

Alexitimia e Dependência de Substâncias Psicoativas em Consumidores de Longa Duração

CATARINA RAFAELA NETO FERREIRA

Dissertação apresentada ao Instituto Superior
de Serviço Social do Porto para a obtenção do
Grau de Mestre em Gerontologia Social

Orientador: Prof. Doutor Óscar Ribeiro

Coorientador: Prof. Doutora Luísa Costa Pinto

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu
mas pensar o que ninguém ainda pensou
sobre aquilo que todo mundo vê.”*

Arthur Schopenhauer

AGRADECIMENTOS

A nossa vida só nos abre portas quando usufruímos do caminho as relações e as pequenas emoções que ele nos proporciona. Uma vez que o desenvolvimento da minha dissertação só foi possível devido às pessoas fantásticas e imperdíveis da minha vida, a elas **MUITO OBRIGADA!**

À minha avó Lena, pelo amor incondicional, pela garra e humildade que me transmitiu. Pelas palavras de força e por toda a preocupação, que apesar de, a meio de todo o processo, me deixar fisicamente, fez com que prevalecesse toda a sua força e vontade de viver novos desafios. Por estar sempre presente na minha vida, e pelos seus últimos meses, me deixar viver intensamente com ela e por me ensinar a cuidar dos mais velhos. Foi aplicar um pouco do tanto que aprendi, numa das pessoas que mais amo.

Aos meus pais, por toda a paciência, apoio, dedicação e amor, que sempre me limpavam as lágrimas e viveram todos os meus dramas.

Ao meu irmão, simplesmente pela sua existência. Por me lembrar todos os dias do quão é bom ser irmã. Por ser o meu maior orgulho.

Ao meu namorado, pela paciência, ajuda, companheirismo, dedicação, apoio incondicional e amor.

À minha colega e amiga Sara Brito, que sem ti todo o processo não seria possível. Pela partilha de stress e de gargalhadas, que suavizou toda a exaustão e fortaleceu a nossa amizade.

Às minhas melhores amigas, Margarida, Ana Lopes e Ana Azevedo, por estarem presentes sempre que eu preciso. Uma conversa atenua muitas tempestades.

À Márcia, por ser uma grande amiga, por me ajudar, e por me ensinar um pouco o que é o papel de um gerontólogo com garra, que luta todos os dias simplesmente por um motivo: pelo bem-estar e qualidade dos idosos.

À Flávia, Ana Sofia Mendes, Ana Catarina Lopes (Ribeirinha) e Prudência, por serem as amigas que a faculdade me deu, e por estarem longe, mas presentes.

Aos meus primos, Carina, Fábio e Alexandre pelo apoio e por me ajudarem a descontraír. Aos meus tios Carlos e Fátima por me darem apoio (e à minha família) nos momentos mais difíceis da minha vida.

À Padaria Lino, aos patrões, pela flexibilidade e apoio. Às colegas de trabalho Rita, Manuela e Sofia por me ensinarem a trabalhar e por sempre se preocuparem comigo. À Conceição, Vânia e D. Fernanda, por me darem muita força e nunca me deixarem desistir, e pela grande paciência que tiveram comigo. Ao Hugo por me fazer rir e aliviar do stress quando eu mais precisava. Aos clientes por me acolherem tão bem, por serem tão atenciosos e preocupados comigo.

À D. Fátima pelas palavras meigas, por me ouvir, por me dar muita força e me incentivar a nunca desistir.

A todos os meus amigos e amigas, cada um com um lugar especial, o meu muito obrigada por de alguma maneira estarem comigo quando eu mais preciso.

Da mesma forma, e não menos importante, devo agradecer aos meus orientadores. Ao Prof. Dr. Óscar Ribeiro, pela responsabilidade e confiança que depositou em mim e no meu trabalho. Pelo seu incrível conhecimento, humildade e serenidade, que em momentos de grande emotividade, confusão e agitação (em que a vida não esteve boa para a juventude) sempre me tranquilizou e orientou no melhor sentido. Por isso é um honra tê-lo como orientador.

À Profª Drª Luísa Costa Pinto, que me viu crescer desde a licenciatura, e que foi a professora que me ensinou a ver a vida com outros olhos. Ensinou-me a questionar sobre mim e sobre o que me rodeia: a usar o cérebro que é para isso que o temos. Por me dar a conhecer o projeto, por nunca desistir de mim e acreditar que eu seria capaz. Pelo excelente ser humano, pela sabedoria e por toda a paciência que teve comigo. É um privilégio tê-la a orientar a minha dissertação.

Gostaria também de agradecer à Profª Drª Rita Conde, por me ter ensinado sobre a análise qualitativa e sobre o Nvivo, pela grande paciência que sempre teve para comigo. E à Profª Drª Teresa Souto, pelas dicas e pela ajuda que me prestou.

Apesar de todos os obstáculos em todo o meu percurso, posso referir que me sinto sortuda por conhecer pessoas tão importantes e professores tão brilhantes que, com todos os seus conhecimentos me permitiram crescer enquanto pessoa e enquanto profissional. Obrigada!

RESUMO

Em Portugal, o envelhecimento de consumidores de longa duração de substâncias psicoativas e a sua possível (re)inserção social ainda parecem ser pouco merecedoras de discussão. Ainda mais quando o foco é em consumidores envelhecidos precocemente devido aos consumos e que apresentam alexitimia associada. Esta perturbação é caracterizada pela dificuldade em identificar e descrever sentimentos e emoções bem como a presença de pensamento orientado para o exterior, dificultando uma intervenção adequada com esta população. O presente estudo apresenta como objetivo geral avaliar a capacidade de processamento emocional em adultos consumidores de longa duração de substâncias psicoativas com recurso à seleção de memórias significativas, bem como refletir e orientar a prática dos profissionais tendo em conta a perturbação da alexitimia e as suas implicações. Numa 1ª fase, recorreu-se a uma metodologia quantitativa, através da aplicação da Escala da Alexitimia de Toronto (TAS-20) e de um Questionário de Caracterização Sociodemográfica e relativo ao Histórico de Consumo de Substâncias a uma amostra de 118 indivíduos em tratamento em uma das respostas disponibilizadas pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências - SICAD. Após a análise dos resultados desta fase, foram selecionados aqueles indivíduos considerados alexitímicos (score total da TAS-20 superior a 61) para responderem a uma Entrevista de Reconhecimento de Emoções Faciais. Do total de 26 indivíduos que integraram esta 2ª fase, constatou-se no discurso destes uma maior referência a acontecimentos significativos negativos. Igualmente, verificou-se um maior recurso ao pensamento concreto, apresentando-se este em maior evidência nos participantes do sexo feminino, no grupo etário dos 50 ou mais anos, nos policonsumidores, nos participantes cujo primeiro consumo foi entre os 11 e os 15 anos, nos que se encontram em tratamento num Centro de Resposta Integrada e se encontram em tratamento há menos de 1 ano. De um modo geral, constata-se que apesar dos participantes conseguirem identificar as emoções, embora de uma forma vaga, revelam dificuldades em descrevê-las bem como as situações que as espoletaram, apresentando um pensamento muito concreto e orientado para o exterior, com recurso essencialmente a experiências emocionais negativas. Estes resultados apontam a importância de se refletir sobre as práticas profissionais do trabalho em Serviço Social Gerontológico no âmbito das emoções e das experiências emocionais na (re)inserção e tratamento de indivíduos consumidores de longa duração e com alexitimia associada.

Palavras-Chave: alexitimia; consumidores de longa duração; envelhecimento precoce, dependência de substâncias psicoativas.

ABSTRAT

In Portugal, the ageing of long-term users of psychoactive substances and their possible social (re)integration have received a small amount of attention. This is even more evident when the focus relies on prematurely aged consumers who present associated alexithymia. This disorder is characterized by the presence of difficulties in identifying and describing feelings and emotions, and by the presence of a concrete thinking style that is focused on external events, which hampers an adequate intervention. The present study has the major goal of assessing the emotional processing ability of older adults who have a long lasting pattern of psychoactive substance use; it relies on an approach that focuses on the selection of significant memories, and intends to provide a reflection on social practice bearing in mind the implications of alexithymia. In a first step, the project relies on a quantitative study that uses the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and a Questionnaire of Sociodemographic Characterization and Substance Consumption History. These were applied to a sample comprising 118 subjects who were outpatients of a network of services delivered by SICAD (Intervention Services for Addictive Behaviours and Dependence). A second step considers a sub-sample of subjects who were categorized as having “alexithymia” based on TAS-20 cut offs (i.e., total score higher than 61) and who answered a set of questions – Interview for Facial Emotions Recognition (qualitative study). From a total of 26 subjects who integrated this second phase, there could be observed a great report of negative significant events along with a high use of concrete thoughts, which were found to be more common in female subjects, those aged 50 and plus, polyconsumers, subjects whose first consumption occurred when they were aged between 11 and 15 years old, those attending “Integrated Response Centres”, and in those consumers who were under treatment for less than a year. In overall, results show that although most participants were found to be able to (vaguely) identify emotions, they revealed great difficulties in their description and in reporting the situations that have triggered them. Moreover, they presented a very concrete thinking style, focused on external events, and mostly related to emotionally negative experiences. These results highlight the importance of paying greater attention to the professional practices within Gerontological Social Service in what concerns working on emotions and emotional experiences during the (re)integration and treatment of long term psychoactive substance users with coexistent alexithymia.

Key Words: alexithymia; long term drug users; precocious ageing; psychoactive substance dependence.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. <i>Emoções, sentimentos e regulação emocional.....</i>	<i>3</i>
1.2. <i>Dependência de Substâncias Psicoativas.....</i>	<i>13</i>
1.3. <i>Dependência de Substância Psicoativas, Alexitimia e Envelhecimento Precoce.....</i>	<i>21</i>
II. ESTUDO EMPÍRICO.....	26
2.1. <i>Primeira Fase do Projeto.....</i>	<i>26</i>
2.1.1. <i>Instrumentos.....</i>	<i>27</i>
2.1.2. <i>Análise de Dados.....</i>	<i>28</i>
2.1.3. <i>Resultados.....</i>	<i>28</i>
2.2. <i>Segunda Fase do Projeto.....</i>	<i>31</i>
2.2.1. <i>Entrevista de Reconhecimento das Emoções Faciais.....</i>	<i>32</i>
2.2.2. <i>Análise de Dados.....</i>	<i>33</i>
2.2.3. <i>Resultados.....</i>	<i>35</i>
2.2.4. <i>Discussão dos Resultados.....</i>	<i>52</i>
III. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS INTERVENTORES SOCIAIS.....	56
BIBLIOGRAFIA.....	60
APÊNDICES.....	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da localização das 9 instituições de tratamento.....	26
Figura 2 - Variáveis recolhidas pelo Inquérito Sociodemográfico	27
Figura 3 - Caracterização do sexo da amostra.....	29
Figura 4 - Caracterização da faixa etária da amostra	29
Figura 5 - Resultados da Escala da Alexitimia de Toronto (TAS-20)	30
Figura 6 - Esquema da Seleção da Amostra para a Segunda Fase do Estudo.....	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=118)	29
Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra Final (N=26)	36
Tabela 3 - Caracterização da História de Consumos da Amostra (N=26)	37
Tabela 4 - Acontecimentos Significativos (Positivos e Negativos)	39
Tabela 5 - Características dos Relatos dos Acontecimentos Significativos (Negativos e Positivos).....	41
Tabela 6 - Acontecimentos Significativos Negativos em função do Sexo	42
Tabela 7 - Acontecimentos Significativos Positivos em função do Sexo	43
Tabela 8 - Acontecimentos Significativos Negativos em função do Grupo Etário	44
Tabela 9 - Acontecimentos Significativos Positivos em função do Grupo Etário	45
Tabela 10 - Acontecimentos Significativos Negativos em função do Tipo de Consumo.....	46
Tabela 11 - Acontecimentos Significativos Positivos em função do Tipo de Consumo	46
Tabela 12 - Acontecimentos Significativos Negativos em função da Idade do Primeiro Consumo.....	47
Tabela 13 - Acontecimentos Significativos Positivos em função da Idade do Primeiro Consumo	48
Tabela 14 - Acontecimentos Significativos Negativos em função do Tipo de Tratamento.....	49
Tabela 15 - Acontecimentos Significativos Positivos em função do Tipo de Tratamento	49
Tabela 16 - Acontecimentos Significativos Negativos em função do Tempo de Tratamento.	50
Tabela 17 - Acontecimentos Significativos Positivos em função do Tempo de Tratamento ..	51

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

DSM-5: American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual, 5th ed.

DSM-IV-TR: American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual, 4th ed.,
Text Revision

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction OEDT: Observatório
Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS: Organização Mundial de Saúde

PORDATA: Base de Dados de Portugal Contemporâneo

SICAD: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências TAS-20:

Toronto Alexithymia Scale – 20 itens

UN: United Nations

WHO: World Health Organization

INTRODUÇÃO

A presente dissertação versa sobre uma perturbação que é cada vez mais frequente na população consumidora de longa duração de substâncias psicoativas – a alexitimia (Haviland, Shaw & Mac Murray, 1988; Taylor, Bagby & Parker, 1990). Integra-se num projeto realizado pelo Centro de Investigação de Ciências do Serviço Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto e que tem por objetivo avaliar a capacidade de processamento emocional em adultos consumidores de longa duração de substâncias psicoativas com recurso à seleção de memórias significativas, bem como refletir e orientar as práticas profissionais tendo em conta a perturbação da alexitimia e as suas implicações.

Em Portugal, o envelhecimento corresponde a um fenómeno que tem assistido a um aumento significativo e que tem transformado as sociedades modernas em sociedades envelhecidas. Com este fenómeno, envelhecem igualmente os indivíduos com percursos de consumo longos e diversificados ao nível de substâncias psicoativas. O seu uso e dependência causam um prejuízo significativo nos indivíduos (WHO, 2016), afetando os processos normais de senso- percepção das emoções e da motivação, bem como os comportamentos e os pensamentos. O consumo pode igualmente acelerar as condições associadas ao envelhecimento, causando um envelhecimento metabólico precoce (OEDT, 2010), que se verifica numa maior probabilidade de desencadear doenças crónicas que, por sua vez, podem também acelerar o envelhecimento.

Segundo El Rasheed (2001), os indivíduos dependentes de substâncias psicoativas apresentam maior predisposição ao consumo porque sofrem estados afetivos “dolorosos”, experimentando várias substâncias e selecionando aquelas que melhor se adequam às suas necessidades emocionais (Wills, Vaccaro, McNamara, & Hirky, 1996). Esta seleção é resultado da necessidade de aumentar ou aliviar emoções que, de outra forma, não seriam capazes de fazer (El Rasheed, 2001; Taylor, Bagby & Parker, 1990). A alexitimia, enquanto perturbação cognitivo afetiva que se traduz na dificuldade em identificar e descrever as emoções pode ser considerada um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas na medida em que pode funcionar como uma forma compulsiva de canalizar as emoções e os défices ao nível da gestão de emoções (McDougall, 1984). Por outro lado, o consumo de longa duração é preponderante no desenvolvimento da perturbação da alexitimia, na medida em que leva a mudanças estruturais do cérebro e reduz a capacidade de decifrar, articular e lidar com emoções (Keller, Carroll, Nich, & Rounsaville, 1995; Speranza *et al.*, 2004).

Observando a taxa padronizada por doenças atribuíveis ao consumo de álcool em Portugal,

sabe-se que ela ascende a 52% em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos por cada 100.000, tudo indicando que poderá existir um grande número de consumidores de longa duração com a perturbação da alexitimia associada. De acordo com o *Relatório Europeu sobre Drogas: tendências e evoluções na União Europeia*, os consumidores de longa data de opiáceos, com história de policonsumos de drogas, inserem-se maioritariamente na faixa dos 40-50 anos de idade; salienta-se que o mesmo relatório referiu que 47% das mortes induzidas por drogas situa-se na faixa etária dos 40 aos 64 e mais anos, num total de 7.585 mortes (EMCDDA, 2017). Estes dados indicam que mais de metade dos consumidores de longa duração, essencialmente com história de policonsumos, permanecem a consumir depois dos 50 anos de idade, podendo estar associada a alexitimia.

Perante esta realidade, torna-se premente analisar e refletir sobre o tipo de respostas e de práticas profissionais disponíveis no nosso país para esta população, sobretudo tendo em conta o seu envelhecimento precoce e as grandes vulnerabilidades provocadas pelo próprio consumo, pelo envelhecimento e pela presença possível de alexitimia. Além disso, devido ao processo de envelhecimento pautado pelo consumo de substâncias psicoativas e pela presença de alexitimia associada às dependências ainda se encontrar subnotificado, torna-se importante investir nesta área e em profissionais experientes para o tratamento de drogas nos serviços geriátricos (EMCDDA, 2010). É através da Gerontologia Social, da ciência que estuda o processo de envelhecimento do Homem, isto é, que investiga as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à ação do tempo no organismo humano, independentemente de qualquer fenómeno patológico (Fontaine, 2000), que os profissionais podem recorrer para uma melhor intervenção com esta população específica.

No que reporta à estrutura da dissertação, esta encontra-se dividida em duas partes principais, a primeira de cariz teórico e a segunda de cariz empírico. A primeira parte engloba um capítulo sobre uma abordagem teórica às emoções, sentimentos e regulação emocional, à perturbação da alexitimia, à dependência de substâncias psicoativas e a um olhar sobre este problema a nível social e não apenas como dependência química, e à relação entre a dependência de substâncias psicoativas, alexitimia e envelhecimento precoce. A segunda parte compreende um capítulo referente ao enquadramento empírico, onde consta a metodologia, os objetivos, a explicação dos procedimentos de seleção da amostra e de recolha de dados, a descrição dos instrumentos utilizados, bem como dos procedimentos de análise e tratamento de dados. Neste capítulo ainda consta a enunciação dos resultados obtidos e a sua discussão. Por último, a dissertação, termina, de forma conclusiva, com a exposição de algumas implicações para a prática.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Emoções, sentimentos e regulação emocional

“O Homem como sujeito da atividade teórica e prática, que conhece e transforma o mundo, não é nem um observador desapaixonado de tudo o que acontece no seu ambiente, nem um simples autômato que executa determinadas ações como uma máquina que funciona bem” (Rubinstein, 1973b: 117).

No decorrer dos últimos anos tem-se assistido a uma crescente importância das emoções e do seu papel, passando a constituir um objeto de estudo de interesse relevante (Kring, 2008). Como sublinham Dias, Cruz e Fonseca (2010), o conceito de emoção é complexo e subjetivo, podendo verificar-se que nos mais diversos estudos realizados não existe uma definição unívoca para emoção, gerando-se, inevitavelmente, alguma controvérsia.

De acordo com LeDoux (1997), as emoções encontram-se entre aquele tipo de fenómenos que, embora todas as pessoas saibam do que se trata, quando se referem a elas percebem que é difícil de delimitar e precisar conceitualmente. Ou seja, todo ser humano sabe e vivencia emoções, mas apresenta uma enorme dificuldade em encontrar palavras para descrever este conceito, não conseguindo, geralmente, diferenciar as emoções dos sentimentos. Esta dificuldade provém do facto de não existir consenso quanto à definição do conceito de “emoção”, já que o mesmo acarreta um conjunto diversificado de perspetivas e de abordagens teóricas, facto que leva a um conjunto também ele diversificado de definições.

