões da vinculação e as estratégias de coping utilizadas.

### Amostra normativa

A análise dos resultados permite identificar, na amostra normativa, correlações significativas positivas entre a dimensão "confiança" e as dimensões "controlo interno/externo dos problemas", "estratégias de controlo das emoções" e "confronto dos problemas e planificação da estratégia", e uma correlação negativa significativa com a dimensão "atitude activa de não interferência da vida quotidiana pelas ocorrências". Estando aquela dimensão fortemente correlacionada com a vinculação segura, estes resultados convergem com o postulado por outros autores (Bowlby, 1973; Mikulincer, 1998; Pietromonaco & Feldman Barrett, 1997). A confiança em si próprio e nos outros, enquanto responsivos, tenderá a levar o indivíduo a perceber a situação como menos stressante, já que possui recursos internos e externos para lidar com a ocorrência, optando pelo planeamento e confronto do problema. De forma semelhante, a dimensão "desconforto com a proximidade" apresentou correlações negativas significativas com as dimensões "controlo interno/externo dos problemas" e "confronto dos problemas e planificação da estratégia". Possivelmente, a incapacidade em manter uma relação próxima (seja ela social ou amorosa), poderá surtir, no sujeito, sentimentos de desamparo, traduzidos numa baixa capacidade em controlar a magnitude, impacto e significado dos problemas, resultando numa atitude menos confrontativa e reflectida. Por sua vez, a dimensão "necessidade de reforço/aprovação dos outros" correlacionou-se de forma negativa e significativa com as dimensões "confronto e resolução activa dos problemas", "controlo interno/externo dos problemas", "estratégias de controlo das emoções" e "confronto dos problemas e planificação da estratégia". Aquela dimensão encontra-se fortemente relacionada com a vinculação ansiosa (Brennan e colaboradores, 1998). Estudos referem que sujeitos com vinculação ansiosa experienciam um maior número de ameaças ao self, sendo menos capazes de mobilizar recursos internos para lidar com a ocorrência. A ausência de

recursos para lidar com a situação, pode levar a dificuldades de adaptação, evitamento ou fuga do confronto, incapacidade de delinear uma estratégia ou mesmo de mobilizar estratégias com vista à regulação emocional - traduzidos na correlação negativa com a dimensão “confronto e resolução activa dos problemas”, “confronto com o problema e planificação da estratégia” e “estratégias de controlo das emoções”. A dimensão “preocupação com as relações” encontra-se, de igual modo, fortemente relacionada com a vinculação ansiosa (Brennan e colaboradores, 1998), apresentando, também, correlações com duas das dimensões anteriormente referidas : “controlo interno/externo dos problemas”, “confronto e resolução activa dos problemas” e “confronto com o problema e planificação da estratégia”. A dimensão “vinculação evitante” apresentou uma correlação negativa significativa com a dimensão “confronto com o problema e planificação da estratégia”, podendo esta correlação ser interpretada como atitude de não resolução perante a percepção negativa dos outros. Analisando os itens constituintes deste factor, dois deles traduzem uma atitude de resolução e planificação indexados a outros sujeitos (“vou pensar com calma sobre este assunto de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo”; “se querem guerra tê-la-ão”), podendo, neste caso, esta correlação, significar uma atitude de descrença, no que diz respeito a mobilizar esforços no sentido de impressionar ou confrontar outros sujeitos. Por fim, a dimensão “vinculação ansiosa”, correlacionou-se de forma significativa e negativa com as mesmas dimensões com as quais se correlacionaram as dimensões “preocupação com as relações” e “necessidade de reforço e apoio”, reforçando o supracitado.

Contrariamente ao esperado não se verificaram correlações negativas entre a dimensão “vinculação evitante” e “pedido de ajuda”, o que poderá ser explicado pelos baixos valores médios obtidos naquela dimensão. Esta poderá ser a mesma causa da inexistência de uma correlação positiva forte entre a dimensão “vinculação ansiosa” e “pedido de ajuda”, já que sujeitos com vinculação ansiosa apresentam uma tendência crónica de procura de ajuda (Mikulincer, 1998; Mikulincer, Orbach, & Iavnieli, 1998).

A dimensão “auto-responsabilização e medo das consequências” correlacionou-se negativamente com as dimensões “preocupação com as relações”, “necessidade de reforço e apoio” e “vinculação ansiosa”. Do mesmo modo, a dimensão “agressividade internalizada/externalizada” relacionou-se positivamente com a dimensão “confiança”, e negativamente com as dimensões “relacionamentos como secundários” e “vinculação evitante”. Estes dados contrariam o postulado pela literatura. Também a dimensão “atitude activa de não interferência na vida quotidiana pelas ocorrências” se correlacionou de forma oposta ao esperado com a dimensão “confiança”, sem que haja qualquer referência feita por autores neste âmbito.

### Amostra toxicodependente

A análise dos resultados permite identificar, na amostra toxicodependente, uma correlação negativa entre a dimensão “confiança” e “estratégia de controlo de emoções”. Novamente, estando aquela dimensão fortemente relacionada com vinculação segura, é provável que

sujeitos com maior confiança (em si e nos outros), percepcionem um menor numero de ameaças ao self (Bartholomew & Horowitz, 1991; Collins & Read, 1990; Pietromonaco & Feldman Barrett, 1997) e mobilizem outro tipo de estratégias. As dimensões “desconforto com a proximidade” e “relações como secundárias” encontram-se conceptualmente ligadas à vinculação evitante (Sroufe e cols., 2005). Ambas as dimensões correlacionaram-se de forma significativa e negativa com as dimensões “controlo interno/externo dos problemas” e “estratégias de controlo das emoções”, podendo esta correlação estar relacionada com o postulado por (Özen & Aktan, 2010), quando referem que indivíduos com vinculação evitante adoptam estratégias cognitivas e comportamentais, ao invés de indivíduos com vinculação ansiosa, que optam por estratégias baseadas na emoção. Como já foi referido, a vinculação ansiosa encontra-se conceptualmente relacionada com as dimensões gerais “preocupação com as relações” e “necessidade de aprovação/reforço” (Sroufe e cols., 2005). Estas dimensões correspondem a indivíduos que sentem que não tem grande valor, que se inquietam com a indiferença dos outros, desejam maior proximidade e procuram fazer as coisas de forma a serem amadas e agradar. Assim, as correlações negativas com “controlo interno/externo dos problemas” parece fazer sentido, sobretudo se forem analisados os itens constituintes deste factor: “as pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu”, “pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam”, “envolver-me apenas naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza que não me deixam ficar mal”. Da mesma forma, e pelos mesmos motivos, a correlação negativa entre a dimensão “vinculação ansiosa” e “controlo interno/externo dos problemas” parece convergir com a literatura. Por fim, a dimensão “vinculação evitante” correlacionou-se de forma negativa e significativa com a dimensão “controlo interno/externo dos problemas”, reforçando o que foi anteriormente referido por Ozen & Aktan (2010).

Contrariamente ao esperado, a dimensão “vinculação evitante” não apresentou correlações positivas significativas com a dimensão “abandono passivo perante a situação”, estando correlacionado de forma negativa com a dimensão “estratégias de controlo das emoções”, tal como a dimensão “preocupação com as relações”. O instrumento utilizado para avaliação das estratégias de coping não comporta itens relativos ao consumo de substâncias, na avaliação daquela dimensão. Faz referência comportamentos relacionados com a toma de medicamentos, distração (ver televisão) ou descansar. Provavelmente, caso existissem itens referentes ao consumo de substâncias (lícitas e ilícitas), seria de esperar que esta correlação fosse significativa e positiva. Os resultados correlacionais obtidos entre a dimensão “vinculação ansiosa” e “estratégias de controlo das emoções” também não são explicados pela literatura, já que seria de esperar que se correlacionassem de forma positiva. A existência de uma correlação negativa entre “vinculação ansiosa”, “preocupação com as relações” e “abandono passivo perante a situação” também não era esperada. De forma semelhante ao que se verificou na amostra normativa, neste caso, também a dimensão “agressividade internalizada/externalizada” se correlacionou de forma negativa com as dimensões “desconforto com a proximidade”, “relações como secundárias”, “necessidade de

reforço/apoio”, “preocupação com as relações” e “vinculação ansiosa”. Considerando que os itens constituintes desta dimensão se referem a atitudes agressivas contra o próprio ou outrem, mas não de forma concreta a outros sujeitos, esta correlação não se enquadra com o esperado. Tal como referido anteriormente, a inexistência de correlações negativas entre a dimensão “vinculação evitante” e “pedido de ajuda”, poderá ser explicado pelos baixos valores médios obtidos naquela dimensão. Por fim, a correlação negativa entre a dimensão “desconforto com a proximidade” e “abandono passivo perante a situação” não encontra qualquer referência literária, sendo esperada a correlação inversa.