Associada à ausência de consenso e à complexidade do conceito, a localização cerebral das emoções não está, igualmente, definida, uma vez que não existe um único centro cerebral de processamento das emoções, mas sim sistemas distintos para diferentes padrões emocionais (Damásio, 2000). A este propósito LeDoux (1997) salienta que enquanto seres emocionais, os indivíduos pensam nas emoções como experiências conscientes. No entanto, no sistema nervoso central, as experiências emocionais conscientes são apenas uma parte, e não

necessariamente a função central dos sistemas que as geram. Não é isso que faz com que as experiências conscientes de amor ou de medo sejam menos reais ou importantes, apenas significa que, para compreender de onde surgem as nossas experiências emocionais, torna-se necessário reorientar a investigação que se faz sobre elas (LeDoux, 1997).

Atendendo às diversas definições existentes, podemos partir da ideia de que as emoções podem ser caracterizadas, em primeiro lugar, do ponto de vista fenomenológico, por alguns sinais especialmente ilustrativos e distintivos em que *“patenteiam, refletem, o conteúdo de um objeto, o estado dos sujeitos e a sua atitude face ao objeto”* (Rubinstein, 1973b: 117) e, por outro, pela sua polaridade, ou seja, *“pelo seu carácter positivo ou negativo: prazer- desprazer; alegria- tristeza”* (Rubinstein, 1973b: 117).

Segundo a revisão teórica realizada por Baumeister, Vohs, DeWall e Zhang (2007), sabe-se que a emoção é um fenómeno diretamente observável, de natureza consciente, que surge com base nas experiências aprendidas e incorporadas. Tem um carácter adaptativo em relação às mudanças do meio, quer dizer, prepara o organismo para atuar e responder aos estímulos e às alterações sociais (Silva, 2015), podendo ser concetualizada como uma forma de motivação humana e de garantia, ao mesmo tempo, da sobrevivência, da evolução e do equilíbrio homeostático (Dougherty, Abe & Izard, 1996). No entanto, outros autores concebem a emoção como um fenómeno psicofisiológico que organiza o comportamento em maneiras eficientes de adaptação às exigências e dinâmicas do ambiente (Levenson, 1999; Mayer & Salovey, 1999).

A emoção diz então respeito a um estado quer cerebral quer fisiológico, que surge independentemente da vontade do indivíduo, podendo ser positiva ou negativa, observável ou não (Levenson, 1994). Ela pode motivar o comportamento (Papalia, Olds & Feldman, 2001) uma vez que o sistema afetivo está na base de quase tudo o que fazemos, pensamos, sentimos e expressamos (Queirós, 1977b). No entanto, a preparação para a ação ocorre independentemente de o indivíduo ser ou não capaz de gerir as suas emoções.

Por vezes, as emoções tendem a ser confundidas com os sentimentos, pelo que se torna fundamental proceder a esta distinção. Segundo Sifneos (1995), enquanto a emoção corresponde à componente biológica do afeto, o sentimento corresponde à componente psicológica, uma vez que se associam imagens e pensamentos às emoções, constituindo, por isso, processos psicológicos. Ou seja, quando a emoção passa a ser consciencializada, deixamos de falar de emoção e passamos a falar de sentimento (Damásio, 2000; LeDoux, 2007), podendo

este ser exprimido com recurso à linguagem. Neste sentido, o sentimento é *“já a expressão de uma vivência consciencializada da relação do indivíduo com o mundo”* (Rubinstein, 1973b: 172), correspondendo a um fenómeno essencialmente humano e primário. Através do desenvolvimento de circuitos néo-cortico-talâmicos, associam-se imagens e/ou imaginações e pensamentos a emoções límbicas, que se podem exprimir através da linguagem (Souto, 2000).

A diferenciação entre emoção e sentimento permite entender o papel da emoção na regulação do "impulso" para agir. Com carácter adaptativo, a emoção permite que os indivíduos consigam atuar e dar resposta aos estímulos, e promover a interação e comunicação social. É através da capacidade de identificar e distinguir as diferentes expressões faciais de emoções que a interação social é desenvolvida e se constitui numa importante capacidade social que possibilita respostas empáticas e a compreensão da afetação das ações dos outros (Silva, 2015). Sendo o Homem um ser muito complexo, a sua forma de sentir e exprimir também é caracterizada pela diversidade, na medida em que existe um vasto número de emoções e por isso, várias formas de as exprimir, sendo que, por vezes, elas não são devidamente claras para a sua compreensão.

A revisão bibliográfica demonstra a existência de um grande número de emoções designadas por emoções básicas, fundamentais ou primárias, apresentando como características o facto de serem inatas e transculturais, e por permanecerem como uma parte estável no leque das emoções humanas (Izard & Buechler, 1980). As emoções mais comuns são tristeza, medo, raiva, alegria, surpresa e nojo (Scherer, Schorr, & Johnstone, 2001). De acordo com Ekman (2003), estas emoções são inatas a todos os seres humanos e transversais a todas as culturas do mundo. Contudo, cada emoção primária se expressa de forma distinta, a vários níveis, nos indivíduos, apresentando igualmente diferentes expressões faciais associadas (Ekman, 2003). Apresentam particularidades, uma tendência motivacional única, propriedades experienciais específicas, formas de exprimir distintas e uma organização neurofisiológica particular (Izard & Buechler, 1980). Associados a uma emoção encontra-se igualmente um som, uma expressão facial e um impulso para a ação distintos (Ekman, 2003).

Contudo, por vezes os indivíduos apresentam uma grande dificuldade em identificar e expressar as emoções, inclusive as emoções básicas, bem como em controlar as experiências emocionais eficazmente, sendo esta disfuncionalidade designada por desregulação emocional. A regulação emocional corresponde ao processo pelo qual os indivíduos influenciam as emoções que sentem, quando as sentem, e como as experienciam e as expressam (Gross, 1998). Este processo é multidimensional, compreende a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções, a

capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objetivos desejados. Este procedimento compreende a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente, mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível (Gross, 1998).

Do ponto de vista processual, a regulação emocional caracteriza-se por uma sequência de várias etapas: quando um indivíduo recebe um estímulo, seja ele externo ou interno, ocorre a ativação emocional que acontece por via da consciência emocional e que se traduz numa resposta fisiológica. O indivíduo reage então ao que acabou de vivenciar, sendo esta uma reação automática e constituindo a primeira etapa do processo emocional. Após a ativação, o indivíduo atribui significado ao que acabou de vivenciar dependendo da ativação fisiológica experienciada, do contexto, do lugar, das experiências vividas e das memórias já construídas (Vaz, 2009). Perante estes atributos, ocorre um processo de diferenciação emocional, em que o indivíduo percebe, só neste momento, o que está a sentir e como está a sentir, encontrando-se capaz de compreender diferenças subtis no momento em que se encontra ativado emocionalmente. Este processo de diferenciação emocional permite a simbolização da experiência emocional e o aumento das potencialidades da experiência vivenciada, ao maximizar a multiplicidade do seu significado, a promoção de estratégias de regulação mais adaptativas e a expressão e consequente socialização (Barrett, Gross, Conner & Benvenuto, 2001). Este constitui um momento importante na organização da emoção.

Ainda de acordo com Barrett e colaboradores (2001), com o reconhecimento e a atribuição de significado à emoção, o indivíduo torna-se capaz de regular o que está a sentir, procurando uma melhor adaptação ao seu comportamento com a aquisição de estratégias de regulação emocional, nomeadamente, através da regulação biológica/fisiológica, cognitiva, comportamental, experiencial e social do organismo. Perante a ativação emocional, o indivíduo tem de procurar modelar e monitorizar o que está a sentir, onde através de comportamentos pode vivenciar novamente ou não as mesmas emoções, procurando sempre se adaptar ao longo da vida.

Quando não existe diferenciação nem regulação emocional, o indivíduo não consegue identificar, modelar e controlar as suas emoções, não conseguindo consequentemente, exprimir o que sente, apresentando, em simultâneo, comportamentos desajustados. Diante destas dificuldades, é comum o comprometimento de competências como a consciência das emoções e a capacidade de as autorregular, dimensões que configuram o conceito de *inteligência social*.

As competências enunciadas permitem a capacidade de avaliação das emoções, a de adaptação à informação que surge a cada momento e de compreender os sentimentos de outras pessoas de forma empática (Souto, 2000).

Direcionando para as memórias significativas, o facto de os indivíduos apresentarem um pensamento operacional, leva a que estes recordem memórias que tenham sido intensamente emotivas e assentes em emoções básicas como a alegria ou a tristeza, uma vez que é natural a relação que se estabelece entre uma experiência emocional e as memórias que retêm dessa experiência (Albuquerque & Santos, 2000), isto porque *“a matéria de características emocionais retém-se melhor, mesmo em idênticas condições, que o material emocionalmente indiferente”* (Rubinstein, 1973a: 35).

Quando estamos perante uma situação que nos desperta emoções, esta tende a ser mais facilmente recordada porque o *“emocionalmente significativo retém-se mais duradouramente que o emocionalmente neutro”* (Rubinstein, 1973a: 36). Com a ativação emocional, a amígdala ativa processos noutras regiões, como é o caso do hipocampo, área do cérebro que é crucial para estabelecer memórias de longo prazo (Gleitman, Reisberg, & Fridlund, 2011), permitindo que sejam vivenciadas emoções que tenderão a ser experienciadas posteriormente, em que o indivíduo se recorda pormenorizadamente dessa situação.

De acordo com Albuquerque e Santos (2000), os estudos da memória dependentes do estado emocional centram-se nas consequências que uma experiência emocional intensa tem na recordação da informação. Apesar de variar consoante as características de cada indivíduo, uma experiência emocional, por mais simples que seja, influencia o comportamento de diferentes formas e sem que o indivíduo tenha consciência disso.

1.1.1. Alexitimia: a dificuldade em sentir e/ou exprimir emoções

“A alexitimia é uma forma perturbada de experienciar, viver e exprimir o afeto, é um estilo menos simbólico e, portanto, menos "mental" de sentir e de dizer-o-sentir” (Freitas, 2002: 54).

O termo alexitimia, proveniente do grego (em que alexithymia, com a partícula *a* tem um sentido de falta ou ausência, *lex* significa palavra e *thymos* é emoção ou sentimento), significa *falta de palavras para as emoções*¹. Pessoas com esta condição têm dificuldade em identificar e descrever as suas emoções e sentimentos às outras pessoas, bem como dificuldade na capacidade de os diferenciar das sensações corporais.

Este conceito foi introduzido por Sifneos em 1972/1973 após este e Nemiah, médicos psiquiátricos na Harvard Medical School (na década de 60) terem realizado investigações acerca do estilo cognitivo e da capacidade para vivenciar afetos por parte dos seus pacientes psicossomáticos, e terem percebido que alguns destes pacientes apresentavam grandes dificuldades em identificar e descrever as suas emoções e sentimentos (Prazeres, 2000). Embora inicialmente a alexitimia se encontrasse associada a doentes com psicopatologia psicossomática, rapidamente se percebeu que as características desta perturbação representavam fatores de risco para outras perturbações mentais, apresentando um quadro disfuncional que revela uma maior propensão para dificuldades no âmbito emocional (Baptista, 2011).

A alexitimia é um conceito que se caracteriza pela dificuldade em identificar, expressar e descrever as emoções e sentimentos e diferenciá-los das sensações corporais pelo défice de imaginação (que é extremamente pobre) e de fantasia; associa-se à presença de um pensamento orientado para o exterior, ou seja, fragilizado do ponto de vista da consciência de si mesmo (El Rasheed, 2001; Thorberg *et al.*, 2016). De acordo com Taylor, Bagby e Parker (1997), estas características representam défices a nível do processamento cognitivo e da regulação emocional, envolvendo a interligação entre três sistemas, nomeadamente: neurofisiológico (sistema nervoso autónomo e ativação neuro endócrina), expressivo motor (expressão facial,

¹ Tradução direta da autora da dissertação.

tom de voz) e cognitivo-experiencial (consciência subjetiva e reportório verbal sobre estados emocionais) (Souto, 2000). Já para Prazeres (2000), estas características podem ser encaradas como um modelo triplo de desregulação emocional de nível afetivo, cognitivo e relacional, em que *“o problema presente na alexitimia não parece ser o de possuir, ou não, um vocabulário afetivo (...) mas antes a forma como é usado”* (2000: 110). Deste modo, as características alexitímicas remetem para a ausência de palavras para o que é sentido, em que não se consegue expressar lexicalmente as emoções, mas através de ações, de forma a aliviar o que se sente.

Os indivíduos alexitímicos são apelidados, com frequência, de “robôs humanos” (Sengupta & Giri, 2009). Apresentam analfabetismo emocional e caracterizam-se por um padrão comportamental específico que se manifesta através da preocupação com as sensações físicas e por uma preferência de recurso à ação de modo a evitar conflitos (Al Birtç *et al.*, 2008). Como consequência, na área relacional, estes indivíduos apresentam relações marcadas por pensamento frágil do ponto de vista da consciência de si e do outro, ou seja, relações brancas, lisas, superficiais, utilitárias, pragmáticas, onde a dimensão afetiva parece estar marcadamente ausente (Prazeres, 2000). Estas relações são pautadas pela frieza, distância e pouca empatia e, simultaneamente, por vinculações inseguras, evitantes ou ansiosas (Mallinckrodt & Wei, 2005). Daqui decorre que as suas redes de apoio são tendencialmente empobrecidas, caracterizadas pela escassez de relações de intimidade. São indivíduos que apresentam sérias dificuldades em exteriorizar os sentimentos, com um pensamento orientado para o exterior e menos capazes de lidar com as situações sociais (Rocha, Guerra, & Maciel, 2010). Ficam, pois, mais expostos ao stress (Martin & Phil, 1985) e a doenças somáticas (Rocha, Guerra, & Maciel, 2010).

Uma característica também comumente associada aos indivíduos com alexitimia, parece ser uma aparente boa adaptação e um elevado grau de conformidade social, uma vez que apesar de se encontrarem perturbados, não exibem manifestações neuróticas ou psicóticas (Prazeres, 2000). O sistema límbico e o neocórtex destes indivíduos funcionam perfeitamente quando independentes, mas as suas funções aparentam estar desconectadas (El Rasheed, 2001). Logo, tentam viver psiquicamente no mundo dos outros, mas sem compreenderem os laços emocionais, sinais e símbolos que tornam as relações humanas significativas (Prazeres, 2000).

Perante estas idiosincrasias que moldam o modo como se relacionam os indivíduos alexitímicos, existem igualmente implicações para os profissionais que trabalham com esta população. O facto de, primeiramente, o universo simbólico-emocional do indivíduo alexitímico e do profissional serem distintos leva a que haja uma fonte de conflitos, na medida

em que o que é compreensível para um não é para outro, não havendo, por isso, uma chave interpretativa que descodifique a mensagem um do outro (Freire, 2010). A comunicação dos indivíduos alexitímicos é igualmente pobre, vaga e dispersa, existindo uma incapacidade para transmitir a natureza experiencial dos seus problemas, tornando-se difícil a compreensão e o diagnóstico das suas dificuldades e necessidades (Silva, Vasco & Watson, 2013). Além da comunicação, o processo decisório do indivíduo também é limitado, levando a que apresente dificuldades em tomar decisões, uma vez que as suas escolhas são pautadas pela consciencialização das emoções (Freire, 2010). Daqui decorre pouco envolvimento na sua relação com o profissional e com um possível tratamento, dificultando o estabelecimento de um compromisso bem como a criação de um plano de intervenção adequado e respetivo cumprimento (Silva, Vasco & Watson, 2013).

Presentemente, ainda existe alguma controvérsia na caracterização da alexitimia enquanto um traço de personalidade ou enquanto um estado transitório secundário a situações traumáticas (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). De acordo com alguns autores, a alexitimia é definida como um traço de personalidade (Taylor, 1984; Timary, Luts, Hers, & Luminet, 2006; Torrado, Ouakinin, & Bacelar-Nicolau, 2013), em que se verifica uma desregulação na capacidade para modelar e processar cognitivamente as emoções (Taylor, 1994). Esta alteração, persistente ao longo do tempo, constitui um fator de risco do ponto de vista da saúde (Timary Luts, Hers, & Luminet, 2006; Taylor, 1994). Os três fatores que definem a alexitimia, (i) dificuldades de identificação de emoções, (ii) dificuldade de expressão de sentimentos e (iii) pensamento orientado para o exterior, suportam a abordagem da alexitimia como um traço de personalidade, configurando a predisposição para a desregulação do afeto (Souto, 2000). Numa outra perspetiva, defende-se que os níveis de alexitimia se vão alterando significativamente ao longo do tempo, propondo que a alexitimia seja observada como um estado (El Rasheed, 2001).

Há, no entanto, autores que defendem que a alexitimia emerge de uma associação entre estado e traço (Wise, Mann, Mitchell, Hryvniak, & Hill, 1990), propondo a construção de duas categorias para o seu estudo: alexitimia primária e alexitimia secundária (Freyberger, 1977). A alexitimia primária corresponderá a um traço de personalidade relativamente estável, associado a pessoas que apresentam uma predisposição para perturbações psiquiátricas ou psicossomáticas (Freyberger, 1977) ou défices neurobiológicos (Sifneos, 1988). Esta designação assenta no pressuposto de que existem más conexões das regiões límbicas e neocorticais (ou seja, *déficit* de emoções) e que poderá resultar de fatores genéticos (Souto, 2000). Por outras palavras, pressupõe que a comunicação entre os dois hemisférios cerebrais ou

entre o córtex e o sistema límbico seja interrompida (Taylor, 1984). Já no que se refere à alexitimia secundária, os autores defendem que se caracteriza por um estado que funciona como um fator protetor do impacto emocional que determinadas situações provocam (De Berardis *et al.*, 2005a; 2005b). Ou seja, trata-se de um estado cuja função é constituir-se num mecanismo de defesa relativamente a uma emoção intensa que surge numa situação de doença grave (Freyberger, 1977), nomeadamente perturbações desenvolvimentais, traumas psicológicos intensos, fatores socioculturais ou psicodinâmicos (Sifneos, 1988) que desencadeiam mudanças estruturais do funcionamento psíquico, designadamente na componente afetiva das emoções (Taylor, 1984).

Muito embora a alexitimia tenha já sido objeto de muitas investigações cujos resultados atestam a sua existência e veracidade, ainda não consta como uma “doença autónoma” diagnosticada. Ela está classificada como um traço clínico associado a alguma perturbação médica, designadamente à perturbação de stress pós-traumático, anorexia nervosa, dependência de substâncias psicoativas ou a outra desordem psiquiátrica (Sengupta & Giri, 2009). É o comprometimento, a nível cognitivo, da regulação e da modulação de emoções perturbadoras que pode levar a um funcionamento aumentado do sistema nervoso autónomo e dos sistemas neuroendócrinos, promovendo o desenvolvimento de doenças psicossomáticas (Souto, 2000).

Contudo, já há evidências que procuram considerar a alexitimia como uma condição independente, uma disfunção afetivo-cognitiva, duplamente associada a alguma condição física-patológica e por danos à vida relacional do indivíduo (Sifneos, 2000), sendo que se estima que incida em 10% da população em geral (Aleman, 2005). Refira-se, a título de exemplo, os estudos sobre consumidores dependentes de substâncias psicoativas, em que os indivíduos tendem a apresentar maiores dificuldades em reconhecer emoções e em expressá-las, ao mesmo tempo que apresentam uma resposta emocional diferente dos indivíduos sem patologias aditivas (Queirós, 1997a). Através de um estudo realizado por Haviland, Shaw e Mac Murray (1988), evidenciou-se uma taxa de 50,4% de alexitimia na população toxicodependente analisada. Um outro estudo concluiu que 50% de uma amostra de toxicodependentes recém abstinentes apresentava alexitimia (Taylor, Bagby & Parker, 1990). Esta perturbação encontra-se associada à dependência de substâncias psicoativas, dependendo do tipo e do tempo de consumo (Gomez, Eizaguirre, & Aresti, 1997), e gera uma menor capacidade para lidar com as emoções e para processar experiências emocionais, mostrando uma tendência para a ação em detrimento da expressão verbal (Nunes, 2017).

Ainda no domínio das pesquisas sobre alexitimia e consumidores de substâncias psicoativas, autores como El Rasheed (2001) referem que os policonsumidores tendem a apresentar maiores níveis de alexitimia, o que pode ser explicado pelo facto de estes indivíduos terem maior dificuldade em lidar com défices emocionais. Estudos que procuraram relacionar os níveis de alexitimia em dependentes de substâncias e as suas competências emocionais (Arcos, *et al.*, 2005) referem que aqueles apresentam níveis mais altos de alexitimia, maiores alterações no reconhecimento emocional e na sua gestão quando comparados com indivíduos não consumidores. Nos casos em que as investigações têm tentado explorar a relação entre a alexitimia, o consumo de substâncias psicoativas e a psicopatologia associada (e.g., Haviland *et al.*, 1988), os resultados sugerem ser a alexitimia um fenómeno independente e não um fenómeno secundário associado à depressão ou à abstinência (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

Num outro tipo de abordagem, as investigações sobre a alexitimia têm procurado explorar a relação entre esta e um conjunto de fatores sociodemográficos, como o sexo (Fernandes & Tomé, 2001; Franz *et al.*, 2008), a idade (Salminen *et al.*, 1999) a escolaridade (Franz *et al.*, 2008) e o nível socioeconómico (Lumley, Mader & Gramzow, 1996; Franz *et al.*, 2008), por relação com variáveis da história do consumo. Apesar de ainda existir alguma controversa, alguns autores defendem uma correlação positiva entre a alexitimia e o sexo, em que constataram que a expressão da alexitimia nos homens tende a ser maior do que nas mulheres (Franz *et al.*, 2008; Salminen *et al.*, 1999), o que pode ser explicado pelo facto de existirem diferenças de género nas experiências de aprendizagem social na infância que refletem ideias culturais sobre a forma como o homem e a mulher devem lidar com as suas emoções (Salminen *et al.*, 1999). No que diz respeito à variável idade, alguns estudos apontam para uma correlação positiva entre esta e a alexitimia (Salminen *et al.*, 1999), em que pode ser explicado através da degradação da saúde mental e física provocada pelo envelhecimento (Wise *et al.*, 1990) aliado à maior propensão do surgimento das características alexitímicas após adoecer (Wise *et al.*, 1990; Freyberger, 1977). Outros estudos têm vindo a correlacionar a alexitimia com a escolaridade e o nível socioeconómico, revelando que aquela é mais prevalente em indivíduos com escolaridade e nível socioeconómico mais baixos (Franz *et al.*, 2008; Salminen *et al.*, 1999).

No que se refere à história de consumo, nesta dimensão é dado particular destaque à gravidade da dependência de substâncias psicoativas, ao autoconceito, à ansiedade interpessoal e à assertividade, à autoeficácia em situações de risco para o consumo de heroína, à perceção do

clima social em programas de reabilitação e a valores humanos (Gomez, Eizaguirre, & Aresti, 1997), onde está patente a existência de uma relação sistemática entre a alexitimia e o consumo abusivo de substâncias, e uma clara relação entre esta condição e o agravamento da dependência de substâncias com consequências em quase todas as áreas vitais do indivíduo (Gomez, Eizaguirre, & Aresti, 1997).

1.2. Dependência de Substâncias Psicoativas

“O toxicodependente é uma pessoa, uma pessoa dependente, uma pessoa doente. Consumiu droga, pensou não ficar dependente, mas a droga é um engano. Hoje não é dependente porque quer, é dependente porque consumiu droga. Só fica dependente quem consome” Patrício (1995: 131).

A dependência de substâncias psicoativas é um fenómeno complexo e que, socialmente, ainda é considerado em Portugal por muitos agentes sociais como um problema de natureza individual (Dias, 2007). Ou seja, entre o cidadão comum, os *mass media* e a própria classe política ainda se pode verificar a difusão de mensagens que atribuem a características dos consumidores de substâncias psicoativas a explicação para a situação de dependência em que se encontram.

Embora este fenómeno se encontre presente em Portugal já há algumas décadas, foi a partir do século XIX que passou a ser reconhecido e valorizado como um importante problema de saúde e, mais recentemente visto como um problema social (Silva, 2012). Reconhecido como um fenómeno complexo, tanto do ponto de vista neuropsicológico como social, desde há mais de 30 anos que tem vindo a considerar-se como uma doença do sistema nervoso central, marcada pela motivação para o consumo de substâncias psicoativas (Torrado, 2013). Nesta abordagem, a dependência envolve um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido uso de uma substância, incluindo tipicamente um forte desejo de consumir. Com o consumo de substâncias, as consequências tornam-se nefastas, na medida em que há maiores dificuldades em controlar o seu uso, as doses de consumo tornam-

se cada vez mais elevadas (tolerância aumentada), sendo a procura da substância para consumo o comportamento prioritário por relação a quaisquer outras tarefas ou obrigações, levando por vezes a um estado de privação física (OMS, 2014).

A Organização Mundial de Saúde, já em 1994, definia como substância psicoativa, toda a substância que uma vez introduzida no organismo vivo modifica os processos mentais. Esta modificação ocorre ao nível das sensações, das emoções e da cognição, afetando funções psicológicas e comportamentais, alterando assim o funcionamento normal do organismo, a nível biológico, psicológico bem como ao nível fisiológico. Com o consumo continuado é possível observar uma fragilização dos sistemas cerebrais, o que acarreta uma perda de domínio ao nível do comportamento, da tomada de decisão, do controlo, do planeamento e da regulação de afetos. O indivíduo torna-se incapaz de se relacionar com os outros e com o meio. A dependência de substâncias psicoativas é um fenómeno neurobiológico, com implicações psicossociais, em que o indivíduo é vítima e autor do seu problema (Souto, 2000).

Analisando numa perspetiva neurobiológica, entende-se que se está perante um problema que ocorre ao nível do cérebro, levando a alterações no normal funcionamento daquele órgão. Devido ao consumo de substâncias psicoativas, os processos cerebrais normais da sensação, das emoções e da motivação do indivíduo são afetados, bem como os comportamentos e os pensamentos. As substâncias psicoativas, para proporcionarem a sensação de bem-estar no indivíduo atuam num conjunto de estruturas que provocam esse bem-estar, a denominada via da recompensa (Souto, 2000). Nesta, os neurónios dopaminérgicos projetam-se da área tegmental ventral em direção ao septo, ao córtex pré-frontal, ao hipocampo, à amígdala e ao núcleo de acúbeos. Todas estas regiões têm funções específicas (designadamente a regulação do comportamento, da memória, das emoções, da assertividade, da aprendizagem e da motivação) que, com o consumo de substâncias psicoativas, irão ser alteradas (Gleitman, Reisberg, & Fridlund, 2011).

Entre as diversas definições de dependência, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-IV-TR (2002), apresenta-a como um conjunto de sintomas que indicam que uma pessoa usa compulsivamente uma ou mais substâncias apesar dos problemas que esse comportamento lhe possa estar a causar. A versão mais recente daquele Manual, o DSM-5 (2014), veio unir duas categorias diferentes, abuso de substância e dependência de substância, num *continuum* designando por Perturbações Relacionadas com Substâncias, podendo ser classificadas como leves, moderadas ou graves, dependendo do número de critérios

preenchidos. Quando nos referimos a estas perturbações, existem conceitos centrais que as definem e que se torna importante diferenciar designadamente: a tolerância, o *craving*, a compulsão e a síndrome de abstinência.

Embora a presença, a intensidade e o grau da dependência variem de acordo com a substância consumida, é possível identificar formas de dependência que acabam por estar relacionadas, nomeadamente, a dependência comportamental, a dependência física e a dependência psicológica. A dependência comportamental consiste na necessidade sempre presente de consumir, em que são desencadeados comportamentos de procura de substâncias, para que o indivíduo mantenha o consumo. Devido a esta dependência “(...) *todas as atividades quotidianas giram em volta da substância. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou relacionais podem ser abandonadas ou reduzidas devido à utilização da substância*” (DSM-IV-TR, 2000: 195). A dependência física, segundo Schuckit (2000: 6), “(...) *indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substância, surgindo sintomas quando o uso da droga termina ou é diminuído*”. Por outras palavras, diz respeito à importância que o indivíduo atribui aos efeitos ou sintomas físicos causados pelos vários consumos da mesma substância (Souto, 2000).

Já a dependência psicológica refere-se ao impulso de procura contínua de determinada substância, a um estado emocional de ânsia pela necessidade de consumir. Este impulso pode também ser designado por *craving*, estado marcado por ansiedade que provoca um mal-estar e uma vontade de procura de determinada substância, decorrentes da sua ausência no organismo (Souto, 2000). Importará referir, todavia, que o *craving* e a compulsão são conceitos distintos, referindo-se esta última a um intenso desejo para obter e consumir determinada substância, sendo que ao fazê-lo a pessoa obtém um alívio momentâneo, pois o prazer que sente ao consumir não proporciona realmente a satisfação, bem como o evitamento do mal-estar provocado pelo *craving*, porque “*quem segue os seus impulsos cria as condições objetivas da toxicomania, caso em que o prazer não é mais do que o alívio passageiro de um sofrimento*” (Anatrella, 2004: 53).

O indivíduo com dependência de substâncias psicoativas, ao consumir “*fecha-se num mundo de sensações e de imagens para escapar à condição humana*” (Anatrella, 2004: 51) uma vez que não possui mecanismos que lhe permitem enfrentar a realidade pois, “*apesar de tudo, o seu desejo procura impor-se, e acaba por fechá-lo sobre si próprio*” (Anatrella, 2004: 51). O comportamento compulsivo é caracterizado por uma pressão interna que faz com que o

indivíduo dependente se sinta impelido e com um forte desejo de consumir.

Os indivíduos consumidores de substâncias psicoativas necessitam frequentemente de aumentar as quantidades da substância consumida para alcançar os efeitos desejados e que eram atingidos inicialmente com doses mais reduzidas (DSM-5, 2014). Ao consumir regularmente a mesma quantidade de substância, o corpo adapta-se aos efeitos que essa mesma substância provoca. Neste sentido, o indivíduo deixa de sentir o prazer e os efeitos que sentia inicialmente, tendo necessidade, então, de aumentar a quantidade de substância de consumo. Este fenómeno é definido por tolerância.

Por último, um conceito base associado ao consumo abusivo é a abstinência. Ela ocorre quando o indivíduo dependente é privado temporariamente do consumo de substâncias. Durante o período de abstinência, os indivíduos sentem efeitos que são causados pela paragem dos consumos, que se designam por síndrome de abstinência. Esta diz respeito a um conjunto de sintomas físicos e/ou psicológicos, que provocam no indivíduo mal-estar. Os indivíduos procuram atenuar este mal-estar, tendo tendência a procurar as substâncias que consumiam, como forma de alívio (DSM-5, 2014). Quando o indivíduo procura a substância e volta a consumir, este fenómeno designa-se de recaída. Por vezes, a fantasia que o indivíduo tem de poder exercer controlo sobre o seu consumo pode ser uma causa da recaída, pois ele pode voltar a consumir acreditando que consegue controlar o seu consumo, o que não é verdade.

1.2.1. Um problema social além da dependência química

A dependência de substâncias (Dodgen & Shea, 2000) provoca, de forma inevitável, a destruição do corpo, da mente e da vida social. Perspetivando a dependência de substâncias psicoativas como um fenómeno complexo de interação entre cérebro e meio social, Olievenstein (1990) refere que a toxicodependência é muito mais que uma doença, é a relação entre as substâncias psicoativas, o indivíduo e o contexto sociocultural em que ele se insere, sendo que o indivíduo se encontra inadaptado ao meio e com um vazio na organização da personalidade, tentando preenchê-lo através das drogas.

Quando um indivíduo se encontra confrontado com uma invalidação e despersonalização de si mesmo, produzidas pelo desfasamento entre a imagem que tem de si próprio e aquilo que percebe no olhar dos outros, são provocados sentimentos negativos (como vergonha, humilhação, impotência, revolta e cólera) e um grande sofrimento que o leva a recorrer a meios para suprir ou reduzir esse mesmo sofrimento. De acordo com Gaulejac e Léonetti (1994), esses meios correspondem a estratégias de resposta à inferiorização social e assentam

(i) na modificação do sentido atribuído à situação, (ii) na modificação da situação social que está na origem do sofrimento ou (iii) na atuação sobre o sofrimento sentido. Cada indivíduo consoante as suas características e os fatores psicossociais, apresentará meios e estratégias distintas.

Tal como defendem os autores acima referidos, quando o indivíduo se depara com a dificuldade em modificar uma situação sobre a qual tem pouco domínio em matéria de recursos psicológicos e sociais, ele procura contestar a imagem negativa que os outros têm sobre si, atuando sobre o sentido atribuído à situação, o que invalida o olhar do outro que o designa como excluído ou desprezível, nega a sua legitimidade para julgar, e refere-se a outros sistemas de valores em relação aos quais a sua identidade não seria desvalorizada. Ao manifestar estes comportamentos, o indivíduo adota *estratégias de contornamento*, que visam evitar a “ferida”. Ou seja, o indivíduo resiste à imagem negativa que é devolvida pelos outros, ao descartar-se da responsabilidade da situação que produz uma imagem negativa e vergonha, marcando uma distância em relação ao sistema de valores que o estigmatiza, e assim restaurando o estigma de si. O indivíduo, para se sentir valorizado, procura pertencer a um novo sistema de valores, onde pode partilhar do seu próprio ideal social, mesmo se tratando de um ideal que recusa as normas dominantes, dando assim origem, às sociedades à margem.

Gaulejac e Léonetti (1994) defendem que o indivíduo pode, através da contestação da legitimidade do sistema de valores que estigmatiza, considerar a sua situação injusta e agir sobre ela, modificando os factos que estão na origem do sofrimento. Questionando o sistema social e responsabilizando a situação sobre o outro ou sobre a sociedade, são despertados no indivíduo sentimentos agressivos (revolta, ódio ou desejo de desforra) contra o exterior que o impulsiona para a mobilização e desbloqueio de possibilidades de ação, e assim para a modificação da relação de poder. A estas estratégias os autores designam de *estratégias de saída*, as quais constituem comportamentos levados a cabo pelo indivíduo para sair da situação de pobreza e de exclusão em que se encontra, encontrando um emprego, um alojamento, e reencontrando um estatuto social e a dignidade de cidadão que revalorizará a sua identidade. Tais estratégias

afiguram-se mobilizadoras e desbloqueiam possibilidades de ação que visam a modificação da relação de poder, quer no seio da interação, quer no seio das relações sociais.

Contudo, na ausência dos recursos socioculturais, psicológicos e afetivos que permitiriam agir sobre a própria situação ou sobre o sentido dessa situação, o indivíduo dificilmente resistirá à interiorização da imagem negativa de si próprio. Confrontado com a situação, o indivíduo percebe que a única possibilidade de ação corresponde à procura de meios para suportar, dissimular ou esquecer o seu sofrimento, atuando assim no sofrimento sentido através de mecanismos psíquicos.

A interiorização da imagem negativa passa por níveis e fases diferentes. Num primeiro momento, se a interiorização for fraca, o indivíduo tentará resistir à estigmatização, quer pelo evitamento das situações em que se pode confrontar com o olhar crítico e estigmatizante do outro, quer pela denegação e fuga, quer pela hierarquização e a diferenciação que permitem projetar a imagem depreciadora sobre os outros excluídos. Quando a interiorização se torna mais forte, o indivíduo aceita a imagem negativa de “excluído” e de “incapaz”, restando-lhe poucas capacidades de ação para além da resignação, da instrumentalização do seu estatuto, ou da fuga em frente, que lhe traz a ilusão de controlar o seu destino (Gaulejac & Léonetti, 1994). Estas estratégias potencialmente apelidadas de *estratégias de defesa*, espelham as consequências de consecutivas ruturas perante as quais os indivíduos procuram ou isolar-se ou fugir, negando a sua situação. Ao negar a situação, o indivíduo acaba por aceitar e acreditar na realidade que ele próprio inventa, uma vez que preserva para si uma imagem ideal de si próprio e que consegue estimar. Segundo Gaulejac e Léonetti (1994), para tornar possível esta passagem de uma realidade demasiadamente invasora a uma outra, a tentação frequente é de recorrer às substâncias psicoativas que trazem o atordoamento ou a euforia temporária necessários.

Considerando que a *“toxicoddependência não é uma patologia anti-social, mas acarreta os estigmas de todas as tensões que atravessam hoje a sociabilidade”* (Fontaine, Hervé, & Morel, 1998: 182), e estando os indivíduos toxicodpendentes envolvidos num ciclo de dependência, com comportamentos considerados socialmente desviantes (como roubos, furtos ou tráfico), torna-se evidente a existência de uma forte estigmatização destes indivíduos (Link *et al.*, 1997) que tendem a ser considerados perigosos para a sociedade.

O estigma refere-se a um atributo negativo, em que o estigmatizado é colocado à margem da

sociedade e dos que “*não se afastam negativamente das expectativas particulares*” (Goffman, 1988: 14), constituindo um fenómeno em que o estigmatizado o é por possuir determinado atributo negativo e depreciado pela sociedade vigente (Goffman, 1963). Esta discriminação afeta negativamente o indivíduo, quer a nível de saúde física e psicológica, quer a nível social, uma vez que estes são colocados à parte no emprego, no contexto escolar, nos cuidados médicos, no sistema judicial e até mesmo no mercado imobiliário (Crandall & Eshleman, 2003). Consequentemente, esta estigmatização afeta igualmente as relações familiares e sociais, onde através de um enfraquecimento das mesmas, os indivíduos deixam de possuir ferramentas que lhes proporcionem mecanismos de defesa, levando a uma maior dificuldade em socializar (Pereira, 2003), a uma aproximação a grupos de consumos semelhantes e, assim, uma maior estigmatização devido ao aumento da identificação grupal (Mendes, 2017). Além disso, torna-se evidente que as consequências do consumo podem ser ampliadas quando se trata de indivíduos que possuem múltiplos atributos com potencial estigmatizante (i.e. prostituição, situação de desemprego, situação de sem abrigo), variando assim, do estigma de que o indivíduo é alvo (Mendes, 2017).

Um indivíduo dependente é uma pessoa que, devido ao consumo de substâncias e por influência de fatores biopsicosociais vê afetados vários domínios do seu funcionamento biológico, psicológico e social, uma vez que experiencia um processo de desinserção social, onde ocorre uma mudança de identidade (Berger & Luckmann, 1999). Este conceito de desinserção social, introduzido por Gaulejac e Léonetti (1994) (assente no modelo proposto por Bergier²), remete a um fenómeno individual produzido pela mudança da luta de classes pela luta de lugares, e mais tarde aprofundado por Berger e Luckmann (1999) para designar a mudança de identidade positiva para uma identidade negativa que ocorre nos indivíduos, existindo assim quatro etapas que levam a este fenómeno.