## Capítulo V – Conclusões

O presente estudo tinha como principais objectivos verificar a existência de diferenças a nível da vinculação e coping entre a população normativa e toxicodependente. Como já foi referido, vários estudos reportam diferenças ao nível da vinculação, com a população toxicodependente a apresentar, tendencialmente, padrões de vinculação insegura (evitante). Apesar de esta diferença não se ter revelado significativa, neste estudo, a amostra toxicodependente obteve valores médios inferiores na variável “confiança”, fortemente relacionada com a vinculação evitante (Brennan e cols., 1998). As diferenças obtidas na dimensão “preocupação com as relações” podem ser interpretadas no mesmo sentido. Dawes et al. (2000) e Sullivan & Farrell (2002) referem que, subjacente ao comportamento de consumo se encontra um padrão de desregulação afectiva, cognitiva e comportamental, sendo que, certas substâncias psicoactivas (ex. álcool, opiáceos, cannabis, etc.) produzem desactivação fisiológica e emocional, inibindo processos cognitivos e promovendo o distanciamento dos outros. Apesar de certas drogas constituírem estimulantes, activando processos fisiológicos, cognitivos e afectivos, a utilização prolongada conduz à alienação social (Hawkins et al., 1992; Newcomb, 1995). Relativamente às estratégias de coping utilizadas, a amostra toxicodependente revelou valores médios inferiores significativos nas dimensões “pedido de ajuda” e “auto-responsabilização e medo das consequências”. Estes resultados podem sugerir a preferência, por parte de sujeitos toxicodependentes, pela resolução dos problemas de forma autónoma, associado a uma não responsabilização pela tomada de um acto, culminando na fuga (psicológica ou física) através da ignorância selectiva.

A correlação entre as dimensões da vinculação e coping na amostra normativa, revelou que sujeitos confiantes (em relação a si e aos outros), percebem um menor número de ameaças ao *self* e apresentam um reportório mais alargado de estratégias de coping, sendo capazes de controlar as situações interna e externamente e utilizam um maior número de estratégias de controlo das emoções. As três dimensões relacionadas com a vinculação ansiosa (incluindo a dimensão “vinculação ansiosa”) apresentaram correlações negativas com as mesmas dimensões de coping (exceptuando a dimensão “preocupação com as relações”, que não se correlacionou com a dimensão “estratégias de controlo das emoções”). Estes dados sugerem que sujeitos com vinculação ansiosa experienciam um maior número de

ameaças ao *self*, e são menos capazes de mobilizar recursos internos para lidar com as ocorrências, originando dificuldades de adaptação e confronto com o problema. As correlações da dimensão “desconforto com a proximidade” podem significar que sujeitos com dificuldade em manter uma relação próxima sejam menos capazes de controlar o significado e impacto dos problemas, resultando em atitudes menos confrontativas e ponderadas.

Os resultados observados na amostra toxicodependente mostraram que sujeitos mais confiantes (em si e nos outros) diminuíam a utilização de estratégias de controlo das emoções. As dimensões relacionadas com a vinculação evitante apresentaram correlações negativas significativas com o controlo interno/externo dos problemas, e estratégias de controlo das emoções, sugerindo que estas estratégias são preteridas relativamente às estratégias comportamentais e cognitivas. A inexistência de uma correlação positiva entre as dimensões da vinculação ansiosa e estratégias de controlo das emoções, prender-se-á, talvez, com a inexistência de itens referentes ao consumo de substâncias (uma vez que a sua utilização constitui uma estratégia de regulação emocional). Novamente, as três dimensões relacionadas com a “vinculação ansiosa” correlacionaram-se com as mesmas dimensões do coping, apontando para uma incapacidade de controlo emocional e perceptivo da situação, podendo culminar em sentimentos de vitimização. A existência de correlações, à priori, não esperadas, pode estar relacionada com as baixas pontuações obtidas em grande parte das dimensões, dificultando a sua interpretação, que carece de literatura.

Desta forma, pode-se concluir que sujeitos toxicodependentes apresentam uma tendência para confiar menos em si e nos que os rodeiam, preocupam-se menos com as relações que estabelecem, preferem não pedir ajuda, perante situações stressantes, e quando confrontadas com aquelas, tomam posições de não responsabilização.

O presente tema carece de investigação, com a utilização de instrumentos que avaliem de forma descritiva e aprofundada a vinculação, numa amostra toxicodependente mais alargada. Urge compreender detalhadamente o modo como esta população se encontra vinculada, as percepções que apresenta acerca dos que os rodeiam, e o modo como sentem e pensam as situações que se lhes deparam. Uma intervenção adequada, dirigida para estes parâmetros possibilitaria uma diminuição de recaídas e ajustamentos mais saudáveis, com possíveis consequências para a funcionalidade dos sujeitos e para a auto-estima.

## Bibliografia

- Ainsworth, M. (1962). The effects of maternal deprivation: A review of findings and controversy in the context of research strategy. In *Deprivation of Maternal Care: A reassessment of its effects*. Public Health papers no. 14. Geneva: World Health Organization.
- Ainsworth, M. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 2, pp. 67-112). New York: Wiley.
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. (1977). Infant development and mother-infant interaction among Ganda and American families. In P. H. Leiderman & S. Tulkin (Eds.), *Culture and infancy: Variations on human experience*. New York: Academic Press.
- Ainsworth, M. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). London: Routledge.
- Ainsworth, M., & Wittig, B. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4, pp. 129-173). London: Methuen.
- Ainsworth, M., & Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated with one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49-67.
- Ainsworth, M., Bell, S., & Stayton, D. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 123-143
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Arriaga, M., Verissimo, M., Salvaterra, F., Maia, J. & Santos, O. (2010). A avaliação da vinculação no adulto: será só uma questão de diferentes métodos?. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal.
- Allen, J., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 319-335). New York: Guilford Press.
- Alves, M. R. *Stress na vida escolar dos estudantes*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de serviço Social: Coimbra, 1995.
- Antoniazzi, A.S., Dell'Aglio, D.D. & Bandeira, D.R. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. 3 (2), 273-294
- Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence through midlife. *Journal of Adult Development*, 8, 133-143.

- Ashby Wills, T., & Hirkey, E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 279–302). New York: Wiley.
- Bartholomew, K. & Horowitz (1991). *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model*. 61 (2), 226-244
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
- Berry KKL, Barrowclough C, Wearden AJ. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research. *Clin Psychol Rev*, 27( 4), 458-75.
- Belizaire, L., & Fuentes, J.N. (2010). Attachment, coping, acculturative stress, and quality of life among Haitian immigrants. *Journal of Counseling and Development*, 89, 89-97.
- Belloch, A.; Sandín, B. & Ramos, F. (2004). *Manual de psicopatologia*. (vol.1). McGraw – Hill.
- Rahioui, H. & Reynaud, M. (2006). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psycho-Analysis*, XXI, 1-25.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psycho-Analysis*, XXV, 19-53.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization Monograph Series, No.2.
- Bowlby, J. (1957). An ethological approach to research in child development. *British Journal of Medical Psychology*, XXX, 230-240.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39,1-23.
- Bowlby, J. (1960a). Separation anxiety. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 89-113.
- Bowlby, J. (1960b). Grief and mourning in infancy and early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9-52.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books (Edição revista, 1982).
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A two-year-old goes to hospital. *The Psychoanalytic Study of the Child*, VII, 82-94.
- Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59:525-537.