Segundo Gaulejac e Léonetti (1994), a primeira etapa corresponde à rutura, sendo caracterizada pelo facto de o indivíduo não conseguir gerir emocionalmente uma determinada situação ou perda, em que não consegue confrontar esse acontecimento, negando assim a realidade. Devido a esta rutura, o indivíduo torna-se mais vulnerável a outras ruturas, em que estas podem até mesmo serem provocadas por ele, uma vez que o indivíduo acaba por se afastar dos locais familiares e dos seus grupos de pertença, sendo esta etapa designada por encadeamento das ruturas. A terceira etapa corresponde à desvinculação, em que ao olhar dos outros já ocorreu

² *Les compagnons d'Emmaüs. Le social en acte*, Paris, Editions Ouvrières, 1992, p. 20 à 24.

uma mudança de identidade, pois o indivíduo é identificado e designado como “errante” a partir do momento em que o indivíduo recorre a um meio institucional para viver e para satisfazer as suas necessidades básicas. Esta etapa é muito evidente nos indivíduos dependentes de substâncias psicoativas, na qual ocorre uma situação de desfiliação social e todas as vinculações são rompidas, encontrando-se estes totalmente “excluídos”. Por último, o indivíduo encontra-se desinserido, já na etapa da decadência, em que este passa a pertencer a um grupo organizado de excluídos, sendo que esta entrada não é passageira porque passa a estar associada uma nova pertença social que leva a uma grande alteração na representação social que os indivíduos têm de si próprios, pois eles estão convictos de que esta é a única forma de viver.

Perante cada uma das etapas o indivíduo pode acionar mecanismos psicológicos, o que leva a que a desinserção seja manifestada segundo três fases de reação (Gaulejac e Léonetti, 1994). Primeiramente, a fase da resistência que ocorre quando o indivíduo mobiliza todos os seus recursos, nomeadamente, sociais, culturais e afetivos, como forma de resistir às escolhas que lhe possam prejudicar. No entanto, é necessário salientar que as capacidades de resistência de cada indivíduo, a forma como se vão acomodar nas situações e a rapidez com que se vão adaptar, está dependente do capital afetivo, cultural e social que este possui. A fase da adaptação remete para a organização de um novo modo de vida. Para reduzir o sofrimento, o indivíduo adapta-se psicologicamente às suas novas condições de existência; ele vive como se não possuísse poder para atuar sobre o acontecimento, o que leva a um reforço da imagem negativa sobre si próprio. Para além disso, ocorre um enfraquecimento do sentimento de pertença ao seu grupo social e ao mesmo tempo, este acaba por sair deste grupo. O indivíduo desenvolve um modo de vida semelhante ao daqueles que evoluem no mesmo contexto, embora recusando a identificação com eles. Ele acredita que é diferente dos outros com quem partilha as mesmas condições de vida, uma vez que está num estado psicológico diferente. E, por último, a fase de instalação diz respeito à fase em que o indivíduo se instala na dor psíquica e ocorre um fechamento com a realidade. Nesta fase, ocorre uma conformidade à nova condição através da interiorização de que não existem mais alternativas. O indivíduo torna-se indiferente ao que os outros pensam ou às suas reações, deixa de acreditar nos valores que ainda permaneciam nas fases anteriores, e ocorre, assim, uma alteração em relação às normas (Gaulejac e Léonetti, 1994).

A dependência de substâncias psicoativas não sendo um fenómeno que permanece igual ao longo do tempo, revela em cada trajetória individual prazeres e sofrimentos pautados por fases instáveis, vivências intensas e destinos variáveis (Fontaine, Hervé, & Morel, 1998).

1.3. Dependência de Substância Psicoativas, Alexitimia e Envelhecimento Precoce

O envelhecimento é um processo inevitável no âmbito do ciclo de vida do ser humano. Em Portugal, assiste-se a um aumento do envelhecimento demográfico, em que segundo dados do PORDATA (2018), relativos ao ano de 2016, o índice de envelhecimento é de 148,7%, sendo consequência do aumento da esperança de vida, conjugado com outros fatores, tais como a redução das taxas de natalidade e de mortalidade, o aumento da emigração e imigração, os progressos científicos e tecnológicos da medicina e as transformações socioeconómicas que proporcionaram uma melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas (UN, 2015). Perante estes fatores e a sua constante mudança, tem emergido uma maior preocupação em torno dos indivíduos mais velhos, levando a um aumento de estudos e, concomitantemente, à emergência de disciplinas científicas com a preocupação de estudar quer a velhice (Geriatrics, mais dirigida para a prevenção e o tratamento das doenças na velhice), quer o processo de envelhecimento (Gerontology) (Prado & Sayd, 2006).

Todos os seres humanos vivenciam um processo de mudança, onde à medida que vão envelhecendo o organismo vai sofrendo alterações, nomeadamente, ao nível da aparência, do comportamento e do estilo de vida, bem como a nível cognitivo, emocional e social. Tal como qualquer outra fase do ciclo de vida, a velhice apresenta características que devem ser abordadas e exploradas, de modo a que hajam contributos contínuos e atualizados para a definição do envelhecimento, tornando-se importante relacionar aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais (Schneider & Irigaray, 2008). Este leque de contributos deve ser abrangente, não descartando os aspetos económicos, culturais, políticos, geográficos e históricos, uma vez que também eles contribuem para a representação social do envelhecimento.

O envelhecimento é, pois, um processo que depende de fatores do próprio indivíduo (genética, alimentação, estilo de vida) bem como do meio em que está inserido. Nesta perspetiva, o envelhecimento é concebido como dependente de três classes de fatores principais: biológicos, psíquicos e sociais (Pereira *et al.*, 2004). As alterações neurofisiológicas ganham expressão na diminuição de capacidades de adaptação do ser humano fazendo com que o mesmo se torne cada vez mais sensível ao meio envolvente; no declínio de capacidades físicas e intelectuais, por vezes perdas de memória, concentração, atenção; nas alterações da imagem, corpo, sinais físicos da idade que são socialmente vistos negativamente. Os estereótipos que classificam a

pessoa mais velha de “incompetente”, “inútil” e “incapaz” representam atributos estigmatizadores, culturalmente reproduzidos e são, não raras vezes, interiorizados pelo próprio idoso, contribuindo para a construção social de uma imagem negativa de si mesmo.

Quando se procura relacionar o envelhecimento com a dependência de substâncias, percebe-se que embora exista uma tendência natural para se associar o consumo de substâncias psicoativas ilícitas a grupos etários jovens, tem-se vindo a constatar que este problema atinge indivíduos de faixas etárias mais avançadas (Rocha, 2016), verificando-se que a prevalência de consumos em adultos mais velhos está a aumentar (OEDT, 2010). Por outro lado, vários relatórios oficiais apontam para se considerarem idosos os consumidores na faixa etária dos 35 aos 40 anos, utilizando estas idades como “ponto de corte” na análise de um consumo em idades avançadas (EMCDDA, 2010). Na verdade, estes indivíduos apresentam geralmente uma longa carreira de uso problemático de drogas, o que poderá agravar as condições associadas à idade, levando a uma aceleração do processo de envelhecimento em pelo menos 15 anos (Johnston, Liddell, Browne, & Priyadarshi, 2017) e, assim, a um metabolismo precoce, próprio de um organismo idoso e com complicações (Rocha, 2016). Isto significa que um indivíduo consumidor com 40 anos muito provavelmente já necessita de um nível de cuidados de saúde equivalentes a um indivíduo de 60 anos, uma vez que apresentam maior probabilidade de sofrer problemas físicos e mentais comparativamente aos seus pares não consumidores (Johnston, *et al.*, 2017). Distúrbios circulatórios degenerativos e prematuros, trombozes venosas profundas, derrames, problemas respiratórios ou falta de ar, e diabetes são algumas das doenças de maior prevalência nas pessoas idosas, mas que também são sentidas por estes indivíduos consumidores (Johnston, *et al.*, 2017). Como consequência, as comorbilidades e as infeções são também mais frequentes, levando a um grande impacto negativo na sua qualidade de vida e execução de atividades do quotidiano.

De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Dependência de Substâncias Psicoativas (2014), cerca de um quarto da população adulta da União Europeia, ou seja cerca de 80 milhões de indivíduos adultos, terá consumido substâncias psicoativas ilícitas em algum momento da sua vida, levando a que se estime que entre 2001 e 2020 o número de idosos com problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, ou com necessidade de tratamento devido a perturbações causadas por esse consumo, aumente para mais do dobro (SICAD, 2013; Johnston, *et al.*, 2017). Este aumento do número de idosos consumidores tem sido relacionado com o aumento da extensão da geração do «baby-boom», nascida entre 1946 e 1964, e à maior quantidade de consumo de substâncias psicoativas por parte destes indivíduos (OEDT, 2010).

Para além disso, tem sido influenciado por diversos fatores, tais como mudanças na disponibilidade da heroína, mudanças geográficas, aumento da esperança média de vida proveniente de um melhor acesso a tratamentos, designadamente terapias farmacológicas e serviços de redução de riscos e minimização de danos (OEDT, 2010).

Perante esta realidade, o número de tratamentos para indivíduos consumidores mais velhos tem aumentado, bem como as representações sociais relativas a este grupo. No caso específico dos indivíduos consumidores de substâncias psicoativas mais velhos assiste-se a um duplo estigma: não só por serem dependentes de substâncias psicoativas, estatuto que apresenta por si só características socialmente depreciadoras, como por permanecerem associados aos estereótipos típicos de uma idade mais avançada. Na verdade, de acordo com a OEDT (2010) e com Johnston *et al.*, (2017), a maioria dos consumidores mais velhos vive em situação social vulnerável, resultado quer dos consumos de longa duração, quer da perda do contacto com a família e amigos (não consumidores), da morte dos pares e da distinção existente com os grupos de consumidores mais jovens. Estes aspetos contribuem para a marginalização deste grupo, levando conseqüentemente ao seu isolamento, à solidão e à depressão.

De acordo com o SICAD (2013), os consumidores mais velhos podem ser classificados em duas categorias: os sobreviventes e os reativos. A categoria de sobreviventes refere-se aos que iniciaram os consumos de substâncias psicoativas durante a juventude e que geralmente têm uma longa história de consumos que perdura até à velhice, sendo estes a maioria. A categoria de reativos, inclui os que iniciaram os consumos numa fase mais tardia da vida, devido a situações de stress, tais como, rutura conjugal, reforma, isolamento social ou a perda de entes queridos (OEDT, 2008; SICAD, 2013). Nas duas categorias, o processo de envelhecimento pode desencadear problemas psicológicos, sociais e de saúde que potencializam a probabilidade e a suscetibilidade ao consumo e abuso de substâncias (Diniz, *et al.*, 2017), salientando-se como fatores de risco a ausência de recursos pessoais (baixa qualificação laboral, pouca inteligência emocional, escassa crença nas próprias possibilidades, baixo autoconceito e sensação de incapacidade para dirigir a própria vida) e a rutura com os laços sociais que tendem reforçar a deterioração psíquica e fisiológica (Roibás, Melendro, & Montes, 2010).

Além do exposto, com o avançar da idade, as funções e a composição do corpo vão sendo alteradas, traduzindo-se numa metabolização mais lenta das substâncias psicoativas, podendo haver uma maior vulnerabilidade do cérebro aos seus efeitos, na medida em que há estimulantes que provocam alterações no funcionamento dos recetores cerebrais, que podem interagir com

outros processos e acelerar, ou agravar, o desenvolvimento das perturbações neurocognitivas associadas ao envelhecimento (Rocha, 2016). Deste modo, os indivíduos mais velhos dependentes de substâncias, encontram-se mais vulneráveis aos efeitos físicos e mentais acumulados devido aos policonsumos, overdoses e infeções (OEDT, 2010). Com efeito, segundo Seabra e Sá (2011), existem determinantes de saúde dos indivíduos toxicodependentes, nomeadamente os policonsumos de substâncias psicoativas e as comorbilidades físicas e psíquicas. Estes autores reforçam ainda que a gravidade das consequências dos policonsumos e das comorbilidades físicas e psíquicas aumentam à medida que o indivíduo vai envelhecendo e permanece a consumir, o que evidencia a perspetiva de doença crónica. Ao mesmo tempo, são consumidores que apresentam défices ao nível das emoções, apresentando maiores níveis de alexitimia (El Rasheed, 2001).

De acordo com El Rasheed (2001), os indivíduos dependentes de substâncias psicoativas apresentam maior predisposição ao consumo porque sofrem estados afetivos “dolorosos”, experimentando várias substâncias, e selecionando aquelas que melhor se adequam às suas necessidades emocionais (Wills *et al.*, 1996). Esta seleção é resultado da necessidade de aumentar ou aliviar certas emoções que, de outra forma, não seriam capazes de o fazer (El Rasheed, 2001; Taylor, Bagby & Parker, 1990).

Nesta perspetiva, Bonnet, Brejard e Pedinielli (2013) defendem que a emocionalidade é um fator preponderante e a considerar quando relacionado com o desenvolvimento do consumo de substâncias psicoativas. Este argumento é sustentado pelo facto de os indivíduos dependentes de substâncias psicoativas apresentarem baixos valores de consciência emocional, em que a sua capacidade para lidar com as emoções é reduzida, e pelo facto de estes apresentarem maiores dificuldades em descrever os seus sentimentos e emoções aos outros (Carton *et al.*, 2010). Os indivíduos consumidores têm menos competências para processar experiências emocionais, tais como dificuldades em processar e expressar emoções distintas e complexas, mostrando uma tendência para a ação e atenuando a expressão verbal (Torrado *et al.*, 2013).

A alexitimia, enquanto perturbação cognitivo afetiva que condiciona o modo como o indivíduo vivencia e exprime as suas emoções, pode então ser considerada um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas (Keller, Carroll, Nich, & Rounsaville, 1995; Speranza *et al.*, 2004; Thorberg *et al.*, 2016), na medida em que muitos indivíduos dependentes consomem para compensar déficits na defesa de afetos e na capacidade para regular e modular emoções (Souto, 2000). Gomez, Eizaguirre e Aresti (1997) salientam ainda que a alexitimia pode ser um

fator etiológico importante para o desenvolvimento e manutenção da dependência de substâncias psicoativas já que é no consumo de substâncias psicoativas, que os indivíduos com traços alexitímicos procuram compensar a falta de capacidade para lidar com o afeto negativo, de autoconhecimento e de *insight* (Finn, Martin, & Pihl, 1987; Handelsman *et al.*, 2000; Stasiewicz *et al.*, 2012). Por outro lado, o consumo de longa duração é preponderante no desenvolvimento da perturbação da alexitimia, na medida em que leva a mudanças estruturais do cérebro e reduz a capacidade de decifrar, articular e de lidar com emoções (Keller, Carroll, Nich, & Rounsaville, 1995; Speranza *et al.*, 2004).

Presentemente, o processo de envelhecimento pautado pelo consumo de substâncias psicoativas e pela presença de alexitimia associada às dependências, ainda se encontra subnotificado, o que limita a compreensão e o diagnóstico destes indivíduos bem como uma possível intervenção (Diniz, *et al.*, 2017). Neste sentido, torna-se importante investir na produção de conhecimento sobre esta área em Portugal, uma vez que se trata de um problema social bem presente na nossa sociedade. Adicionalmente, é também importante integrar profissionais experientes no tratamento de drogas nos serviços geriátricos (EMCDDA, 2010), de modo a “*melhorar a aliança terapêutica e um tratamento apropriado para esta categoria de pacientes*” (El Rasheed, 2001: 21).

II. ESTUDO EMPÍRICO

Neste capítulo pretende-se descrever os objetivos e a metodologia adotada no contributo empírico desta dissertação, a qual inclui a identificação da amostra, os procedimentos de recolha e de análise de dados, assim como a apresentação e discussão dos resultados obtidos. Primeiramente, porém, importará contextualizar o presente estudo e referir que o mesmo se integra no projeto “Cérebro, Substâncias Psicoativas e Meio Social: da produção das dependências à produção de um novo projeto de vida”, desenvolvido no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, pelo Centro de Investigação de Ciências do Serviço Social. Trata-se de um projeto que tem como objetivo aprofundar o conhecimento disponível sobre o processamento emocional em pessoas com história de consumo de substâncias psicoativas e estimar a prevalência da alexitimia em utentes de unidades de tratamento no distrito do Porto. Caracteriza-se por duas fases sequenciais: uma primeira que consistiu na realização de um estudo transversal com um desenho retrospectivo (abordagem quantitativa) e uma segunda fase de exploração aprofundada do processamento emocional num subgrupo de consumidores considerado alexitímico (abordagem qualitativa).

2.1. Primeira Fase do Projeto

A concretização do projeto contou com uma amostra de conveniência, constituída por 118 indivíduos, cujo critério de inclusão era estar em tratamento em uma das nove instituições públicas e privadas do distrito do Porto (figura 1), correspondentes às respostas disponibilizadas pelo SICAD.

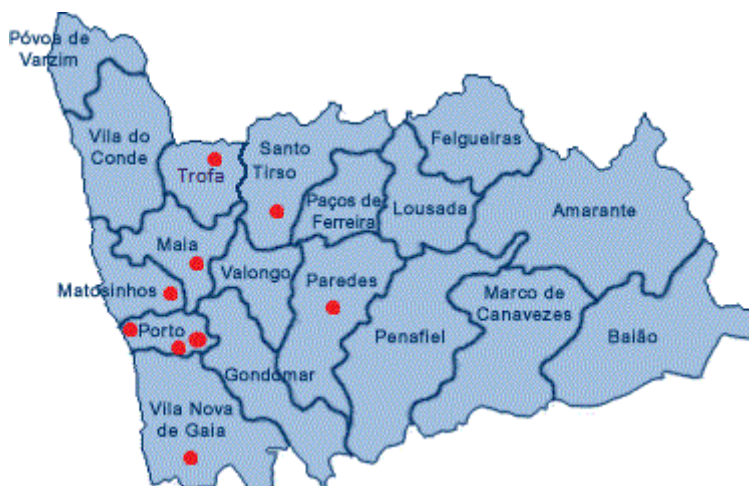


Figura 1 - Mapa da localização das 9 instituições de tratamento

A seleção e o contacto com as instituições contaram com a colaboração de 20 estudantes do 3º ano (2015/16) da área de dependências do 1º ciclo de estudos em Serviço Social do ISSSP, através da integração nas respetivas instituições de tratamento para estágio curricular. Aos indivíduos que aceitaram participar no projeto de investigação, após devidamente explicados os objetivos e salvaguardadas as necessárias considerações éticas, foram aplicados dois instrumentos de recolha de dados: o Inquérito Sócio Demográfico e a Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). Assim, esta recolha de informação realizou-se sob anonimato e após obtenção de consentimento informado, sendo criado um código para posterior recolha de informação na fase 2. Além da colaboração dos estudantes acima referidos, destaca-se que a introdução dos dados em SPSS foi realizada por duas alunas, uma das quais autora da presente dissertação.

2.1.1. Instrumentos

De seguida, apresenta-se uma descrição dos instrumentos aplicados durante esta primeira fase. O Inquérito Sociodemográfico permitiu a recolha de informação referente ao indivíduo, quer à sua história de consumos:

Relativas ao indivíduo	Relativas à história de consumos
<ul style="list-style-type: none">→ Idade;→ Sexo;→ Concelho de residência;→ Estado civil;→ Condições de habitação (com ou sem família e tipo de alojamento);→ Habilitações literárias;→ Situação perante o trabalho;→ Profissão atual (com ou sem contrato e motivos de fim de contrato);→ Fontes de rendimento.	<ul style="list-style-type: none">→ 1ª substância experimentada;→ Idade de início do consumo;→ Contexto (só ou acompanhado);→ Outras substâncias (principal e associada(s));→ Tratamentos (nº, tipo e duração);→ Familiares consumidores;→ Modalidade do último tratamento;→ Duração do último tratamento.

Figura 2 - Variáveis recolhidas pelo Inquérito Sociodemográfico

A avaliação da alexitimia ocorreu através da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). Trata-se de um instrumento de autoavaliação desenvolvido por Taylor, Ryan e Bagby (1985) que foi traduzido e adaptado para português por Prazeres e colaboradores (Prazeres, 1996; Prazeres, Parker, & Taylor, 2000). É constituída por 20 questões e apresenta uma

estrutura trifatorial: (F1) dificuldade em identificar sentimentos; (F2) dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; (F3) estilo de pensamento orientado para o exterior.

Todas as questões da TAS-20 estão numa escala ordinal de concordância tipo *Likert* de cinco pontos (de 1 a 5), cujas respostas referem-se sempre à percepção da pessoa sobre seu comportamento, tendo como pólos as opções “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. A cotação da escala é executada com recurso ao somatório dos pontos de cada item, em que o seu total varia entre 20 e 100 pontos, podendo igualmente obter-se a pontuação consoante cada fator através da soma dos itens que compõe cada um deles. De notar que os itens 4, 5, 10, 18 e 19 são cotados em sentido inverso. Através da cotação total, os indivíduos podem ser categorizados como *Não Alexitímicos* ($TAS \leq 51$), *Intermédios ou em Zona de Fronteira* ($52 < TAS < 60$), ou *Alexitímicos* ($TAS \geq 61$). De acordo com Prazeres, Parker e Taylor (2000), a TAS-20 apresenta uma adequada consistência interna ($\alpha=0.79$) e uma precisão teste-reteste excelente.

2.1.2. Análise de Dados

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa informático IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Com vista a descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi feita uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo, particularmente aquelas relacionadas com a TAS-20, tendo por referência o ponto de corte $TAS \geq 61$ (score total da TAS-20 superior a 61). Adicionalmente, foi realizada uma análise das características psicométricas da TAS-20, cujos resultados podem ser encontrados no artigo “Alexitimia e Envelhecimento de Consumidores de Substâncias Psicoativas” (Pinto *et al.*, 2018).

2.1.3. Resultados

Dos resultados obtidos, constata-se que a larga maioria dos participantes ($n=118$) são do sexo masculino (82%) (figura 2), encontrando-se numa faixa etária entre os 41 e os 60 anos (70%) (figura 3).

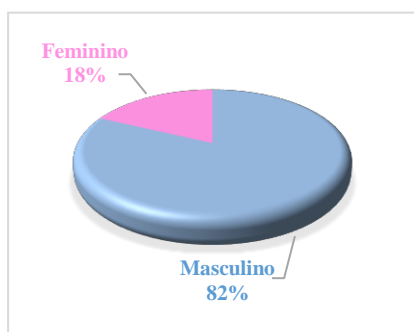


Figura 3 - Caracterização do sexo da amostra

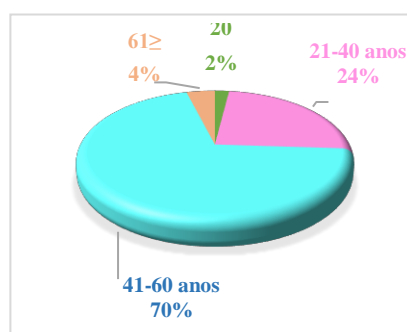


Figura 4 - Caracterização da faixa etária da amostra

Mais de metade dos participantes encontram-se desempregados (69,4%), apresentando como fonte de rendimento o Rendimento Social de Inserção (RSI) bem como o 4º ano como grau de escolaridade. A grande maioria dos participantes é solteira (53,4%) e 55% vive com a família, conforme se pode observar na tabela 1.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=118)

Grau de Escolaridade	10,4%	1º ciclo incompleto 4º ano
	33%	6º ano
	20,8%	9º ano 12º ano
	20,8%	
	14,7%	
Situação perante trabalho	17,7%	Empregados
	69,4%	Desempregados
	3,3%	Estudantes
Fontes de Rendimento	18,4%	Vencimento Mensal RSI
	58,7%	Outros Subsídios
	5,2%	Outros Rendimentos
	17,5%	
Estado Civil	53,4%	Solteiro
	22,4%	Casado/União de facto
	23,3%	Divorciado/Separado
	0,9%	Viúvo
Com quem vive	55%	Com família
	45%	Sozinho

Sobre o historial de consumos, a primeira substância consumida para 47,7% da amostra foi a cannabis/haxixe, e para 36% o álcool, logo de seguida a heroína que surge referenciada por 9,9%. Ao longo da vida, a principal substância é, para 31,4% da amostra o álcool e para 26,3% a heroína. Já no que diz respeito ao número de tratamentos anteriores, 27,5% dos participantes apenas beneficiou de um tratamento, 15,7% de dois tratamentos, 6,9% de três tratamentos e 5,9% quatro tratamentos. A duração do tratamento atual, para 50% dos participantes é de 1.5/2 anos, destacando que a média da duração do último tratamento foi de 56 meses (Pinto et al., 2018).

Em relação à alexitimia, os resultados obtidos indicaram que 47% dos indivíduos que constituíam a amostra (n=118) eram alexitímicos, 29% não alexitímicos e 24% encontravam-se na zona de fronteira (figura 4).



	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Total TAS20	57,64	12,64	25,00	82,00
Fator 1-Dificuldade em identificação de sentimentos	21,33	7,25	7	35
Fator 2-Dificuldade em descrever sentimentos aos outros	15,05	4,47	5	24
Fator 3-Estilo de pensamento orientado para o exterior	21,79	4,84	8	36

Figura 5 - Resultados da Escala da Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Atendendo que 70% da amostra se encontrava na faixa etária dos 41 aos 60 anos e 24% da amostra apresenta policonsumos, admite-se um papel potenciador da ligação entre perturbação do uso de substâncias e os níveis de alexitimia. Os resultados indicaram igualmente que a metadona (opiáceo) era para 57,8% da amostra disponibilizada no âmbito do tratamento de substituição, e que 21,2% da mesma apresentava uma duração do tratamento atual superior a 9 anos (Pinto *et al.*, 2018), procurou-se assim dar continuidade ao presente estudo numa segunda fase.

2.2. Segunda Fase do Projeto

A 2ª fase da pesquisa, cujo processo sequencial se encontra ilustrado na figura 5, procurou aprofundar o estudo da alexitimia em consumidores de longa duração, através da avaliação do seu processamento emocional. Tendo em conta os resultados obtidos na primeira fase, procedeu-se então à seleção dos indivíduos obedecendo a dois critérios: ser alexitímico, de acordo com o resultado da TAS-20, e estar integrado numa resposta de tratamento acima mencionada. Em função dos códigos dos inquéritos dos participantes alexitímicos (n=55), retomou-se a pesquisa com um novo contacto com as instituições de modo a chegar aos participantes. Em relação à amostra inicialmente prevista (n=55) verificou-se 21 abandonos/recaídas, 6 recusas por motivos profissionais e 2 falecimentos, resultando assim numa amostra final de 26 participantes. A esta amostra foi então aplicada uma entrevista semiestruturada, a Entrevista de Reconhecimento de Emoções Faciais.

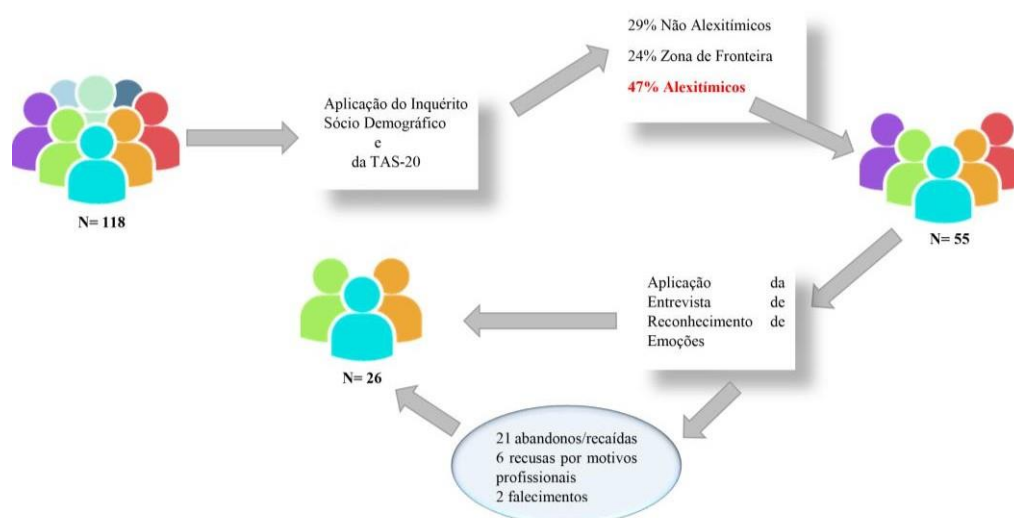


Figura 6 - Esquema da Seleção da Amostra para a Segunda Fase do Estudo

É precisamente nesta fase que se inscreve maioritariamente o contributo da presente dissertação que procura avaliar a capacidade de processamento emocional com recurso à seleção de memórias significativas em consumidores de longa duração considerados alexitímicos. Para atingir este objetivo, num estudo qualitativo, procurou-se analisar de forma mais aprofundada a capacidade destes indivíduos consumidores para descrever a experiência emocional de

acontecimentos de vida significativos, quer positivos, quer negativos. Especificamente, procurou-se responder às seguintes questões de investigação: (i) que tipo de acontecimentos significativos identificam? Positivos ou negativos? A que acontecimentos específicos se referem? (ii) Como descrevem os acontecimentos? Conseguem identificar e/ou descrever a experiência emocional referente a esses acontecimentos? Se sim, como?; (iii) Existem diferenças no relato dos participantes em função das suas características sociodemográficas e das suas histórias de consumo? Se sim, quais as diferenças?

2.2.1. Entrevista de Reconhecimento das Emoções Faciais

Nesta segunda fase, recorreu-se à aplicação de uma entrevista semiestruturada baseada no autorrelato, a qual é composta por dois momentos: o reconhecimento e descrição de emoções através de faces e a partilha de um acontecimento de vida significativo.

No primeiro momento, com recurso a estímulos imagéticos (fotografias) são apresentadas cinco emoções básicas (alegria, tristeza, medo, surpresa, nojo e raiva), através da expressão de dois rostos (um do sexo masculino e outro do sexo feminino, em simultâneo), onde se pretende que o indivíduo identifique e expresse informação relacionada com a emoção apresentada. Deste modo, após a visualização da emoção, para cada fotografia questiona-se o indivíduo: qual é a emoção aqui presente? O que é para si (referindo a emoção que o indivíduo identificou)? Já alguma vez se sentiu assim? Se sim, pode dar-me um exemplo de uma situação em que tivesse sentido (referir a emoção que o indivíduo identificou).

Já no segundo momento, de modo a que o sujeito partilhe voluntariamente um acontecimento de vida, o entrevistador refere “todos nós vivemos algum acontecimento ou passámos por alguma situação que nos marcou (seja pela positiva ou pela negativa). No seu caso, consegue indicar-me um acontecimento ou situação que o tenha marcado na sua vida? Pode ser pela positiva ou pela negativa, por ser algo bom ou menos bom”. Após o indivíduo identificar o acontecimento é questionado o porquê de o ter escolhido, pedindo para explicar e explorar este acontecimento. Para além disso, é questionada a emoção que sentiu e o que pensou perante o acontecimento referido. É precisamente este segundo momento da entrevista que constitui o enfoque do contributo empírico da presente dissertação.

Importa referir que após um treino para a sua aplicação, a Entrevista de Reconhecimento de

Emoções Faciais foi administrada aos participantes por duas pessoas que estiveram presentes ao mesmo tempo. Esta foi áudio gravada, sob o anonimato e com consentimento informado.

2.2.2. Análise de Dados

Na componente qualitativa do estudo, os dados das entrevistas em curso foram analisados seguindo a técnica da análise de conteúdo (Mayring, 2000), tratando-se de um elemento importante do conjunto das metodologias de investigação social (Amado, 2000).

Após a recolha de dados procedeu-se ao processo de categorização e codificação, que é composto por passos. Primeiramente foram definidos os objetivos do trabalho, uma vez que limitam todas as decisões a tomar posteriormente (Amado, 2000). Seguidamente, procurou-se uma explicitação de um quadro de referência teórico, de modo a facilitar a interpretação dos dados posteriormente obtidos. Foram também feitas leituras sucessivas, verticais, entrevista a entrevista, progressivamente minuciosas, a fim de possibilitar um inventário dos acontecimentos significativos de vida. Por fim, procedeu-se à codificação que corresponde ao processo de transformação e agregação dos dados brutos em unidade que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo, sendo estas consideradas tendo em conta o referencial teórico do estudo. Esta codificação é um processo faseado de decisões e ações que deve ser adaptado às características do material a estudar e dos objetivos (Amado, 2000). Por isso, selecionou-se como unidade de análise o parágrafo, onde posteriormente resultaram as categorias a partir da análise das entrevistas - categoria a posteriori (lógica indutiva) (Amado, 2000).

Recorrendo ao software informático Nvivo10, foram constituídas três categorias (acontecimentos significativos positivos; acontecimentos significativos negativos; não identificou nenhum acontecimento significativo), em que através de leituras verticais das entrevistas (dentro de cada entrevista, diferenciação das categorias) e de leituras horizontais entre as entrevistas (comparação constante das unidades de significação com sentido igual ou próximo entre os diversos documentos - o reagrupamento) foi possível definir e designar as categorias, as subcategorias e identificar as unidades de registo que podem ser citadas na descrição e interpretação. Salienta-se, ainda, que a formulação das categorias obedeceu a seis regras fundamentais: (1) exaustividade - cada categoria abrangeu por completo todas as

unidades que ali couberam e todos os itens das entrevistas foram abrangidos no sistema de categorias; (2) exclusividade – uma unidade de registo apenas pôde pertencer a uma categoria; (3) homogeneidade – um sistema de categorias apenas se referiu a um único tipo de análise, não se podendo misturar diversos critérios de classificação; (4) pertinência – um sistema de categorias foi adaptado ao material em análise e aos objetivos da investigação; (5) objetividade – foram definidos critérios para cada categoria que permitiram decidir o que integrava ou não numa determinada categoria, evitando assim a subjetividade; e (6) produtividade – a categorização deve permitir uma análise fértil, criativa, adequada e coerente com os dados (Amado, 2000).

No âmbito da análise das respostas obtidas na entrevista realizada, importa clarificar alguns conceitos base, designadamente: acontecimentos significativos positivos, acontecimentos significativos negativos, pensamento concreto, pensamento tangente, emoções vagas e comparação com outros. Os acontecimentos significativos positivos dizem respeito aos eventos cuja experiência emocional associada é pautada por emoções positivas; os acontecimentos significativos negativos referem-se aos eventos cuja experiência emocional é pautada por emoções negativas; o pensamento concreto corresponde a um tipo de pensamento que se baseia na conceção literal dos factos e que implica uma incapacidade de pensar para além do significado mais explícito das experiências para um outro nível de pensamento ou de tempo (Trzepacz & Baker, 2001); o pensamento tangente corresponde à alteração das associações do pensamento e do discurso em que a pessoa abandona o tema original e segue para outro tema diferente (Trzepacz & Baker, 2001); as emoções vagas dizem respeito às manifestações exteriores do estado interno da pessoa (Trzepacz & Baker, 2001) sem recurso à exploração, apenas identificação; a comparação com outros corresponde ao evitamento da exploração das experiências emocionais através da comparação com as experiências de terceiros.

No sentido de se assegurar a confiança e credibilidade dos resultados, procedeu-se ao cálculo do índice de validade (Vala, 1986). Para tal recorreu-se a um co-codificador na análise do material recolhido. Considerando o número elevado de entrevistas (26) e a sua extensão, seleccionou-se 20% das entrevistas (8) de forma aleatória para serem co-codificadas. O co-codificador codificou seguindo a grelha da principal investigadora. Após a sua codificação procedeu-se ao cálculo do índice de validade aplicando a fórmula apresentada por Vala (1986) $F = 2(C1, 2) / C1 + C2$. Assim, dividiu-se o número de acordos entre os dois codificadores (co-codificador e investigadora principal) pelo total de categorizações efetuadas por cada um. $2(492) / 498 + 503 = 0.79$. Este resultado sugere um índice de fidelidade que indica um forte

acordo.

2.2.3. Resultados

Primeiramente proceder-se-á à caracterização da amostra e posteriormente à apresentação dos resultados obtidos no segundo momento da Entrevista de Reconhecimento das Emoções Faciais.

Caracterização da Amostra

Do total de 26 participantes em tratamento numa das instituições públicas ou privadas do distrito do Porto anteriormente destacadas (figura 1), 18 são do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Doze dos participantes situam-se numa faixa etária dos 40 aos 49 anos, 10 situam-se numa faixa etária dos 50 ou mais anos e 2 dos participantes apresentam menos de 30 anos; 14 participantes são solteiros, enquanto 3 são divorciados. Quanto à escolaridade, 14 participantes apenas completaram o 4º ano (1º ciclo), 2 são analfabetos e 2 não completaram o 1º ciclo. Em relação à situação laboral, 22 participantes encontram-se desempregados, 2 empregados, 1 reformado e 1 é doméstica (tabela 2).

Tabela 2

Caracterização Sociodemográfica da Amostra Final (N=26)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	PARTICIPANTES
Faixa Etária	N=26
Menos de 30 anos	2
30-39 anos	2
40-49 anos	12
50 ou mais anos	10
Sexo	
Feminino	8
Masculino	18
Estado Civil	
Divorciado	3
Solteiro	14
União facto casado	9
Escolaridade	
Analfabeto	2
1º ciclo incompleto	2
4º ano (1º ciclo) completo	14
6º ano (2º ciclo) completo	4
9º ano (3º ciclo) completo	4
Situação Laboral	
Doméstica	1
Desempregado/a	22
Reformado/a	1
Empregado/a	2
Vive ou não com a Família	
Não vive com a família	11
Vive com a família	15
Problemas com a Justiça	
Sem problemas com a justiça	12
Teve problemas com a justiça	14

No que diz respeito à história de consumo, 14 dos participantes são policonsumidores, enquanto que 12 consomem apenas uma substância (álcool). São participantes que iniciaram os consumos precocemente (10 entre os 16-20 anos de idade, e 2 com menos de 10 anos). Atualmente, 12 participantes encontram-se em tratamento nos Centro de Resposta Integradas (CRI), em que 6 já o frequentam há 10 ou mais anos e 2 há 5-9 anos; 12 encontram-se em Projetos de Inclusão, dos quais 6 os frequentam há 1-4 anos e 2 há 5-9 anos; 2 encontram-se em Comunidades Terapêuticas (tabela 3).

Tabela 3

Caracterização da História de Consumos da Amostra (N=26)

VARIÁVEIS DA HISTÓRIA DO CONSUMO	PARTICIPANTES
Tipo de Consumo	N=26
Policonsumidor	14
Só Álcool	12
Faixa Etária do Primeiro Consumo	
Menos de 10 anos	2
11 aos 15 anos	5
16 aos 20 anos	10
Depois dos 20 anos	9
Tratamento Atual (Tipo e Tempo)	
Comunidades Terapêuticas	2
Menos de 1 ano	1
5-9 anos	1
Centros de Respostas Integradas	12
1-4 anos	4
5-9 anos	2
10 ou mais	6
Projetos Inclusão Social	12
Menos de 1 ano	4
5-9 anos	2
1-4 anos	6
Tratamentos Anteriores (Tipo e Duração)	
CRI	2
1-4 anos	1
5-9 anos	1
Desintoxicação	9
Menos de 1 ano	9
Desintoxicação e CRI	2
1-4 anos	2
Desintoxicação e Comunidade Terapêutica	4
Menos de 1 ano	3
10 ou mais	1
Desintoxicação e Projeto de Inclusão	2
Menos de 1 ano	2
Não aplicável	4
Não apresenta	3

Descrição dos Acontecimentos Relatados e das Emoções Associadas

Apresentam-se seguidamente os resultados de acordo com as questões de investigação já referidas e que orientam a análise dos resultados. Assim, em relação à identificação de acontecimentos significativos, como está evidente na tabela 4, os participantes identificaram mais acontecimentos significativos negativos (17; 128)³, por relação aos acontecimentos significativos positivos (11; 72). Salienta-se que alguns participantes identificaram mais do que um acontecimento significativo.