- Bolger, N., & Schilling, E. A. (1991). Personality and problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59, 356–386. Bolger, N. (1990). Personality as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525–537
- Boyes, M. C. & Chandler, M. (1992). Cognitive development, epistemic doubt, and identity formation in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 277-303.
- Booth-LaForce, C., Rubin, K.H., Rose-Krasnor, L., & Burgess, K. (2004). Attachment and Friendship Predictors of Psychosocial Functioning in Middle Childhood and the Mediating Roles of Social Support and Self-Worth. In K. Kerns & Richardson, R.A. (Eds.), *Attachment in Middle Childhood*. New York: Guilford
- Brennan, K. A. & Morris, K. A. (1997). Attachment styles, self-esteem, and patterns of seeking feedback from romantic partners. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 23-31.
- Brennan, K. A. & Bosson, J. K. (1998). Attachment-style differences in attitudes toward and reactions to feedback from romantic partners: An exploration of the relational bases of self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 699-714.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford
- Brown, S. L. & Wright, J. (2003). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 15-32
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa [Assessment of adult attachment: A critical revision à propos the application of the Adult Attachment Scale to the Portuguese population]. *Psicologia*, XX(1), 11-36.
- Carrinho, P. & Pereira, A.S. (2010). Vinculação na população sem abrigo. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho, Portugal
- Carvalho, M.A.D.(2007). *Vinculação, Temperamento e processamento da informação: implicações nas Perturbações Emocionais e Comportamentais no início da Adolescência*. Universidade do Minho, Portugal.
- Caspers, K.M., Cadoret, R.J., Langbehn, D., Yucuis, R. & Troutman, B. Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit drugs. *Addictive Behaviors*. 30 (5).
- Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Development*, 59, 121-134. Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of the attachment relationships. In N. Fox (Ed.), *The development of emotional regulation. Monographs of*

- the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249. Cassidy, J. (1999). The nature of the child's tie. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Cassidy, J. (2000). Adult romantic attachments: A developmental perspective on individual differences. *Review of General Psychology*, 4, 111-131.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*. 3, 121–155.
- Cassidy, J., Kirsh, S., Scolton, K. L., & Parke, R. D. (1996). Attachment and representation of peers. *Developmental Psychology*, 32, 892-904.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.) (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Collins, R.L., Gollnisch, G. & Morsheimer, E. (1994). *Work stress, coping and substance use among female nurses*. Research Institute on Addictions, Nova Iorque.
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 139-152.
- Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult Attachment, Working Models and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Chiong, A. S., Bry, B. H., & Johnson, V. L. (2010). Mediators between coping styles and substance use/intentions in urban, high school freshmen. *Addictive Behaviors*, 35(1), 57-59
- Dawes, M.A., Antelman, S.M., Vanyukov, M.M. (2000) Developmental sources of variation in liability to adolescent substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 61:3–14, 2000.
- Cummings, E. M. & Cicchetti, D. (1990). Towards a transactional model of relations between attachment and depression. In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years: theory, research, and intervention* (pp. 339-372). Chicago: The University of Chicago Press.
- Dewitte, M. & Houwer, J. (2008). *Proximity and distance goals in adult attachment*. 22 (8), 675-694
- Dias, P. (2006). *Vinculação e regulação autonómica nas perturbações do comportamento alimentar*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Donovan, J. E. (1996). Problem behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Drug use Issues*. 26, 379-404

- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual (Revised Edition)*. Toronto: Multi-Health Systems. Carvalho (2007)
- Engels, R.C.M.E., Finkenauer, C., Meeus, W. & Dekovic, M. (2001). Effects of parental attachment on adolescents' emotional adjustment: The effects of social skills and relational competence. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 428-439.
- Faria, C.M.G. (2008). *Vinculação e Desenvolvimento Epistemológico em jovens adultos*. Universidade do Minho, Portugal
- Feeney, J. A. (1999). Issues of closeness and distance in dating relationships: Effects of sex and attachment style. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 571-590.
- Feeney, B. C. (2004). A secure base: Responsive support of goal strivings and exploration in adult intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 631-648.
- Feeney, J., Noller, P. & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research. *applications* (pp. 595–624). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218.
- Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). Estilos de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais. *Psicologia*, XX, 187-208.
- Fowler, J.S., Volkow, N.D., Kassed, C.A. & Chang, L. (2007). *Imaging the addicted human brain*, 3 (2), pp. 4-16.
- Gainza, I., Nogué, S., Velasco, C.M., Hoffman, R.S., Burillo-Putze, G., Dueñas, A., Gómez, J. & Pinillos, M.A. (2003). Intoxicación por Drogas. *ANALES Sis San Navarra*, 26 (1), pp. 99-128.
- Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J., & Grossmann, K. E. (1988). Maternal attachment representation as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In R. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families* (pp. 241-262). Oxford: Clarendon Press
- Grossman, K. E. (1999). Old and new internal working models of attachment: the organization of feelings and language. *Attachment & Human Development*, 1, 253-269.
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (1990). The wider concept of attachment in cross-cultural research. *Human Development*, 33, 31-47.
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In C. M. Parkes, J. Stevenson Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 93–114). London: Routledge.

- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (1993). Emotional organization and concentration on reality from an attachment theory perspective. *International Journal of Educational Research*, 19, 541-554.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: Stability and change during the years of immaturity. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 760-786). New York: Guilford Press.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., Winter, M., & Zimmermann, P. (2002). Attachment relationships and appraisal of partnership: From early experience of sensitive support to later relationship representation. In L. Pulkkinen & A. Caspi (Eds.), *Paths to successful development: Personality in the life course* (pp.73-105). New York: Cambridge University Press.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Kindler, H. (2005). Early care and the roots of attachment and partnership representations: The Bielefeld and Regensburg longitudinal studies. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 98-136). New York: Guilford Press.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (Eds.) (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: Guilford Press
- López-Torrecillas, F., García, J.F.G., García, M.P., Izquierdo, D.G. & Sánchez-Barrera, M.B. Variables Modulating stress and coping that discriminate drug consumers from low or non drug consumers. *Addictive Behaviors*. 25 (1), 161-165
- Hazan, N. L., & Durrett, M. E. (1982). Relationship of security of attachment to exploration and cognitive mapping abilities in 2-year-olds. *Developmental Psychology*, 18, 751-759.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.
- Hazan, C. & Shaver P. R. (1992). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280.
- Hazan, C. & Shaver P. R. (1994). Deeper into attachment theory. *Psychological Inquiry*, 5, 68-79.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachment: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 355-377). New York: Guilford Press.
- Hazan, C, Campa, M., & Gur-Yaish, N. (2006). Attachment across the life span. In P. Noller & J. A. Feeney, *Close relationships: Functions, forms and process*. New York: Taylor & Francis Group
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory. Attachment theory and Psychotherapy*. London: Routledge.

- Hawkins, J.D., Catalano, P. & Miller, J.Y. (1992), "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescent and early adulthood: Implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin*, vol. 112, no. 1, pp. 64-105.
- Hernandez, G., Salerno, J. M., & Bottoms, B. L. (2010). Attachment to God, religious coping, and alcohol-related coping. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 97-108.
- Herzberg, D., Hammen, C., Burge, D., Daley, S. E., Davila, J., & Lindberg, N. (1998). Social competence as a predictor of chronic interpersonal stress. *Personal Relationships*, 5, 207-218.
- Hinde, R.A. & Stevenson-Hinde, J. *Social relationships and cognitive development*. Oxford University Press.
- Holmes, J. (2001) *The search for the secure base*. London: Brunner-Routledge.
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G. L., & Hutchinson, G. (1997). Violent versus non-violent husbands: Differences in attachment pattern, dependency, and jealousy. *Journal of Family Psychology*, 11, 314- 331.
- Howard, M.S. & Medway, F.J. (2004). Adolescent's attachment and coping with stress. *Psychology in the Schools*. 4 (3), 391-402
- Howes, C., Rodning, C., Galluzo, D., & Meyers, I. (1988). Attachment and childcare: Relationships with mother and caregiver. *Early Research Quartely*, 3, 403-416.
- IDT, I.P. (2009), *Relatório anual 2008. A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*, IDT, Lisboa.
- Kafetsios, K, & Nezlek, J. (2002). Attachment styles in everyday social interaction. *European Journal of Social Psychology*, 32, 719-735.
- Kantorski, L.P., Lisboa, L.M. & Souza, J. (2005). Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. *Revista Electrónica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 1 (1), pp. 1-15. Consultado em Março de 2010 em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
- Kiluk, B.D., Nich, C. & Carroll, K.M. Relationship of cognitive function and the acquisition of coping skills in computer assisted treatment for substance use disorders. *Drug Alcohol Dependence*. 114 (2-3), 169-176
- Knefelkam, L. L. & Slepitzka, R. (1978). A cognitive-developmental model of career development: An adaptation of the Perry scheme. In C. Parker (Ed.), *Encouraging development in college students* (pp. 135-150). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Korhne, H.W.(2002). *Stress and coping theories*. Universidade de Johannes Gutenberg, Alemanha.

- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M., & Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapse. *British Journal of Addiction*, 78, 381-389.
- Lopez, F. G., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 283-301
- Machado, G., Soares, I., & Silva, C. (1996). Avaliação da representação da vinculação e da percepção da qualidade da relação actual pais-adolescentes. In L. Almeida, S. Araújo, M. Gonçalves, C. Machado & M. Simões (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (Vol IV). Braga: APPORT.
- Machado, T. S. & Oliveira, M. (2007). Vinculação aos pais em adolescentes portugueses: O estudo de Coimbra. *Psicologia e Educação*, 6 (1), 97-115
- Machado, T. S. (2007). Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41 (2), 5-28
- Machado, T. & Fonseca, A. C. (2008). Vinculação aos pais e problemas de internalização em adolescentes – dados de um estudo longitudinal. *INFAD Revista de Psicologia*, 1, 321-332.
- Machado, T. (2009). Vinculação aos pais: Retorno às origens. *Psicologia, Educação e Cultura*, 12 (1), 139-156.
- Maia, J., Ferreira, B., Veríssimo, M., Santos, A.J. & Shin, N. (2008). Auto-Conceito e Representações da Vinculação no Período Pré-Escolar. *Análise Psicollógica*, 3(XXVI), pp. 423-433
- Maier, M. A., Bernier, A., Pekrun, R., Zimmermann, P., & Grossmann, K. (2004). Attachment working models as unconscious structures: An experimental test. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 180-189.
- Maier, M. A., Bernier, A., Pekrun, R., Zimmermann, P., & Grossmann, K. (2004). Attachment working models as unconscious structures: An experimental test. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 180-189.
- Main, M. (1983). Exploration, play, and cognitive functioning related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 6, 167-174.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33, 48-61.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M. (1999). Epilogue. Attachment theory: Eighteen points with suggestions for future studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 845-888). New York: Guilford Press.

- Main, M., & Weston, D. (1981). The quality of the toddler's relationship to mother and father: Related to conflict behavior and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Main, M., & Weston, D. R. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour*. London: Tavistock.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984-1998). *Adult attachment scoring and classification system*. Manuscrito não publicado, University of California at Berkeley, EUA.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation? In T. B. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95- 124). Norwood, NJ: Ablex.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightening and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-182). Chicago: Chicago University Press.
- Main, M., Hesse, E., & Kaplan, N. (2005). Predictability of attachment behavior and representational processes at 1, 6, and 19 years of age: The Berkeley longitudinal study. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 245-304). New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980) Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In: Davidson, P.O., and Davidson, S.M., eds. *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York: Brunner/Maze. pp. 410–452.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*. 37–49
- Martins, M. C. A. (s/d). *Fatores de risco psicossociais para a saúde mental*. Consultado em 13 de Janeiro de 2004 através de [http://www.esenviseu.pt/ficheiros/artigos/fatores\\_risco.pdf](http://www.esenviseu.pt/ficheiros/artigos/fatores_risco.pdf)
- Mallinckodt, B., McCreary, J., & Robertson, A. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of a client attachment to the therapist scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317.
- Maulik P, Tripathi BM, Hemraj Pal, (2002) Coping behaviors and relapse precipitants in opioid dependence. A study from North India. *J Subst Abuse Treatment*. 22(3):135-40.
- McIntyre, T.M., McIntyre, S.E. & Silvério, J. respostas ao stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*. 17 (3), 513-527
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and

- drinking-related problems among young adults. The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115-1127.
- McCrae R.R.: Controlling neuroticism in the measurement of stress. Special Issue: II-IV. *Advances in measuring life stress. Stress Medicine* 6: 237-241, 1990.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Clinical assessment can benefit from recent advances in personality psychology. *American Psychologist*, 41, 1001–1003.
- Parkes 1986
- Mikulincer, M. (1997). Adult attachment style and the information processing: Individual differences in curiosity and cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1217- 1230
- Mikulincer, M. & Arad, D. (1999). Attachment working models and cognitive openness in close relationships: A test of chronic and temporary accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 710-725.
- Mikulincer, M. (1998). Attachment working models and the sense of trust: An exploration of interaction goals and affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1209-1224.
- Mikulincer, M. (1999). Adult attachment style and information processing: Individual differences in Curiosity and cognitive closure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1217-1226.
- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 817-826.
- Mikulincer . M. & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917-925.
- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513-524.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In Simpson, J., & Rholes, S. (eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). Attachment in adulthood: structure, dynamics and change. *Clinical Social Work Journal*. 37 (2), 179-180
- Milkman, H. & Frosch, W. (1977). The drug of choice. *Journal of Psychedelic Drugs*, 9 (1), 11-24
- Mohr, J. (1999). *Same sex romantic attachment*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- West, M. L., & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating – an adult attachment perspective* (pp. 1-23; 53-65). New York: Guildford Press

- Molnar, D. S. (2004). *Attachment and alcohol: testing a motivational model of problem drinking*. Master's degree dissertation, Brock University, St. Catharines, Ontario.
- Soares, I. (2006). Trajetórias dos nossos vínculos: Desenvolvimento, psicopatologia e aplicações clínicas. In M. C. Taborda Simões, M. T. S. Machado, M. L. V. Dias & L. I. N. Lima (Eds.), *Psicologia do Desenvolvimento: Temas de investigação* (pp.213-241). Coimbra: Almedina.
- Moreira, J. M., Bernardes, S., Andrez, M., Aguiar, P., Moleiro, C., & Silva, M. F. (1998). Social competence, personality, and adult attachment style in a Portuguese sample. *Personality and Individual Differences, 24*, 565-570.
- Moss, E., Parent, S., Gosselin, C., & Dumont, M. (1993). Attachment and the development of metacognitive and collaborative strategies. *International Journal of Educational Research, 19*, 555-571.
- Mullis, R. L., Hill, E. W. & Readdick, C. A. (1999). Attachment and social supports among adolescents. *Journal of Genetic Psychology, 160*(4), 500-5002.
- Thompson, et al., 2003
- Mattanah, J., Hancock, G., & Brand, B. (2004). Parental attachment, separation-individuation, and college student adjustment: A structural equation analysis of mediational effects. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 213-225.
- Neves, L., Soares, I., Machado, P., (1993) *Inventory of Parent and Peer Attachment – IPPA*. (Inventário sobre a vinculação na adolescência; Versão para investigação). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra.
- Neves, L., Soares, I. & Silva, C. (1999). Inventário da Vinculação na Adolescência (IPPA). In L. Almeida. M. Gonçalves & M. Simões (Eds.), *Teste e Provas Psicológicas em Portugal*, (Vol. II, pp. 37-48). Braga: APPORT
- Newcomb, M.D. (1995). Drug use etiology among ethnic minority adolescents. In G.J. Botvin, et al. (Eds.). *Drug abuse prevention with multiethnic youth*. Thousand Oaks: Sage Publication
- Pal.H.R. & Chavan.B.S. (1996) Coping behaviours in a recent abstinence attempt in opioid dependence. *Indian Journal of Psychiatry, 33*, 1, 36.
- Pearlin LI, Schooler C.1998. The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(2): 2-21.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (1997). Working models of attachment and daily social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1409-1423.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). Attachment theory as an organizing framework: A view from different levels of analysis. *Review of General Psychology, 4*, 107-110.
- Pietromonaco, P. R., Greenwood, D., & Barrett, L. F. (2004). Conflict in adult close relationships: An attachment perspective. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 267-299). New York: Guilford Press.