No que diz respeito aos acontecimentos significativos negativos, os participantes identificaram acontecimentos como: “Perda, Rutura e Separação”, “Acidente”, “Início dos Consumos”, “Vitimização”, “Exclusão Profissional” e “Tentativa de Suicídio”. Destaca-se a referência à “Perda, Rutura e Separação” como o acontecimento significativo maioritariamente identificado (9; 11), sendo evidente no discurso do P4 (*...os mais tristes foi a perca destes dois entes queridos que... da minha mãe que é sempre mãe e depois este meu primo que éramos como irmãos e que acho que foi roubar uma vida ... e ainda não era a hora ... a hora já era mas... foi isso mais marcante na minha vida ...*), do P1 (*...o não poder criar o meu filho, fui preso e ao fim de uns dias nasceu o meu filho*) e do P16 (*foi... foi quando me separei da mulher... que a mulher pôs-me fora da porta*). Destaca-se a referência à “Perda, Rutura e Separação” como o acontecimento significativo maioritariamente identificado (9; 11).

Dentro dos acontecimentos significativos positivos, foram identificados pelos participantes “Acontecimentos Familiares”, “Fim dos Consumos” e “Pertença a Grupos”. Maioritariamente, destaca-se a referência a Acontecimentos Familiares (8; 9), conforme o atestam as palavras do P4 (*mais marcantes pela positiva sim... esses acho que quem é mãe ... às vezes não há mas esses dias para mim são ... nem casamentos nem nada ... para mim o mais importante foi o nascimento dos meus filhos*), do P13 (*Ora... essa foi da minha irmã aparecer...*) e do P23: *foi quando eu fiz dezoito anos e a minha mãe deu-me uma mota...*

³ Todos os valores que irão ser apresentados primeiro dizem respeito ao número de participantes; os segundos dizem respeito ao número de referências, i.e., ao número de citações

Tabela 4

Acontecimentos Significativos (Positivos e Negativos)

	Participantes	Referências
Acontecimentos Significativos Negativos	17	128
Acontecimentos Significativos Positivos	11	72
Não Identificou Nenhum Acontecimento Significativo	1	4
Acontecimentos Significativos Negativos		
Perda, Rutura e Separação	9	11
Acidente	3	4
Início dos Consumos	3	3
Vitimização	2	3
Exclusão Profissional	1	1
Tentativa de Suicídio	1	1
Acontecimentos Significativos Positivos		
Acontecimentos Familiares	8	9
Fim dos Consumos	3	3
Pertença a Grupos	2	2

Relativamente à descrição dos acontecimentos significativos, como está patente na tabela 5, ao longo dos relatos dos acontecimentos significativos negativos, a maioria dos participantes recorre ao pensamento concreto (16; 67) (P8: *...isso já foi há muitos anos eu tinha 15 anos quando foi isso ... onde eu moro lá em Rebordosa apareceu tipo uma pilha e na maré pronto um gajo ainda andava na escola e vinha para casa dos meus falecidos pais e peguei naquilo sem saber e sem saber foi lá numa subida onde eu moro e aquilo ao tirar para o chão arrebentou e a pedra saltou para a vista ... cegou-me e cortou-me os dedos, estes dois dedos...*) ao pensamento tangente (8; 35) (P3: *também me sinto triste porque eu vou vos dizer e é verdade, eu quando trabalhava, não tenho pai nem mãe, ia sempre os restaurantes comer e só pagava ao fim do mês quando arrecebia, e pagava seja posso ser o que for mas eu sou sério, sou sério, então e ai, chamam-lhe e badalhoca o apelido da mulher do restaurante o primo da mulher do restaurante mas era uma mulher limpa mulher limpa!*) e à comparação com outros (2; 5) (P1: *às vezes ouço pais a dizer 'o meu filho quando era pequeno fazia isto'... eu não tenho essa... recordação... sempre tive ligação...).*

O mesmo é evidente ao longo da descrição dos acontecimentos significativos positivos, em que se destaca primeiramente o pensamento concreto (10; 45) (P12: *dava-me prazer... dava-me muito trabalho... muito trabalho... trabalho... nós tínhamos que... escrever... canções... compor canções... e depois o que eu... ensaios e aquilo tudo dá... no fundo até cheguei a ganhar dinheiro... cheguei a ganhar muito dinheiro... mas também gastava-o todo... depois eu casei... depois... ia sempre para os ensaios e andava sempre por lá três dias seguidos e... a mulher começou-se a chatear e eu acabei por desistir... e pronto é isso), seguidamente o pensamento tangente (2; 6) (P14: *Mas eu... eu neste momento estou a pensar ser feliz eu... e depois pensar nos outros... para mim chega... agora chego a casa, já não tenho sossego... já tenho barulho, chego a casa a minha mãe já diz 'ai faz isto, faz aquilo'... o meu irmão trata-me mal e eu fico... é dizer assim, eu agora estou a falar com vocês... daqui até à noite o que eu não ouço... não queiram saber o que eu passo... um dia vou comprar um gravador para gravar como eu sou tratado... para vocês não pensarem... porque há pessoas que pensam que eu sou mentiroso... muita gente pensa que o que eu digo é mentira... mas não é... muita gente sabe o que a minha mãe me trata... os meus irmãos me tratam... eu a mim, sabe o que é... um cão... igual... um dia vou gravar uma cassete e vou trazer para vocês ouvirem... eu se tivesse uma casa, eu saia dali para fora...)* e, por fim, a comparação com outros (1; 1) (P21: *há famílias que se não tiverem do lado da pessoa...Eu como tinha uma boa família, fiz por eles, porque senão deixava andar...).**

Ainda nesta questão, focando na identificação e descrição da experiência emocional referente aos acontecimentos significativos (negativos e positivos), os participantes recorrem a emoções vagas (respetivamente: 9, 14; 7, 9): P4: *eu sinto muita tristeza de não o ter criado... não ter aquela sensação*, e P13: *foi uma alegria muito grande....*

Tabela 5

Características dos Relatos dos Acontecimentos Significativos (Negativos e Positivos)

	Participantes	Referências
Características dos Relatos dos Acontecimentos Significativos Negativos		
Pensamento Concreto	16	67
Emoções Vagas	9	14
Pensamento Tangente	8	35
Comparação com Outros	2	5
Características dos Relatos dos Acontecimentos Significativos Positivos		
Pensamento Concreto	10	45
Emoções Vagas	7	9
Pensamento Tangente	2	6
Comparação com Outros	1	1

No que se refere à existência de diferenças no relato dos participantes em função das suas características sociodemográficas e das suas histórias de consumo, observam-se diferenças que importa ressaltar em cada uma das variáveis estudadas: sexo, grupo etário, tipo de consumo, idade do primeiro consumo, tipo de tratamento e tempo de tratamento.

Assim, no que se refere às variáveis sociodemográficas, designadamente ao **sexo**, verificou-se que o discurso dos homens (61,39%)⁴ e o discurso das mulheres (84,85%) da amostra remete essencialmente para acontecimentos significativos negativos. No âmbito destes acontecimentos (tabela 6), o que se destaca primeiramente nos discursos de ambos os sexos é a referência à “Perda, Rutura, Separação” (respetivamente: 35,19% e 43,20%). Seguidamente, no discurso dos participantes do sexo masculino surge o “Acidente” (25,58%), enquanto que no discurso dos participantes do sexo feminino é a “Vitimização” (34,32%). No entanto, salienta-se que os participantes do sexo masculino apresentam maior variabilidade de acontecimentos significativos negativos por comparação aos participantes do sexo feminino.

Tabela 6

Acontecimentos Significativos Negativos em função do Sexo

<i>Acontecimentos Significativos Negativos</i>		
Tipos	Sexo Masculino	Sexo Feminino
<i>Acidente</i>	25,58%	0,00%
<i>Exclusão Profissional</i>	23,27%	0,00%
<i>Início dos Consumos</i>	7,88%	22,49%
<i>Perda, Rutura e Separação</i>	35,19%	43,20%
<i>Tentativa de Suicídio</i>	4,81%	0,00%
<i>Vitimização</i>	3,27%	34,32%

⁴ Dada a discrepância numérica entre o sexo dos participantes (18 do sexo masculino e 8 do sexo feminino), não é usado o número de participantes nem de referências, mas sim a percentagem de discurso por coluna.

No que concerne aos acontecimentos significativos positivos (tabela 7), o discurso dos participantes do sexo masculino remete, maioritariamente, para a “Pertença a Grupos” (65,35%), enquanto que o discurso dos participantes do sexo feminino faz referência a “Acontecimentos Familiares” (88,89%). Contudo, os participantes de ambos os sexos fazem referência ao “Deixado os Consumos” (respetivamente: 18,48% no sexo masculino e 11,11% no sexo feminino).

Tabela 7

Acontecimentos Significativos Positivos em função do Sexo

<i>Acontecimentos Significativos Positivos</i>		
<i>Tipos</i>	<i>Sexo Masculino</i>	<i>Sexo Feminino</i>
<i>Acontecimentos Familiares</i>	16,17%	88,89%
<i>Deixado os Consumos</i>	18,48%	11,11%
<i>Pertença a Grupos</i>	65,35%	0,00%

Relativamente às características dos discursos analisados em função do **grupo etário**, nos participantes com menos de 40 anos destaca-se a referência a acontecimentos significativos positivos (60,66%), enquanto que o discurso dos participantes com 40-49 anos e com 50 ou mais anos, remete para acontecimentos significativos negativos (respetivamente: 62,51% e 91,07%).

Tendo em conta os acontecimentos significativos negativos (tabela 8), o que se destaca primeiramente, no discurso dos participantes em qualquer grupo etário em que se encontram é a referência à “Perda, Rutura e Separação” (respetivamente: 100,00%, 40,30% e 31,94%), salientando-se que os participantes com menos de 40 anos apenas referem este acontecimento significativo negativo. É de realçar que os participantes com 50 ou mais anos são os únicos que fazem referência no seu discurso ao “Início dos Consumos (27,43%).

Tabela 8

Acontecimentos Significativos Negativos em função do Grupo Etário

Acontecimentos Significativos Negativos			
Tipos	Menos de 40 anos	40 – 49 anos	50 ou mais anos
<i>Acidente</i>	0,00%	10,33%	31,94%
<i>Exclusão Profissional</i>	0,00%	30,48%	0,00%
<i>Início dos Consumos</i>	0,00%	0,00%	27,43%
<i>Perda, Rutura e Separação</i>	100,00%	40,30%	31,94%
<i>Tentativa de Suicídio</i>	0,00%	0,00%	8,68%
<i>Vitimização</i>	0,00%	18,89%	0,00%

No âmbito dos acontecimentos significativos positivos analisados (tabela 9), o discurso quer dos participantes com menos de 40 anos, quer dos participantes com 40-49 anos faz referência maioritariamente aos “Acontecimentos Familiares” (respetivamente: 57,33% e 43,01%). Já no discurso dos participantes com 50 ou mais anos há um maior destaque para a “Pertença a Grupos” (76,92%), por comparação aos participantes com menos de 40 anos, que nem o identificam como acontecimento. Focando no acontecimento “Deixado os Consumos”, torna-se relevante evidenciar que os participantes com 50 ou mais anos não o mencionam.

Tabela 9

Acontecimentos Significativos Positivos em função do Grupo Etário

<i>Acontecimentos Significativos Positivos</i>			
Tipos	Menos de 40 anos	40 – 49 anos	50 ou mais anos
<i>Acontecimentos Familiares</i>	57,33%	43,01%	23,08%
<i>Deixado os Consumos</i>	42,67%	37,63%	0,00%
<i>Pertença a Grupos</i>	0,00%	19,35%	76,92%

Relativamente aos acontecimentos significativos analisados tendo em conta o **tipo de consumo**, observa-se no discurso dos participantes policonsumidores e no discurso dos participantes que consomem apenas álcool um maior destaque para acontecimentos significativos negativos (respetivamente: 75,07% e 67,39%). Salienta-se igualmente um maior destaque no discurso dos participantes policonsumidores para a “Perda, Rutura e Separação” (39,16%), enquanto que no discurso dos participantes que consomem apenas álcool há uma maior referência ao “Acidente” (48,17%). Além do mais, é de salientar que os participantes policonsumidores apresentam maior variabilidade de acontecimentos significativos negativos por comparação aos participantes que apenas consomem álcool (tabela 10).

Tabela 10

Acontecimentos Significativos Negativos em função do Tipo de Consumo

<i>Acontecimentos Significativos Negativos</i>		
Tipos	Policonsumidor	Apenas Álcool
<i>Acidente</i>	8,23%	48,17%
<i>Exclusão Profissional</i>	24,3%	0,00%
<i>Início dos Consumos</i>	8,23%	19,9%
<i>Perda, Rutura e Separação</i>	39,16%	31,94%
<i>Tentativa de Suicídio</i>	5,02%	0,00%
<i>Vitimização</i>	15,06%	0,00%

No âmbito dos acontecimentos significativos positivos (tabela 11), o discurso dos participantes policonsumidores faz maioritariamente referência a “Acontecimentos Familiares” (62,15%), enquanto que a maioria do discurso dos participantes que consomem apenas álcool remete para a “Pertença a Grupos” (88,00%). No entanto, salienta-se um aspeto importante que é a referência ao acontecimento “Deixado os Consumos” por parte dos participantes policonsumidores (37,85%).

Tabela 11

Acontecimentos Significativos Positivos em função do Tipo de Consumo

<i>Acontecimentos Significativos Positivos</i>		
Tipos	Policonsumidor	Apenas Álcool
<i>Acontecimentos Familiares</i>	62,15%	12,00%
<i>Deixado os Consumos</i>	37,85%	0,00%
<i>Pertença a Grupos</i>	0,00%	88,00%

Tendo em conta a análise dos acontecimentos significativos em função da **idade do primeiro consumo**, a maioria dos participantes que começaram a consumir com menos de 10 anos, entre os 11 aos 15 anos e entre os 16 aos 20 anos faz referência a acontecimentos significativos negativos (respetivamente: 100,00%, 83,69% e 77,40%), enquanto que do discurso dos participantes que começaram a consumir depois dos 20 anos se destaca a referência maioritária a acontecimentos significativos positivos (54,2%).

Quanto à análise dos acontecimentos significativos negativos (tabela 12), a maioria do discurso dos participantes que começaram a consumir com menos de 10 anos remete para o “Acidente” (77,11%), enquanto que o discurso dos participantes em que a idade do primeiro consumo se encontra entre os 11 e os 15 anos destaca a “Perda, Rutura e Separação” (81,62%). Já no discurso dos participantes que começaram a consumir entre os 16 e os 20 anos, está patente, maioritariamente, a “Exclusão Profissional” (33,89%), sendo apenas estes os participantes que salientam este acontecimento. Um aspeto importante prende-se com a referência ao “Início dos Consumos” ser essencialmente pelos participantes que começaram a consumir depois dos 20 anos (61,06%).

Tabela 12

Acontecimentos Significativos Negativos em função da Idade do Primeiro Consumo

<i>Acontecimentos Significativos Negativos</i>				
Tipos	Menos de 10 anos	11 aos 15 anos	16 aos 20 anos	Depois dos 20 anos
<i>Acidente</i>	77,11%	0,00%	11,48%	24,78%
<i>Exclusão Profissional</i>	0,00%	0,00%	33,89%	0,00%
<i>Início dos Consumos</i>	0,00%	0,00%	2,80%	61,06%
<i>Perda, Rutura e Separação</i>	22,89%	81,62%	30,81%	14,16%
<i>Tentativa de Suicídio</i>	0,00%	18,38%	0,00%	0,00%
<i>Vitimização</i>	0,00%	0,00%	21,01%	0,00%

Na análise dos acontecimentos significativos positivos, os “Acontecimentos Familiares” destacam-se no discurso dos participantes que iniciaram os consumos na faixa etária dos 11 aos 15 anos (78,13%) e na faixa etária depois dos 20 anos (53,97%). Já na maioria do discurso dos participantes que iniciaram os consumos entre os 16 e os 20 anos é feita referência à “Pertença a Grupos” (74,07%). No entanto, o discurso dos participantes com menos de 10 anos identifica nenhum acontecimento significativo positivo.

Tabela 13

Acontecimentos Significativos Positivos em função da Idade do Primeiro Consumo

<i>Acontecimentos Significativos Positivos</i>				
Tipos	Menos de 10 anos	11 aos 15 anos	16 aos 20 anos	Depois dos 20 anos
<i>Acontecimentos Familiares</i>	0,00%	78,13%	11,52%	53,97%
<i>Deixado os Consumos</i>	0,00%	21,88%	14,40%	17,46%
<i>Pertença a Grupos</i>	0,00%	0,00%	74,07%	28,57%

No que toca à análise dos acontecimentos em função do **tipo de tratamento**, os acontecimentos significativos negativos destacam-se em todos os tipos de tratamento (respetivamente: 100,00%, 73,26% e 66,49%), apresentando grande relevo nas Comunidades Terapêuticas (100,00%) uma vez que os participantes não salientam nenhum acontecimento significativo positivo. A maioria do discurso dos participantes faz referência à “Perda, Rutura e Separação” (respetivamente: 51,90%, 35,32% e 35,20%); já os discursos dos participantes dos Projetos de Inclusão Social são singulares quanto à referência ao acontecimento “Exclusão Profissional”. Focando nos Centros de Respostas Integradas, salienta-se que os participantes deste tipo de tratamento são os únicos que fazem referência à “Tentativa de Suicídio” e à “Vitimização” (tabela 14).

Tabela 14

Acontecimentos Significativos Negativos em função do Tipo de Tratamento

<i>Acontecimentos Significativos Negativos</i>				
Tipos	Comunidades Terapêuticas	Centros Respostas Integradas	de	Projetos de Inclusão Social
<i>Acidente</i>	0,00%		0,00%	33,93%
<i>Exclusão Profissional</i>	0,00%		0,00%	30,87%
<i>Início dos Consumos</i>	48,10%		18,81%	0,00%
<i>Perda, Rutura e Separação</i>	51,90%		35,32%	35,20%
<i>Tentativa de Suicídio</i>	0,00%		11,47%	0,00%
<i>Vitimização</i>	0,00%		34,40%	0,00%

Relativamente aos acontecimentos significativos positivos (tabela 15), a maioria do discurso dos participantes dos Centros de Respostas Integradas faz referência aos “Acontecimentos Familiares” (62,15%), enquanto que no discurso dos participantes dos Projetos de Inclusão Social se faz referência à “Pertença a Grupos” (88%). Nas Comunidades Terapêuticas percebe-se que os participantes não fizeram referência a nenhum acontecimento significativo positivo.