- Pietromonaco, P., & Barrett, L. F. (2006). What can you do for me? Attachment style and motives for valuing partners. *Journal for Research in Personality*, 40, 313-338.
- Petratis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q., Torpy, E.J. & Greiner, B. (1999). Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance use and misuse*, 33, 2561-2604
- Plaut, S. W., Friedman, S. H. Psychosocial factors in infectious disease. In: *Psychoneuroimmunology*, New York: Academic Press, 1981.
- Rahioui, H. & Reynaud, M. (2006). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ramos, P.M.G. (2010). *Consumo de Álcool e vinculação: Relação significativa?*. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ramos, S.I.V. & Carvalho, A.J.R. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. Universidade de Coimbra, Portugal
- Ribeiro, J.L.P. & Sousa, M. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes. *Análise Psicológica*, 1 (20), 67-75.
- Ribeiro, J.P. & Rodrigues, A.P. Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doença*. 5 (1), 3-15
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol*, 64(2), 244-253.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psicologia clínica*. (9ª edição). Porto Alegre: Artmed. (Traduzido do original em inglês *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*).
- Selye, H. (1959). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Schaie, W., & Willis, S. (2002). *Adult development and aging*. London: Prentice Hall.
- Scharf, M. (2001). A "natural experiment" in childrearing ecologies and adolescents' attachment and separation representations. *Child Development*, 72, 236-251.
- Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K. & Sack, P. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis users. *Attachment & Human Development*. 11 (3), 307-330
- Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K. & Sack, P. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis users. *Attachment & Human Development*. 11 (3), 307-330
- Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37, 86–100.
- Schneider-Rosen, K. (1990). The developmental reorganization of attachment relationships: Guidelines for classification beyond infancy. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M.

- Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 185-220). Chicago: Chicago University Press.
- Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: the integration of three behavioral systems. In R. J. Sternberg & M. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 68-99). New Haven, CT: Yale University Press.
- Shaver, P. R., Collins, N., & Clark, C. L. (1996). Attachment styles and internal working models of self and relationship partners. In G. J. O. Fletcher & J. Fitness (Eds.), *Knowledge structures in close relationships: A social psychological approach* (pp. 25-61). Mahwah: Erlbaum.
- Shaver, P. R., Belsky, J., & Brennan, K. A. (2000). Comparing measures of adult attachment: An examination of interview and self-report methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Shaver, P. R., Belsky, J., & Brennan, K. A. (2000). The Adult Attachment Interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Shaver, P. R. & Mikulincer, M. (2002). Dialogue on adult attachment: Diversity and integration. *Attachment & Human Development*, 4, 243-257.
- Simpson, J. & Rholes, W. S. (2002). Fearful-avoidance, disorganization, and multiple working models: Some directions for future theory and research. *Attachment & Human Development*, 4, 223-229.
- Simpson, J. A., Rhodes, W. S., Orina, M. M., & Grich, J. (2002). Working models of attachment, support giving, and support seeking in a stressful situation: The role of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 598-608.
- Sirvanlı-Ozen, D & Aktan, T. (2010). Attachment security and being in bullying system: Mediatonal role of coping strategies. *Turkish Journal of Psychology*.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice on individual psychotherapy with adults. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 575-594). New York: Guilford Press.
- Soares, I. (1992). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade do Porto, Portugal.
- Soares, I. (1996a). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a)*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho (2ª edição em 2000).
- Soares, I. (1996b). Vinculação: Questões teóricas, investigação e implicações clínicas. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 11, 35-72.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação sobre as relações de vinculação. In I. Soares (Coord.), *Psicopatologia do*

- desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2002). *A vinculação vinculada*. Lição de Síntese apresentada às Provas de Agregação. Departamento de Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho (Manuscrito não publicado).
- Soares, I., Lemos, M. & Almeida, C. (2005). Attachment and motivational strategies in adolescence: Exploring links. *Adolescence*, 40, 130-154.
- Solomon J. & George C. (Editors) (1999) *Disorganization of attachment*. New York: Guilford Press
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescents: A psychobiological perspective on internal working models. *Attachment & Human Development*, 1, 270-290.
- Sperling, M. & Berman, W. (Eds.) (1994.), *Attachment in adults. Clinical and developmental perspectives*. NY: The Guilford Press.
- Sroufe, L. A. (1978). Attachment and the roots of competence. *Human Nature*, 1, 50-57.
- Sroufe, L. A. (1979). The coherence of individual development. *American Psychologist*, 34, 834-841.
- Sroufe, L. A. (1983). Infant-caregiver attachment patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota symposium in child psychology* 16, (pp. 41-91). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*, 56, 1-14.
- Sroufe, L. A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 18-40). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (1989). Relationships, self, and individual adaptation. In A. J. Sameroff & R. N. Emde (Eds.), *Relationship Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*. New York: Basic Books.
- Sroufe, L. A. (1990). An organizational perspective on the self. In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *The self in transition: infancy to childhood* (pp. 281-307). Chicago: Chicago University Press.
- Sroufe, A. (1996). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, A. L. (2002). From infant attachment to promoting of adolescent autonomy: Prospective,

- longitudinal data on the role of parents in development. In J. G. Borkowski, S. L. Ramey, & M. Bristol- Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and socialemotional development*. Mahwah: Erlbaum.
- Sroufe, L. A. (2005a). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349-367.
- Sroufe, L. A. & Watters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Sroufe, L. A., Fox, N. E., & Pancake, V. R. (1983). Attachment and dependency in developmental perspective. *Child Development*, 54, 1615-1627.
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 51-71). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1988). The coherence of family relationships. In R. A. Hinde & J. Stevenson- Hinde (Eds.), *Relationships within families: Mutual influences* (pp. 25-47). Oxford: Clarendon Press & University Press.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61, 1363- 1373..
- Sroufe, L. A., Carlson, E., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11, 1-14.
- Sroufe, L. A., Duggal, S., Weinfield, N., & Carlson, E. (2000). Relationships, development and psychopathology. In A. Sameroff, M. Lewis, & S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. (pp. 75-91) (2nd Ed.). New York: Kluwer Academy/Plenum Publishers.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005a). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005b). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 48- 70). New York: Guilford Press
- Sullivan, T. N., & Farrell, A.D. (2002). Risk factors. In C. Essau (Ed.). *Substance abuse and dependence in adolescence*, pp. 87-117. New York, NY: Taylor & Francis
- Tap, P., Sobal Costa, E., & Alves M.N. (2005). Escala Toulousiana de Coping (ETC): estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(1), 47-56.
- Vaz Serra, A. (1987). Um estudo sobre coping: o Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*. 9 (4), 301-316
- Vaz Serra, A. et. li (1988b) - Mecanismos de coping: diferenças entre população normal e doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*. 9(4), 323-328.
- Vaz-Serra, A. (2002). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição de Autor.

- Vaz Serra, A., Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*. 22 (1), 9-21
- Vaz Serra, A., Firmino, H. & Ramalheira, A. C. Estratégias de Coping e Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 1988, Vol. 9, nº4, p.317-322.
- Vaz Serra, A., Firmino, H. & Figueiredo, A. M. Coping Mechanisms and stressful life events, *Acta Psychiatrica portuguesa*, 1991, nº37, p.5-12.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B.E., Santos, A.J. & Waters, H. (2005). Coordenação entre o modelo dinâmico interno da mãe e o comportamento de base segura dos seus filhos. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), pp. 85-95
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B.E., Santos, A.J. (2005). Qualidade da Vinculação e desenvolvimento sócio-cognitivo. *Análise Psicológica*, 4(XXI), pp. 419-430
- Wall, P. & Rönnlund, M. (2007). *Adult attachment and psychopathological symptoms as assessed by the Attachment Style Questionnaire and Symptom Checklist - 90 a correlational study*. Umea University
- Waters, E. (1994) *Importance of working models for attachment theory*. Personal communication, SUNYStony Brook.
- Waters, E., Wippman, J. & Sroufe, L. A. (1979). Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies in construct validation. *Child Development*, 50, 821-829.
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore Relationships. *Child Development*, 71, 164-172.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71, 684-689.
- Waters, E., Weinfield, N. S., & Hamilton, C. E. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child Development*, 71, 703-706.
- Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D., Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social/personality psychology of attachment styles: Work(s) in progress. *Attachment & Human Development*, 4, 230-242.
- Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: Among other things, we build scrip-like representations of secure base experiences. *Attachment & Human Development*, 8, 185-197.
- Watson, L. & Kuh, G. (1996). The influence of dominant race environment on student involvement, perceptions, and education gains: A look at historically Black and predominantly White liberal arts institutions. *Journal of College Student Development*, 37, 415-424.
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T.-Y., & Zakalik, R. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 14-24.