Tabela 15

Acontecimentos Significativos Positivos em função do Tipo de Tratamento

<i>Acontecimentos Significativos Positivos</i>				
Tipos	Comunidades Terapêuticas	Centros de Respostas Integradas	de	Projetos de Inclusão Social
<i>Acontecimentos Familiares</i>	0,00%		62,15%	12,00%
<i>Deixado os Consumos</i>	0,00%		37,85%	0,00%
<i>Pertença a Grupos</i>	0,00%		0,00%	88,00%

No âmbito da análise dos acontecimentos tendo em conta o **tempo de tratamento**, a maioria do discurso dos participantes destaca acontecimentos significativos negativos, dos quais se encontram em tratamento há menos de 1 ano (78,38%), entre 1-4 anos (82,13%), e há 10 ou mais anos (76,31%). Já a maioria do discurso dos participantes que se encontram em tratamento entre 5-9 anos faz referência a acontecimentos significativos positivos (75,83%).

Relativamente aos acontecimentos significativos negativos (tabela 16), existe uma maior variabilidade no discurso dos participantes em tratamento há menos de 1 ano e dos participantes em tratamento há 10 ou mais anos. No discurso da maioria dos participantes que se encontram em tratamento há menos de 1 ano observa-se a referência à “Exclusão Profissional” (43,06%), tratando-se do único tempo de tratamento onde este acontecimento é salientado. A maioria do discurso dos participantes em tratamento entre 1-4 anos ocorre a referência a “Acidente” (44,44%) e seguidamente a “Vitimização” (28,02%). Já no discurso dos participantes em tratamento entre 5-9 anos e em tratamento há 10 ou mais anos é referida a “Perda, Rutura e Separação” (respetivamente: 100,00% e 41,13%). É ainda de salientar que nos tempos de tratamento inferior a 1 ano e superior a 10 ou mais anos, o discurso destes participantes é singular quanto à referência ao “Início dos Consumos” (respetivamente: 13,52%; 29,08%). Por fim, apenas os participantes em tratamento há 10 ou mais anos referem no seu discurso o acontecimento “Tentativa de Suicídio” (17,73%).

Tabela 16

Acontecimentos Significativos Negativos em função do Tempo de Tratamento

<i>Acontecimentos Significativos Negativos</i>				
Tipos	Menos de 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10 ou mais anos
<i>Acidente</i>	14,59%	44,44%	0,00%	0,00%
<i>Exclusão Profissional</i>	43,06%	0,00%	0,00%	0,00%
<i>Início dos Consumos</i>	13,52%	0,00%	0,00%	29,08%
<i>Perda, Rutura e Separação</i>	28,83%	27,54%	100,00%	41,13%
<i>Tentativa de Suicídio</i>	0,00%	0,00%	0,00%	17,73%
<i>Vitimização</i>	0,00%	28,02%	0,00%	12,06%

No que concerne aos acontecimentos significativos positivos (tabela 17), o discurso dos participantes em tratamento há menos de 1 ano e há 10 ou mais anos faz referência a “Acontecimentos Familiares” (100,00%, respetivamente), sendo os únicos acontecimentos que estes participantes fazem referência. Já no discurso da maioria dos participantes que se encontram em tratamento entre 1-4 anos (66,42%) e 5-9 anos (41,86%) destaca-se a “Pertença a Grupos”.

Tabela 17

Acontecimentos Significativos Positivos em função do Tempo de Tratamento

<i>Acontecimentos Significativos Positivos</i>				
Tipos	Menos de 1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10 ou mais anos
<i>Acontecimentos Familiares</i>	100,00%	12,92%	32,56%	100,00%
<i>Deixado os Consumos</i>	0,00%	20,66%	25,58%	0,00%
<i>Pertença a Grupos</i>	0,00%	66,42%	41,86%	0,00%

Finalmente, no que diz respeito às **características do relato**, será de referir que no discurso dos participantes, o pensamento concreto é um aspeto maioritário e transversal. Dentro de cada variável (sejam as sociodemográficas, sejam as relativas à história de consumo) destaca-se que o pensamento concreto evidencia-se maioritariamente no discurso dos participantes do sexo feminino (85,90%), do grupo etário dos 50 ou mais anos (76,86%), dos policonsumidores (85,70%), dos participantes cujo primeiro consumo foi entre os 11 e os 15 anos (92,61%), dos participantes que se encontram em tratamento num Centro de Resposta Integrada (85,71%) e dos participantes que se encontram em tratamento há menos de 1 ano (79,90%).

2.2.4. *Discussão dos Resultados*

Os dados obtidos no presente estudo revelaram, de um modo geral, uma maior identificação de experiências emocionais negativas bem como dificuldades na verbalização e descrição das emoções por parte dos participantes.

Com recurso à identificação de acontecimentos significativos de vida, pôde-se constatar que os participantes identificaram maioritariamente no seu discurso acontecimentos significativos negativos, o que indica uma maior seleção de experiências emocionais negativas. Destes acontecimentos significativos negativos, os dados indicam a permanência da trajetória de consumo em indivíduos com 50 e mais anos, uma vez que estes participantes identificaram o “Início dos Consumos” (27,43%) como acontecimento significativo negativo e não fizeram referência ao ter “Deixado os Consumos”. Estes dados indicam que estes participantes permanecem a consumir e que vivem em situação social vulnerável, resultado quer dos consumos de longa duração, quer da perda e da rutura com a família e amigos (OEDT, 2010; Johnston *et al.*, 2017). Outro dado consideravelmente importante é a identificação de “Perda, Rutura e Separação” por parte dos participantes policonsumidores (39,16%), o que indicia uma maior vivência de ruturas (familiares, institucionais) por relação aos restantes participantes, o que é concordante com consequências inerentes a um trajeto de consumo de longa duração e que se alargam aos diferentes domínios de vida.

Uma análise mais detalhada e relativa ao tipo de tratamento, permite-nos observar que os dados apontam para uma escassa abordagem das experiências emocionais. O discurso dos participantes limita-se à referência de acontecimentos significativos negativos: Comunidades Terapêuticas (100,00%), Centros de Respostas Integradas (73,26%) e Projetos de Inclusão Social (66,49%). Ainda no domínio dos acontecimentos significativos negativos, a variável “Perda, Rutura e Separação” é a que assume maior relevância no discurso dos participantes tanto das Comunidades Terapêuticas (51,90%), como dos Centros de Respostas Integradas (35,32%) e dos Projetos de Inclusão Social (35,20%). Também no domínio dos acontecimentos significativos negativos a variável “Início dos Consumos” é realçada no discurso de 48,10% dos participantes residentes nas Comunidades Terapêuticas e 18,81% nos Centros de Respostas Integradas. Não deixa de ser importante sublinhar que esta variável não surge no discurso dos participantes dos Projetos de Inclusão Social.

Atendendo ao discurso dos participantes dos Projetos de Inclusão Social, há uma referência específica ao acontecimento “Exclusão Profissional” (30,87%) variável que no discurso dos

outros participantes não é realçada: Comunidades Terapêuticas (0%) e Centros de Respostas Integradas (0%).

Para o tratamento e reinserção social os elementos elencados são de extrema relevância. O que mais se destaca dos discursos sobre acontecimentos significativos negativos, em todas as variáveis realçadas, é o facto de os indivíduos das Comunidades Terapêuticas tenderem a evidenciar uma consciência mais elevada das suas experiências pessoais quer antes, quer durante o tratamento. Admite-se que o tipo de tratamento possa influenciar um maior desenvolvimento de competências cognitivas, emocionais e sociais. A título de exemplo sublinha-se o facto de o “Início dos Consumos” não ser considerado um acontecimento significativo negativo no discurso dos participantes incluídos nos Projetos de Inclusão Social.

Um outro aspeto relevante relaciona-se com o facto de a variável “Exclusão Profissional” só ser destacada no discurso dos participantes dos Projetos de Inclusão Social. Tal pode indiciar experiências de vida mais longamente marcadas pela desinserção social, designadamente no que respeita ao mercado de trabalho.

Da análise da variável duração do tratamento, foi possível identificar que só os participantes que se encontravam em tratamento entre 5-9 anos (75,83%) incluíram a referência a acontecimentos significativos positivos. Todos os restantes discursos, - daqueles participantes em tratamento há menos de 1 ano (78,38%), entre 1-4 anos (82,13%) e há 10 ou mais anos (76,31%) - destacam acontecimentos significativos negativos. Estes dados parecem indicar que o tempo previsível para um tratamento bem-sucedido se estima entre os 5 e os 10 anos. Por outro lado, o prolongamento do tratamento para além de uma década é sugestivo de um impacto negativo na medida em que são maioritariamente identificados acontecimentos significativos negativos.

Considerando a perturbação da alexitimia, os resultados obtidos evidenciam uma maior dificuldade na descrição das emoções e um maior recurso ao pensamento orientado para o exterior por parte dos participantes, tendo em conta o grupo etário, o tipo de consumo e a modalidade e tempo de tratamento.

No que diz respeito ao grupo etário, é no discurso dos participantes com 50 ou mais anos que se evidencia maioritariamente uma maior dificuldade em descrever as emoções e uma descrição orientada para o exterior e detalhada dos acontecimentos, o que vai de encontro com estudos que apontam para uma correlação positiva entre a idade e a alexitimia (Salminen et al., 1999). Salienta-se ainda que estes dados vão de encontro aos resultados obtidos por autores como

Pinard, Negrete, Annable e Audet (1996), que identificaram uma correlação positiva entre a idade e o pensamento orientado para o exterior. Esta relação sugere que os consumidores de longa duração apresentam um aumento do pensamento orientado para o exterior, consequência da menor plasticidade, por comparação aos mais jovens (Pinard *et al.*, 1996), e por isso maiores níveis de alexitimia (El Rasheed, 2001).

De acordo com El Rasheed (2001) e considerando os dados obtidos, podemos afirmar que os participantes policonsumidores apresentam maiores défices ao nível das emoções, e por isso maiores níveis de alexitimia uma vez que apresentam maioritariamente no seu discurso pensamento concreto por relação aos participantes cujos consumos se circunscrevem ao álcool. Para além disso, de encontro à observação de Gomez, Eizaguirre e Aresti (1997), em que a alexitimia é um importante fator etiológico para o desenvolvimento e manutenção da dependência, encontra-se evidente neste estudo a existência de uma relação entre a alexitimia e o consumo abusivo de substâncias, e uma clara relação entre esta condição e o agravamento da dependência de substâncias. Este facto é sustentado pelas maiores percentagens da descrição dos acontecimentos com recurso à ação que se encontram presentes em participantes cuja idade do primeiro consumo é entre 11 e os 15 anos.

No âmbito da modalidade e do tempo de tratamento, apesar de não existirem estudos que correlacionam estas variáveis com a alexitimia, o presente estudo vem evidenciar a existência de maiores níveis de alexitimia em participantes que se encontram em tratamento em Centros de Respostas Integradas e em participantes que se encontram em tratamento há menos de 1 ano. Tendo em conta o tempo de tratamento, este pode ser explicado pela duração ainda ser muito reduzida para uma intervenção adequada com estes indivíduos. Contudo, o facto de nos Centros de Respostas Integradas, a maioria dos participantes deste estudo se encontrar em tratamento há 10 ou mais anos leva, mais uma vez, a refletir sobre o tempo de tratamento e sobre a sua finalidade. Ainda, leva a refletir sobre a introdução de uma substância de substituição (como a metadona) como possível tratamento – intervenção adotada nesta modalidade de tratamento - na medida em que indicia a manutenção dos consumos de longa duração. Por outro lado, sem uma intervenção direcionada para as experiências emocionais, onde se intervenha ao nível da identificação e descrição das emoções e sentimentos, os níveis de alexitimia nestes indivíduos continuarão a ser elevados.

Por fim, apesar dos participantes conseguirem identificar as emoções (ainda que de uma forma vaga), eles revelam dificuldade também em enunciar as situações que as espoletaram, apresentando, assim, um pensamento muito concreto e orientado para o exterior, com recurso

essencialmente a experiências emocionais negativas. Perante os resultados, note-se que a Entrevista de Reconhecimento de Emoções Faciais para além de constituir um instrumento de recolha de dados, poderá ser considerada como uma ferramenta de trabalho de potencial utilizada por parte dos profissionais, na medida em que explora as emoções dos indivíduos, e assim permite uma intervenção no campo das experiências emocionais desta população específica.

Algumas limitações devem ser apontadas ao presente estudo, designadamente o tamanho reduzido da amostra e o facto desta ser de conveniência (participantes pertencem apenas a um distrito do Norte de Portugal), o que limita a possibilidade de generalizações. Alia-se a esta limitação o facto de a entrevista ser composta por questões de autorrelato, devendo-se reconhecer a possibilidade de algum enviesamento dos resultados.

III. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DOS INTERVENTORES SOCIAIS

Atendendo às características da população do presente estudo, existe uma forte necessidade de refletir sobre as implicações que se encontram subjacentes para a prática dos interventores sociais no âmbito do tratamento e da (re)inserção social de consumidores de longa duração de substâncias psicoativas. Sabendo que a dependência de substâncias psicoativas é um fenómeno biopsicossocial, significa olhar para este fenómeno não como uma condição do indivíduo, mas sim como uma doença cerebral com forte relação com o meio social. Deste modo, embora esta população não cumpra o critério da idade defendido, por exemplo, pela Direção Geral de Saúde (idade igual ou superior a 65 anos), ela vivencia um envelhecimento precoce a nível neurocerebral, apresentando vulnerabilidades e necessidade de cuidados de saúde equivalentes às de um adulto idoso.

Perante esta realidade, os indivíduos que compõem a amostra são duplamente estigmatizados, por serem dependentes de substâncias psicoativas, estatuto que apresenta por si só características socialmente depreciadoras, e por permanecerem associados aos estereótipos típicos de déficits característicos de uma idade mais avançada. Estes atributos são socialmente penalizadores na medida em que é evidente o significativo decréscimo que acarretam (Goffman, 1975). Ao exposto acresce que os indivíduos estudados apresentam baixos índices de escolaridade (1º ciclo incompleto) bem como uma grande taxa de desemprego o que indicia uma rutura e ao mesmo tempo uma acrescida dificuldade de integração no mercado de trabalho. A integração no mercado de trabalho não só possibilita a obtenção de rendimentos, que permite uma maior participação social, como possibilita a criação de uma identidade social através de um sentimento de utilidade. Os indivíduos ao se sentirem úteis, desenvolvem um sentimento de pertença, que é facilitador de uma integração social (Pinto *et al.*, 2018). Salienta-se então que, a integração no mercado de trabalho é o principal fator potenciador para uma integração dos indivíduos nos restantes domínios da sua vida. Não estando os indivíduos inseridos no mercado de trabalho, e analisando as relações familiares e sociais, destaca-se um enfraquecimento das mesmas, em que estes deixam de possuir recursos que constituam defesas para uma rede de suporte social e de relacionamento com outros (Pereira, 2003).

Os indivíduos do estudo já passaram por uma fase de *desvinculação*, que se caracteriza pelo recurso a instituições para satisfazer as suas necessidades básicas. É um deambular de instituição em instituição na procura de assegurar a sobrevivência. Ao olhar dos outros já

ocorreu uma mudança de identidade, em que estes indivíduos são socialmente identificados como “errantes”, não apresentando recursos para enfrentar os fracassos e tensões (Gaulejac & Léonetti, 1994). Em situação de desfiliação social e de rutura com as redes de suporte, as suas trajetórias promovem uma aproximação a grupos de consumos semelhantes, instalando-se numa fase de *decadência*, e, assim, ocorre uma nova pertença social articulada com uma maior estigmatização devido ao aumento da identificação grupal (Mendes, 2017).

Em acréscimo às vulnerabilidades que caracterizam os participantes deste estudo, salienta-se o facto de estes indivíduos serem alexitímicos. Sabendo que esta condição se traduz em sérias dificuldades em consciencializar as emoções e verbalizar os sentimentos a outros, as suas relações são inevitavelmente marcadas por pensamento frágil do ponto de vista da consciência de si e do outro, onde a dimensão afetiva parece estar ausente (Prazeres, 2000). Deste modo, com uma disfunção da consciência emocional, estes apresentam maiores dificuldades na criação de redes de suporte, quer familiares quer institucionais, e, conseqüentemente, complicações ao nível da sua reinserção e qualidade de vida (Pinto *et al.*, 2018).

No âmbito do tratamento, torna-se, pois, importante os interventores sociais refletirem e modelos de atuação capazes de ir ao encontro destas dificuldades decorrentes da presença conjunta de um envelhecimento precoce, da dependência de substâncias psicoativas, e de perturbação cognitivo afetiva. A introdução de uma substância de substituição (como a metadona) como possível tratamento ainda suscita algumas interrogações, uma vez que indicia a uma continuidade dos consumos de longa duração. Concomitantemente, os tratamentos ainda não atribuem grande importância à intervenção focada num trabalho das experiências emocionais, destacando que é um fator importante e preponderante na integração social dos indivíduos.

Sendo o Serviço Social Gerontológico, uma prática e uma disciplina científica que contribui para o estudo e intervenção sobre o envelhecimento (García & Jiménez, 2003), focando em populações heterogéneas, com problemáticas muito complexas, cabe aos profissionais desta área compreender o significado das experiências de vida de cada indivíduo, e os significados que o mesmo atribui às suas circunstâncias (Ribeirinho, 2013). Estes profissionais têm de deter de um saber, um saber-ser/estar e um saber-fazer sólido, teórico e prático, e alguma criatividade que permita agir em contextos instáveis (*ibidem*). Acima de tudo é-lhe requerida a capacidade de encontrar soluções inovadoras e ajustadas a cada indivíduo e ao meio que lhe rodeia, através de uma efetiva capacidade relacional (*ibidem*). Por isso, a criação de

oportunidades de inserção, de redes de sociabilidade e de suporte familiar e institucional, a prestação de cuidados de saúde, e a melhoria de modos de agir tendo em conta a funcionalidade social e as potencialidades dos indivíduos, só se torna possível se se desenvolver uma intervenção que tenha em conta as dimensões biopsicossociais, culturais e espirituais de cada pessoa, bem como o seu meio sociofamiliar.

De acordo com Victor, Scambler, Bond e Bowling (2000) o conceito de qualidade de vida remete para um amplo espectro de áreas da vida. Smith (2001) considera que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até essa época, o bem-estar estava quase que exclusivamente associado a assegurar bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de ação social, dinheiro suficiente). Os modelos de abordagem da qualidade de vida vão desde a "satisfação com a vida" ou "bem-estar social" a modelos centrados em explorar conceitos como independência, controle, competências sociais e cognitivas. Tal perspectiva sublinha a importância de um trabalho de intervenção junto dos indivíduos estudados que não pode deixar de assegurar o desenvolvimento de uma consciencialização emocional.

As instituições deverão desenvolver um trabalho concertado, interinstitucional, por forma a mediar as relações entre os indivíduos e as instituições, respondendo às suas necessidades. Deverão apoiar os indivíduos a tornarem-se mais autónomos e menos dependentes de outros, contribuindo para colmatar o isolamento social. É importante trabalhar no domínio do social, que tem em conta a comunidade com quem interagem os indivíduos estudados, fortalecendo as redes de solidariedade social. É essencial ter também em conta as experiências pessoais de cada um. A intervenção nestes domínios ajuda à participação na comunidade e à comunicação entre os indivíduos e outros grupos, tornando todo o processo de inversão da desinserção um processo orientado para a inclusão social.

Para responder aos problemas e desafios que caracterizam a amostra estudada será necessário combater o isolamento social, fortalecer as redes de suporte familiar e social, garantir apoios de saúde física e mental que possam inverter um processo de agravamento de saúde que decorre de longos anos de uso de substâncias. É essencial garantir a procura de manutenção da autonomia possível de vida sem perda de identidade pessoal e social; criar condições para estimular capacidades em declínio, bem como para desenvolver as existentes construídas pela experiência de vida. (Granja, & Pereira, 2009).