- Weidman, J. (1989). Undergraduate socialization: A conceptual approach. In J. Smart (Ed.), *Higher Education: Handbook of theory and research* (Vol. 5, pp. 289-322). New York: Agathon.
- Weinfeld, N., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment and the representation of relationships from infancy to adulthood: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71, 695-702
- Weiss, R. S. (1975). *Marital separation: Coping with the end of a marriage and the transition to being single again*. New York: Basic Books.
- Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour* (pp. 171-194). New York: Basic Books.
- Weistock, J. S. & Bond, L. A. (2000). Conceptions of conflict in close friendships and ways of knowing among college women: A developmental framework. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 687-696.
- Wills, T. A., & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman & T. A. Wills (Eds.), *Coping and substance use* (pp. 3-24). Orlando, FL: Academic Press.
- Wilkinson, R. B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth & Adolescence*, 33, 479-493.
- Young, H. S. (2000). Young adult attachment styles and intimate relationships with close friends: A crosscultural study of Koreans and Caucasian Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 31, 528- 534.
- Young, J. Z. (1964). *A model for the brain*. London: Oxford University Press.
- Zapf, J.L., Greiner, J., & Carroll, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15(2), 158–175.
- Zimmermann, P. & Grossmann, K. E. (1997). Attachment and adaptation in adolescence In W. Knoop, J. B. Hoesksma, D. C. van der Boom (eds.), *Development of interaction and attachment: Traditional and non-traditional approaches* (pp. 281-182). Amsterdam: North-Holland.
- Zimmermann, P. (1999). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment & Human Development*, 1, 291-306.
- Zimmermann, P, Maier, M. A., Winter, M., & Grossman, K. E. (2001). Attachment and adolescents emotion regulation during a joint problem-solving task with a friend. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 331-343.

# ANEXOS



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Psicologia e Educação

## **Vinculação e Estratégias de Coping em toxicodependentes e população normativa**

Esta pesquisa tem como objectivo geral estudar e analisar a possível existência de uma relação entre a vinculação e as estratégias de resolução de problemas. Ou seja, procura-se compreender se determinados estilos de vinculação se encontram associados a certas estratégias utilizadas em situações problemáticas, e de que forma se relacionam. Para tal, gostaríamos de contar com a sua colaboração para a recolha de dados, através do preenchimento de dois Instrumentos de Avaliação: o *Questionário do Estilo de Vinculação* (QEV) e o *Inventário de Resolução de Problemas* (IRP).

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre este estudo, pode contactar a investigadora Ana Beatriz Abreu, através do endereço electrónico [babreu29@gmail.com](mailto:babreu29@gmail.com), ou a orientadora desta pesquisa, Professora Doutora Fátima Simões, Professora da Universidade da Beira Interior – Departamento de Psicologia e Educação, através do endereço electrónico [fsimoes@ubi.pt](mailto:fsimoes@ubi.pt).

**Não há respostas certas ou erradas**, mas a sua sinceridade é fundamental.  
Assegura-se que todas as informações são sigilosas, e a identidade preservada.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

## Questionário Sócio-Demográfico

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Sexo: Feminino  Masculino

3- Estatuto Sócio económico:

- Alto
- Médio-alto
- Médio
- Médio-baixo
- Baixo

4- Nível de Ensino: \_\_\_\_\_

5- Zona de Residência:

- Aldeia
- Vila
- Cidade

6- Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- União de facto

6.1- Se é solteiro(a), namora?  Sim  Não

6.2- Se é casado(a) e/ou namora, sente-se satisfeito(a) com a relação?  Sim

Não

7- Como é constituído o seu agregado familiar? \_\_\_\_\_

8- Situação laboral:  Estudante  Desempregado  Trabalhador  Reformado

9- Alguma vez teve problemas com a justiça?  Sim  Não

9.1- Em que situação(s)? \_\_\_\_\_

10- Alguma vez esteve preso(a)?  Sim  Não

10.1- Qual o delito? \_\_\_\_\_

10.2 – Durante quanto tempo cumpriu pena? \_\_\_\_\_

11- Alguma vez consumiu substâncias psicoactivas?  Sim  Não

11.1- Com que idade iniciou os consumos? \_\_\_\_\_

11.2- Com que frequência consumia? \_\_\_\_\_

11.3- Que substâncias utilizadas? \_\_\_\_\_

12- Consome, actualmente, substâncias psicoactivas?  Sim  Não

12.1- Com que frequência? \_\_\_\_\_

12.2- Que substâncias utiliza? \_\_\_\_\_

13- Alguma vez foi sinalizado(a), se dirigiu a um Centro de Respostas Integradas (CRI), ou tentou deixar de consumir?  Sim  Não

13.1- No seguimento do tratamento/tentativa, alguma vez recaiu?  Sim  Não

13.1.1 – Quantas vezes? \_\_\_\_\_

13.2- Qual/quais o (s) motivo (s) que pensa estarem subjacentes à (s) recaída (s)?

Tratamento desadequado  Falta de suporte social  Falta de suporte emocional  Falta de apoio psicológico  Desmotivação  Falta de auto-controlo  
 Más companhias

14- Assinale com um X a(s) situação(s) pela(s) qual(is) já passou:

Morte de um dos pais.

Divórcio ou separação dos pais.

Cuidados parentais por pais substitutos.

Separação sem contacto por mais de um mês com pelo menos um dos pais.

Maus tratos e negligência.

Degradação das condições físicas de existência. (Em que altura da sua vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_)

Violência doméstica.

Abuso sexual.

Institucionalização precoce.

Tentativa(s) de suicídio.



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Psicologia e Educação

## **Vinculação e Estratégias de coping em toxicodependentes e população normativa**

Esta pesquisa tem como objectivo geral estudar e analisar a possível existência de uma relação entre a vinculação e as estratégias de resolução de problemas. Ou seja, procura-se compreender se determinados estilos de vinculação se encontram associados a certas estratégias utilizadas em situações problemáticas, e de que forma se relacionam. Para tal, gostaríamos de contar com a sua colaboração para a recolha de dados, através do preenchimento de dois Instrumentos de Avaliação: o *Questionário do Estilo de Vinculação* (QEV) e o *Inventário de Resolução de Problemas* (IRP).

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre este estudo, pode contactar a investigadora Ana Beatriz Abreu, através do endereço electrónico [babreu29@gmail.com](mailto:babreu29@gmail.com), ou a orientadora desta pesquisa, Professora Doutora Fátima Simões, Professora da Universidade da Beira Interior – Departamento de Psicologia e Educação, através do endereço electrónico [fsimoes@ubi.pt](mailto:fsimoes@ubi.pt).

**Não há respostas certas ou erradas**, mas a sua sinceridade é fundamental. Assegura-se que todas as informações são sigilosas, e a identidade preservada.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

## Questionário Sócio-Demográfico

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Sexo: Feminino  Masculino

3- Estatuto Sócio económico:

- Alto
- Médio-alto
- Médio
- Médio-baixo
- Baixo

4- Nível de Ensino: \_\_\_\_\_

5- Zona de Residência:

- Aldeia
- Vila
- Cidade

6- Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- União de facto

6.1- Se é solteiro(a), namora?  Sim  Não

6.2- Se é casado(a) e/ou namora, sente-se satisfeito(a) com a relação?  Sim

Não

7- Como é constituído o seu agregado familiar? \_\_\_\_\_

8- É a primeira vez que cumpre pena?  Sim  Não

9- Com que idade iniciou os consumos? \_\_\_\_\_

9.1- Com que frequência consumia? \_\_\_\_\_

9.2- Quais as substâncias utilizadas? \_\_\_\_\_

10- Alguma vez foi sinalizado(a), se dirigiu a um Centro de Respostas Integradas (CRI), ou tentou deixar de consumir?  Sim  Não

10.1- No seguimento do tratamento/tentativa, alguma vez recaiu?  Sim  Não

10.1.1 – Quantas vezes? \_\_\_\_\_

10.1.2- Qual/quais o (s) motivo (s) que pensa estarem subjacentes à (s) recaída (s)?

Tratamento desadequado  Falta de suporte social  Falta de suporte emocional  Falta de apoio psicológico  Desmotivação  Falta de auto-controlo  
 “Más companhias”  Outro: \_\_\_\_\_

10.2 – Qual o tipo de tratamento ao qual está a ser submetido(a)?

Metadona

Subutex/Suboxone

Desintoxicação Física

Outra medicação: \_\_\_\_\_

Seguimento com técnico: consultas de Psicologia, Serviço Social, Medicina.

11- Assinale com um X a(s) situação(s) pela(s) qual(is) já passou:

Morte de um dos pais.

Divórcio ou separação dos pais.

Cuidados parentais por pais substitutos.

Separação sem contacto por mais de um mês com pelo menos um dos pais.

Maus tratos e negligência.

Degradação das condições físicas de existência. (Em que altura da sua vida? \_\_\_\_\_)

Violência doméstica.

Abuso sexual.

Institucionalização precoce.

Tentativa(s) de suicídio.



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas  
Departamento de Psicologia e Educação

## **Vinculação e Estratégias de coping em toxicodependentes e população normativa**

Esta pesquisa tem como objectivo geral estudar e analisar a possível existência de uma relação entre a vinculação e as estratégias de resolução de problemas. Ou seja, procura-se compreender se determinados estilos de vinculação se encontram associados a certas estratégias utilizadas em situações problemáticas, e de que forma se relacionam. Para tal, gostaríamos de contar com a sua colaboração para a recolha de dados, através do preenchimento de dois Instrumentos de Avaliação: o *Questionário do Estilo de Vinculação* (QEV) e o *Inventário de Resolução de Problemas* (IRP).

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre este estudo, pode contactar a investigadora Ana Beatriz Abreu, através do endereço electrónico [babreu29@gmail.com](mailto:babreu29@gmail.com), ou a orientadora desta pesquisa, Professora Doutora Fátima Simões, Professora da Universidade da Beira Interior – Departamento de Psicologia e Educação, através do endereço electrónico [fsimoes@ubi.pt](mailto:fsimoes@ubi.pt).

**Não há respostas certas ou erradas**, mas a sua sinceridade é fundamental.  
Assegura-se que todas as informações são sigilosas, e a identidade preservada.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

## Questionário Sócio-Demográfico

1- Idade: \_\_\_\_\_

2- Sexo: Feminino  Masculino

3- Estatuto Sócio económico:

- Alto
- Médio-alto
- Médio
- Médio-baixo
- Baixo

4- Nível de Ensino: \_\_\_\_\_

5- Zona de Residência:

- Aldeia
- Vila
- Cidade

6- Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- União de facto

6.1- Se é solteiro(a), namora?  Sim  Não

6.2- Se é casado(a) e/ou namora, sente-se satisfeito(a) com a relação?  Sim

Não

7- Como é constituído o seu agregado familiar? \_\_\_\_\_

8- Situação laboral:  Estudante  Desempregado  Trabalhador  Reformado

9- Alguma vez teve problemas com a justiça?  Sim  Não

9.1- Em que situação(s)? \_\_\_\_\_

10- Alguma vez esteve preso(a)?  Sim  Não

10.1- Qual o delito? \_\_\_\_\_

11- Com que idade iniciou os consumos? \_\_\_\_\_

11.1- Com que frequência consumia? \_\_\_\_\_

11.2- Que substâncias utilizava? \_\_\_\_\_

12- Consome, actualmente, substâncias psicoactivas?  Sim  Não

12.1- Com que frequência? \_\_\_\_\_

12.2- Que substâncias utiliza? \_\_\_\_\_

13- Alguma vez foi sinalizado(a), se dirigiu a um Centro de Respostas Integradas (CRI), ou tentou deixar de consumir?  Sim  Não

13.1- No seguimento do tratamento/tentativa, alguma vez recaiu?  Sim  Não

13.1.1 – Quantas vezes? \_\_\_\_\_

13.1.2- Qual/quais o (s) motivo (s) que pensa estarem subjacentes à (s) recaída (s)?

Tratamento desadequado  Falta de suporte social  Falta de suporte emocional  Falta de apoio psicológico  Desmotivação  Falta de auto-controlo  “Más companhias”

13.2 – Qual o tipo de tratamento ao qual está a ser submetido(a)?

Metadona  Subutex/Suboxone  Desintoxicação Física

Outra medicação: \_\_\_\_\_

Seguimento com técnico: Consultas de Psicologia, Serviço Social, Medicina.

14- Assinale com um X a(s) situação(s) pela(s) qual(is) já passou:

Morte de um dos pais.

Divórcio ou separação dos pais.

Cuidados parentais por pais substitutos.

Separação sem contacto por mais de um mês com pelo menos um dos pais.

Maus tratos e negligência.

Degradação das condições físicas de existência. (Em que altura da sua vida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_)

Violência doméstica.

Abuso sexual.

Institucionalização precoce.

Tentativa(s) de suicídio.

# Questionário do Estilo de Vinculação de Sem Abrigo

Feeney & Noller, 2001; versão Portuguesa: Carrinho & Pereira, 2009

## Instruções:

Diga até que ponto concorda ou discorda com cada uma das seguintes questões cotando-as segundo a seguinte escala:

1 Discordo totalmente    2 Discordo muito    3 Discordo pouco    4 Concordo pouco    5 Concordo muito    6 Concordo totalmente

	1	2	3	4	5	6
1. De um modo geral, sou uma pessoa que vale a pena conhecer						
2. Sou mais fácil de conhecer do que a maioria das pessoas.						
3. Sinto-me confiante de que as outras pessoas estarão lá para me ajudar quando eu precisar.						
4. Prefiro depender de mim do que das outras pessoas.						
5. Prefiro guardar as coisas para mim próprio.						
6. Pedir ajuda é admitir que se é um falhado.						
7. O valor das pessoas devia ser medido pelo que conseguem alcançar.						
8. Conseguir coisas é mais importante do que construir relações.						
9. Fazer o nosso melhor é mais importante do que dar-nos bem com os outros.						
10. Se há um trabalho para fazer, deve ser feito independentemente das pessoas que sofrem com isso.						
11. É importante para mim que os outros gostem de mim.						
12. É importante para mim evitar fazer coisas que não agradem os outros.						
13. Tenho dificuldades em tomar uma decisão a menos que saiba o que os outros pensam.						
14. As minhas relações com os outros são, geralmente, superficiais.						
15. Às vezes penso que não valho nada.						
16. Tenho dificuldade em confiar noutras pessoas.						
17. Tenho dificuldade em depender dos outros.						
18. Penso que os outros são relutantes em aproximar-se de mim tanto quanto eu gostaria.						
19. Penso que é relativamente fácil tornar-me próximo/a de outras pessoas						
20. Tenho facilidade em confiar nos outros.						
21. Sinto-me confortável em depender de outras pessoas.						
22. Receio que os outros não se preocupem comigo tanto como eu me preocupo com eles.						
23. Preocupa-me que as pessoas se aproximem demasiado.						
24. Preocupa-me não estar à altura dos outros.						
25. Sinto-me confuso com o estar próximo das outras pessoas.						
26. Embora me queira aproximar dos outros sinto-me desconfortável em fazê-lo.						
27. Questiono-me porque é que os outros poderiam querer envolver-se comigo.						
28. É para mim muito importante ter uma relação próxima.						
29. Preocupo-me muito com os meus relacionamentos.						
30. Questiono-me como iria encarar a vida sem ter alguém que me amasse.						
31. Sinto-me confiante no relacionamento com os outros.						
32. Muitas vezes sinto que sou deixado/a de parte ou sozinho/a						
33. Muitas vezes preocupo-me que não encaixe realmente com as outras pessoas.						
34. Os outros têm os seus problemas portanto não os incomodo com os meus.						
35. Quando falo dos meus problemas a outras pessoas geralmente sinto-me envergonhado/a ou ridículo/a.						
36. Estou demasiado ocupado com outras actividades para despende muito tempo em relacionamentos.						
37. Se alguma coisa me incomoda, normalmente os outros têm consciência disso e preocupam-se.						
38. Tenho confiança que os outros irão gostar de mim e respeitar-me.						
39. Sinto-me frustrado/a se os outros não estão disponíveis quando eu preciso deles.						
40. As outras pessoas desapontam-me frequentemente.						

# Inventário de Resolução de Problemas

(© A. Vaz Serra, 1987)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Habilitações: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Naturalidade: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_  
Nota global \_\_\_\_\_ F1 \_\_\_\_\_ F2 \_\_\_\_\_ F3 \_\_\_\_\_ F4 \_\_\_\_\_  
F5 \_\_\_\_\_ F6 \_\_\_\_\_ F7 \_\_\_\_\_ F8 \_\_\_\_\_ F9 \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES

Ao longo da vida todas as pessoas atravessam situações difíceis com que se têm de defrontar. Os indivíduos não são todos iguais a lidar com os seus problemas. Cada uma das questões que a seguir é apresentada representa uma forma específica de reagir quando um indivíduo se confronta com uma situação indutora de *stress*.

Refira, quando se encontra numa situação difícil, semelhante à que é representada, quais são, das questões seguintes, aquelas que melhor traduzem os seus *comportamentos habituais*.

Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo  aquela que se aproxima mais do modo como se comporta. Não se trata de saber o que considera melhor, mas sim o que se passa *realmente* consigo.

I. - *Imagine que teve uma discussão séria com uma pessoa amiga de longa data.*

*Deve-lhe bastante dinheiro, que já devia ter sido pago e ainda outros favores. Existem numerosos conhecidos comuns.*

*Na discussão que tiveram a razão está do seu lado.*

*Contudo, a outra pessoa, muito zangada, acabou por lhe dizer: "Dou-te uma semana para pensares no que me fizeste e me vires pedir desculpa. Se não o fizeres hei-de dizer aos outros que não passas de um vigarista e exijo-te que me entregues todo o dinheiro que me deves".*

*Muito no seu íntimo tem quase a certeza de que a outra pessoa é capaz de cumprir com o que está a dizer. Sabe ainda que não tem todo o dinheiro que precisa de lhe entregar. Conhece bem que muitos dos vossos amigos comuns são capazes de acreditar no que o outro lhes disser.*

*Esta situação é susceptível de se prolongar ao longo do tempo, envolvendo indivíduos com quem lida todos os dias.*

*O assunto resolver-se-ia se tivesse uma conversa séria com essa pessoa, em que fosse capaz de esclarecer, de uma vez por todas, os mal-entendidos. É natural que essa conversa fosse, pelo menos de princípio, bastante desagradável. Mas é possível que pudessem voltar a fazer as pazes, a serem amigos como dantes e a ser adiado o problema da dívida.*

*Contudo, ao relembrar o que se passou, por um lado, sente-se ofendido com a prepotência da outra pessoa; por outro lado recebe as consequências.*

*É um problema que não sabe bem como resolver.*

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Vou deixar correr esta situação; o tempo ajuda a resolver os problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Numa situação deste tipo o melhor é evitar encontrar-me com o indivíduo e não ligar ao que possa dizer ou fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Não vou permitir que este acontecimento interfira com o que tenho de fazer no meu dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se não me tivesse comportado daquela maneira isto nunca teria acontecido; tive toda a culpa no que aconteceu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vou-me aconselhar com pessoas amigas para saber o que devo fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. – Considere agora que teve uma situação da sua vida em que ocorreu uma perda económica substancial.

Imagine, por exemplo, que segue numa estrada com um veículo novo, acabado de comprar com a ajuda de um empréstimo grande e com bastante sacrifício. Uma camioneta, a certa altura, colide consigo e o seu carro fica bastante danificado. A camioneta põe-se em fuga, não é capaz de lhe ver a matrícula, não consegue sair do local em que se encontra e não vai ninguém a passar que possa servir de testemunha.

Pensa então no transtorno que tudo isto causa à sua vida, a despesa que representa, tendo na altura bastantes dificuldades em a poder enfrentar. Acaba por apanhar uma boleia de uma pessoa que por ali passou, bastante tempo depois e segue para casa.

É um problema aparentemente sem solução e que lhe causa dano.

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
6. Estou perdido; este acontecimento deu cabo da minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O melhor é não fazer nada, até ver onde isto vai parar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lá por isto me ter acontecido, não vou deixar que a minha vida seja constantemente interferida por esta questão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Apesar de tudo tive muita sorte; as coisas poderiam ser bem piores do que realmente são.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
10. No fundo reconheço que me comportei de uma maneira estúpida; devido a mim é que este problema está como está.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vou pedir conselho aos meus amigos para poder sair deste problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*III. - Sentindo-se uma pessoa competente em determinada área vai ser posto à prova, daí a algum tempo, numa situação competitiva importante. Verifica entretanto, com estranheza, que há um indivíduo que anda a diminuí-lo e a dizer aos outros que é uma pessoa que não vale o que aparenta. Este facto ofende-o mas, daí a três meses, vai poder provar aos olhos de todos se é ou não um indivíduo capaz.*

Numa situação deste tipo tem tendência a pensar:

	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
12. As pessoas hão-de sempre dizer mal de mim; que azar o meu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Não me vou aborrecer com esta situação; o tempo há-de correr a meu favor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Estou a sentir-me destruído pelo que me está a acontecer; não vou conseguir desvencilhar-me desta situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vou pensar com calma sobre este assunto, de modo a que possa sair-me bem e, ao mesmo tempo, calar aquele indivíduo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Com o que me está a acontecer o melhor é evitar por agora submeter-me às provas, em que podem ver como me saio, de forma a que o acontecimento seja esquecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Se querem guerra, tê-la-ão; não posso deixar de lutar por aquilo que para mim é importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Acho melhor perguntar aos meus familiares o que devo fazer para resolver este assunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sinto que tenho a responsabilidade daquilo que agora me está a acontecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
20. Vou pedir conselho a amigos meus sobre a melhor atitude a tomar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. De modo algum me deixo esmagar pelo que me está a acontecer; hei-de remover os obstáculos, um a um, até provar aos outros que realmente sou uma pessoa capaz; sei que hei-de conseguir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. – *Quando me sinto muito tenso, a fim de aliviar o meu estado de tensão:*

22. Passo horas a ver televisão, sem querer fazer mais nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Raramente consigo passar sem tomar medicamentos que me acalmem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Meto-me na cama durante longas horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Procuo fazer uma pequena soneca, pois sinto que, nessas ocasiões, tem em mim grandes efeitos reparadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Desabafo com alguém, procurando que, ao fim, essa pessoa tome o meu partido e me ajude a resolver as dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dá-me para partir tudo o que tenho à minha volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Chego a bater em mim próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Raramente deixo de pedir ajuda profissional, a um médico ou a um psicólogo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. – *A minha maneira de ser habitual leva-me a que, não só nestas situações como em todos os meus problemas, tenha tendência a:*

	<b>Não concordo</b>	<b>Concordo pouco</b>	<b>Concordo moderadamente</b>	<b>Concordo muito</b>	<b>Concordo muitíssimo</b>
30. Pensar continuamente sobre todos os factos que me preocupam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Não fugir do confronto com as situações que me são desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
32. Adaptar-me com facilidade às pressões psicológicas e exigências da vida de todos os dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Não deixar de lutar, quando quero atingir os meus objectivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Conseguir pôr em prática os planos que arquitecto para resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Reconhecer que sou, com frequência, vítima dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter sempre coragem para resolver os problemas da minha vida, mesmo que por vezes me incomodem bastante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Envolver-me naquelas acções, de resolução de problemas, que tenho a certeza não me deixam ficar mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Permitir que os objectivos principais da minha vida sejam facilmente inter-feridos pelos problemas com que me defronto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ver sempre os aspectos negativos, mais do que os aspectos positivos dos acontecimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Preferir, num problema desagradável, procurar obter informação e tentar resolvê-lo, do que estar a evitá-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

α

Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!