Contrariar os processos de marginalização social a que os indivíduos da amostra estão sujeitos enquanto consumidores de substâncias em processo de envelhecimento e promover o acesso efetivo à cidadania, supõe um trabalho em equipas multidisciplinares onde o papel do diagnóstico é decisivo na identificação dos problemas de uso de substâncias, das doenças mentais que não raro aparecem associadas, das dificuldades e potencialidades dos indivíduos, da sua motivação, das forças e fraquezas, dos recursos individuais, familiares e comunitários, tendo em vista um plano personalizado de tratamento e a sua reinserção social (Gray & Zide, 2013). A elaboração de diagnósticos consistentes nos domínios das alterações biopsicológicas e dos processos de adaptação emocionais, estruturais e sociais, do estado de saúde física e mental de cada sujeito, constitui uma ampla e desafiante frente de ação para os interventores sociais de cariz gerontológica (Brekke, 2011).

BIBLIOGRAFIA

- Al Birt, M., Şandor, V., Vaida, A., & Birt, M. E. (2008). Alexithymia, a risk factor in alcohol addiction? A brief research report on Romanian population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(2), 217-225.
- Albuquerque, P., & Santos, J. (2000). Memória para acontecimentos emocionais: Contributos da psicologia cognitiva experimental. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(2), 21-34.
- Aleman, A. (2005). Feelings you can't imagine: Towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 553-555.
- Amado, J. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM - IV – TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM - IV - TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anatrella, T. (2004). *Liberdade Destruída*. S. João do Estoril: Principia, Publicações Universitárias.
- Arcos, F., Verdejo-García, A., Peralta-Ramírez, M., Sánchez-Barrera, M. & Pérez-García, M. (2005). Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive and negative affective stimuli. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 159-167.
- Baptista, A. (2011). *Disfuncionalidades emocionais na toxicodependência: Estudo longitudinal numa comunidade terapêutica*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia das Emoções). Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa.
- Barrett, L. F., Gross, J., Conner, T., & Benvenuto, M. (2001). Emotion differentiation and regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Baumeister, R., Vohs, K., DeWall, C., & Zhang, L., (2007). How emotion shapes behaviour: Feedback, anticipation, and reflection, rather than direct causation. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 167-203.
- Berger, P. & Luckman, T. (1999). *A construção social da realidade*. Lisboa: Dinalivro.
- Bonnet, A., Brejard, V., & Pardinielli, J. (2013). Emotional dispositions and substance use: Mediating effect of alexithymia. *Psychological Reports*, 112(1), 289–302.
- Brekke, J. (2012). Shaping a Science of Social Work. *Research on Social Work Practice*, 22(5), 455–464.
- Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I., Edel, Y., & Deltilleux, M. (2010). Emotional awareness in substance-dependent patients. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 599–610.

- Crandall, C. S., & Eshleman, A. (2003). A justification-suppression model of the expression and experience of prejudice. *Psychological Bulletin*, 129(3), 414-446.
- Damásio, A. (2000). *O mistério da consciência*. São Paulo: Companhia das Letras.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Carano, A., Pelusi, L., ... Ferro, F. (2005a). Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(4), 257-264.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., ... Ferro, F. (2005b). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 255, 350-358.
- Dias, C., Cruz, J., & Fonseca, A. (2010). Emoções: Passado, presente e futuro. *Revista Psicologia*, 22(2), 11-31.
- Dias, L. (2007). *As drogas em Portugal*. Coimbra: Pé de Página.
- Diniz, A., Pillon, S. C., Monteiro, S., Pereira, A., Gonçalves, J., Santos, M. (2017). Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 23-41.
- Dodgen, C., & Shea, W. (2000). *Substance Use Disorders – Assessment and Treatment*. New York: Academic Press.
- Dougherty, L. M., Abe, J. A., & Izard, C. E. (1996). Differential emotions theory and emotional development in adulthood and later life. In C. Magai, & S. H. McFadden (Eds), *Handbook of Emotion, Adult Development, and Aging*. New York: Academic Press.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed: Recognizing faces and feelings to improve communication and emotional life*. New York: Times Books
- El Rasheed, A. (2001). Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance Abuse*, 22(1), 11-21.
- European Monitoring Centre for Drug Addiction. (2010). *Treatment and care for older drug users*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 3(2), 97-115.
- Finn, P., Martin, J., & Pihl, R. (1987). Alexithymia in Males at High Genetic Risk for Alcoholism. *Psychother and Psychosom*, 47, 18–21.
- Fontaine, B., Hervé, F., & Morel, A. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi editores.
- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J., ... Braehler, E. (2008). Alexithymia in the German general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 54–62.

Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento?. Uma Análise Teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15-28.

Freitas, J. (2002). *Alexitimia e diferenciação hemisférica na Perturbação de Conversão Um estudo comparativo com a Perturbação do Pânico*. (Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental não publicada). Porto: Universidade do Porto.

Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.

García, M., Jiménez, J. (2003). Trabajo Social gerontológico. Aportaciones del trabajo social a la gerontología. In M. García (Ed.), *Trabajo Social en Gerontología* (pp.41-74). Madrid: Síntesis.

Gaulejac, V. & Taboada-Léonetti, I. (1994). *La Lutte des Places*. Paris: Epi.

Gleitman, H., Reisberg, D., & Fridlund, A. (2011). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Goffman, E. (1963). *Behavior in public places: Notes on the social organization of gatherings*. New York: Free Press.

Goffman, E. (1975). *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Minuit.

Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora.

Gomez, F., Eizaguirre, C. & Aresti, A. (1997). Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos. *Toxicodependências*, 2, 77-85.

Granja, B., & Pereira, F. (2009). Service social et gerontologie: articulations et frontieres. In *3ème Congrès de l'AIFRIS - Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale*. Hammamet: Tunisia.

Gray, S., & Zide, M. (2013). *Psychopathology: A Competency-Based Assessment Model for Social Workers*. Brooks Cole: USA.

Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.

Handelsman, L., Stein, J., Bernstein, D., Oppenheim, S., Rosenblum, A., & Magura, S. (2000). A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: Alexithymia, hostility, and PTSD. *Addictive Behaviors*, 25(3), 423-428.

Haviland, M. G., Shaw, D., & MacMurray, J. (1988). Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 164-170.

Izard, C. E., & Buechler, S. (1980). Aspects of consciousness and personality in terms of differential emotions theory. In H. Kellerman, & R. Plutchik (Eds), *Theories of Emotion*. (pp. 165-187). Academic Press.

Johnston, L., Liddell, D., Browne, K., & Priyadarshi, S. (2017). *Responding to the needs of ageing drug users*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Keller, D., Carroll, K., Nich, C., & Rounsaville, B. (1995). Alexithymia in Cocaine Abusers: Response to psychotherapy and Pharmacotherapy. *The American Journal on Addictions*, 4(3), 234-244.
- Kring, A. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 691-705). New York: Guilford Press.
- LeDoux, J. (1997). Emotion, memory, and the brain. *Scientific American*, 270(6), 68-75.
- LeDoux, J. (2007). Unconscious and conscious contributions to the emotions and cognitive aspects of emotions: A comment on Scherer's view of what an emotion is. *Social Science Information*, 46, 395-407.
- Levenson, W. (1994). Human Emotions: A functional view. In Ekman, P. & Davidson, R. (Eds.), *The nature of emotion: fundamental questions* (pp. 123-126). New York: Oxford University Press.
- Levenson, W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13(5), 481-504.
- Link, B., Struening, E., Rahav, M., Phelan, J., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(2), 177-190.
- Lumley, M., Mader, C., Gramzow, J., & Papineau, K. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58, 211-216.
- Mallinckrodt, B., & Wei, M. (2005). Attachment, social competencies, social support, and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 358-367.
- Martin, J., & Phil, R. (1985). The stress-alexithymia hypothesis. Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-176.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1999). O que é inteligência emocional? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.). *Inteligência emocional da criança: Aplicações na educação e no dia-a-dia* (pp. 15- 49). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum qualitative social research*, 1(2).
- McDougall, J. (1984). The "dis-affected" patient: reflections on affect pathology. *Psychoanalytic Quarterly*, 53, 386-409.
- Mendes, A. (2017). *Estigma Percebido em Toxicodependentes: Trajetória até ao Tratamento*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Braga: Escola de Psicologia da Universidade do Minho.
- Nunes, A. (2017). *Alexitimia, Consumo de Substâncias e Psicopatia*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência – EMCDDA. (2017). *Relatório Europeu sobre Drogas: tendências e evoluções na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2008). *Drogas em Destaque*. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2010). *Consumidores de Droga Mais Velhos: Um Problema Crescente para os Serviços de Tratamento Europeus. Comunicado da agência da EU de informação sobre droga*. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2014). *Relatório Europeu sobre drogas 2014: tendências e evoluções*. Luxemburgo: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Olievenstein, C. (1990). *A clínica do toxicómano*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Amadora: McGraw Hill.

Patrício, L. (1995). *Droga de vida, vidas de droga*. Venda Nova: Bertrand Editora.

Pereira, A., Freitas, C., Mendonça, C., Marçal, F., Souza, J., Noronha, JP. ... Sholl-Franco, A. (2004). Envelhecimento estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. *Ciências & Cognição, 1*, 34-53.

Pereira, D. (2003). *O Papel do Álcool na Sociedade*. Coimbra.

Pinard, L., Negrete, J., Annable, L., & Audet, N. (1996). Alexithymia in Substance Abusers: Persistence and Correlates of Variance. *The American Journal on Addictions, 5*(1), 32–39.

Pinto, L., Souto, T., Ribeiro, O., Alves, H., Dias, R., Neto, C., & Brito, S. (2018). In *II Congresso Ibero-Americano de Intervenção Social – Direitos sociais e Exclusão* (pp. 25-36). Carviçais: Lema d'Origem.

PORDATA. (2018). *Indicadores de envelhecimento*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.

Prado, S., & Sayd, J. (2006). Gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência e Saúde Colectiva, 11*(2), 491-501.

Prazeres, N. (1996). *Ensaio de um estudo sobre a alexitimia com o Rorschach e a escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma Forma de Sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 109-121*.

- Prazeres, N., Parker, D., & Taylor G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 9(1), 9-21.
- Queirós, C. (1997a). Toxicodependência e Emoções: um estudo comparativo entre toxicodependentes e não toxicodependentes. *Toxicodependências*, 2, 65-75.
- Queirós, C. (1997b). *Emoções e Comportamento Desviante*. (Tese de Doutoramento em Psicologia não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e práticas profissionais. In Maria Irene Carvalho (coord.), *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.
- Rocha, M. (2016). *Os animais de estimação na promoção do envelhecimento saudável em indivíduos em tratamento por consumo de substâncias psicoactivas*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social não publicada). Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Rocha, V., Guerra, P. & Maciel, J. (2010). *Dependência tabágica, assertividade e alexitimia em doentes cardíacos*. *Paidéia*, 20(46), 155-164.
- Roibás, A., Melendro, A., & Montes, M. (2010). Perspectivas de futuro y propuestas de recursos terapêuticos para adictos de edad avanzada. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 170-181.
- Rubinstein, S. (1973a). *Princípios de Psicologia Geral, volume IV*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Rubinstein, S. (1973b). *Princípios de Psicologia Geral, volume V*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Salminen, J., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75-82.
- Scherer, K., Schorr, A., & Johnstone, T. (Eds.). (2001). *Series in affective science. Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. New York: Oxford University Press.
- Schneider, R., & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593.
- Schuckit, M. (2000). *Drug and Alcohol Abuse* (5ª ed.). New York: Springer.
- Seabra, P., & Sá, L. (2011). Factores determinantes para as necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas: uma revisão bibliográfica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 22-29.
- Sengupta, A., & Giri, V. (2009) Alexithymia and managerial styles: Implications in Indian organizations. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35, 71-77.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

- Sifneos, P. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialisation, affect and creativity. *Psychiatric Clinics of North American*, 11(3), 287-292.
- Sifneos, P. (1995). Psychosomatic, alexithymie et neurosciences. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 27-36.
- Sifneos, P. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 113-116.
- Silva, A., Vasco, A., & Watson, J. (2013). Quando o cliente pensa que não sente e sente o que não pensa: Alexitimia e psicoterapia. *Análise Psicológica*, 2(31), 197-211.
- Silva, S. (2015). *A alexitimia na categorização de emoções em expressões faciais dinâmicas*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica não publicada). Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Silva, T. (2012). *Droga e estigma: um estudo comparativo entre consumidores problemáticos e não problemáticos*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Smith, J. (2001). Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9, 461-77.
- Souto, T. (2000). *A Alexitimia e a Dependência de Drogas: os sentimentos, o discurso e as drogas* (Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental não publicada). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Speranza, M., Corcos, M., Stéphan, P., Loas, G., Pérez-Diaz, F., Lang, F., ... Jeammet, P. (2004). Alexithymia, Depressive Experiences, and Dependency in Addictive Disorders. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 551-579.
- Stasiewicz, P., Bradizza, C., Gudleski, G., Coffey, S., Schlauch, R., Bailey, S., ... Gulliver, S. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37(4), 469-476.
- Taylor, G. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. (1994). The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New Trends in Experience Clinic Psychiatry*, 10, 61-74.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1228-1230.
- Taylor, G., Bagby, R., & Parker, J. (1997). *Disorders of affect regulation: alexitimia in medical and psychiatric illness*. New York: Cambridge University press.
- Taylor, G., Ryan, D., & Bagby, R. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom*, 44(4), 191-199.

Thorberg, F., Young, R., Lyvers, M., Sullivan, K., Hasking, P., London, E., ... Feeney, G. (2016). Alexithymia in relation to alcohol expectancies in alcohol-dependent outpatients. *Psychiatry Research*, 236, 186-188.

Timary, P. De, Luts, A., Hers, D., & Luminet, O. (2006). Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety. *Psychiatry Research*, 157, 105-113.

Torrado, M. (2013). *Alexitimia e toxicoddependência: contributos para o estudo de processos emocionais, da regulação afectiva e das interações parentais precoces em indivíduos toxicoddependentes*. (Tese de Doutoramento em Desenvolvimento Humano não publicada). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Torrado, M., Ouakinin, S., & Bacelar-Nicolau, L. (2013). Alexithymia, Emotional Awareness and Perceived Dysfunctional Parental Behaviors in Heroin Dependents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(6), 703-718.

Trzepacz, P., & Baker, R. (2001). *Exame Psiquiátrico de Estado Mental*. Lisboa: Climepsi Editores.

United Nations. (2015). Department of Economic and Social Affairs. *World Population Ageing 2015*. New York: United Nations.

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva e J. M. Pinto (orgs). *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101-128). Porto: Edições Afrontamento.

Vaz, F. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia não publicada). Braga: Universidade do Minho.

Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Revista Clinica Gerontologia*, 10, 407-17.

Wills, T., Vaccaro, D., McNamara, G., & Hirky, A. (1996). Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 166-180.

Wise, T., Mann, L., Mitchell, J., Hryvniak, M., & Hill, B. (1990). Secondary Alexithymia: An Empirical Validation. *Comprehensive Psychiatry*, 31(4), 284-288.

World Health Organization. (2016). *Psychoactive substances*. Consultado em 31 de Maio de 2019.

Disponível
em

https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/en/.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Inquérito Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Os dados que lhe serão solicitados ao longo desta entrevista são necessários para melhor caracterizar aspectos importantes para o trabalho de investigação que se pretende realizar. A confidencialidade será sempre mantida. Obrigada pela sua colaboração.

Como código coloque o seu dia de nascimento, seguido das duas primeiras letras do seu primeiro nome e os dois últimos algarismos do seu ano de nascimento.

Por exemplo, alguém de nome António que nasceu em 26/07/1981 o código seria: 26AN81. Coloque este código em todos os instrumentos, de forma a garantir o anonimato e a associação entre este questionário e os instrumentos do protocolo de investigação.

Código: _____

Data : __/__/____

I. Dados Pessoais

1.1. Sexo: M F

1.2. Data de Nascimento __/__/__ 1.3. Idade: _____ (anos)

1.4. Estado civil: Solteiro/a Casado/a Divorciado/a ou Separado/a
 União de facto ou Casado/a Viúvo/a

1.5. Concelho de residência _____

II. Dados Habitacionais e Familiares

2.1. Vive com a família? sim não

2.1.1. Se sim
com pais
cônjuge ou companheiro/a
mãos
outros familiares

2.1.2. Se não
solteiro/a
outros (Quais: _____)

(Quais? _____)

2.2. Tipo de alojamento

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Na rua | <input type="checkbox"/> Albergue |
| <input type="checkbox"/> Barraco | <input type="checkbox"/> Casa arrendada |
| <input type="checkbox"/> Casa abandonada | <input type="checkbox"/> Casa de família/amigos |
| <input type="checkbox"/> Pensão | <input type="checkbox"/> Casa própria |

2.3. Tem filhos? Sim Não

2.3.1. Se sim, quantos filhos?

1 2 3 4 Mais de 4

2.4. Tem familiares dependentes a seu cargo (e.g. filhos menores, pais, etc.)?

Sim Não

2.4.1. Se sim, que familiares? _____

III. Dados Laborais/Profissionais

3.1. Situação perante o trabalho

Doméstica (tarefas na própria casa)

Desempregado/a

Reformado/a

Estudante

Empregado

3.1.1. Se empregado,

Por conta própria

Por conta de outrem

3.1.1.1 Se por conta de outrem

Trabalho precário (sem vínculo e/ou contrato, temporário)

Trabalho estável (com vínculo e/ou contrato sem termo)

3.2. Profissão atual: _____

3.3. Profissões anteriores (indicar no máximo três):

3.3.1 Motivos de Termo/Fim

3.4. Fontes de rendimento

Rendimento Social de Inserção

Pensão de reforma

Pensão de invalidez

Outros subsídios (quais _____)

Abonos dos filhos

Roubos e/ou furtos

- Prostituição
- Mendicidade (esmolas)
- Arrumar carros
- Vencimento mensal
- Outros rendimentos (e.g., mesada familiares, rendas de imóveis, rendimento bancário, quais: _____)

IV. Dados Escolares/formação profissional

4.1. Grau de escolaridade

<input type="checkbox"/> Ensino universitário ou equivalente <input type="checkbox"/> Curso técnico ou profissional <input type="checkbox"/> 12.º ano (ensino secundário) completo <input type="checkbox"/> 9.º ano (3.º ciclo) completo <input type="checkbox"/> 6.º ano (2.º ciclo) completo	<input type="checkbox"/> 4.º ano (1.º ciclo) completo <input type="checkbox"/> 1.º ciclo incompleto <input type="checkbox"/> Sem escolaridade mas sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> Sem escolaridade e não sabe ler e escrever
--	--

4.2. Frequentou algum curso profissional? Sim Não

4.2.1 Se sim, qual? _____

4.2.2. Se sim, concluiu o curso? Sim Não

4.2.2.1. Se não conclui o curso, quais os motivos?

V. Dados sobre os consumos

A. A sua primeira experiência

5.1. Qual a primeira substância que experimentou? _____

5.2. Com que idade? _____

5.3. Na sua primeira experiência de consumo:

- Estava Sozinho
- Estava acompanhado (por quem? _____)

5.4. A sua primeira experiência de consumo foi por iniciativa:

- Própria
- Por pressão de outros:
 - Amigo/a
 - Grupo de amigos
 - Namorado/a
 - Familiares
 (Parentesco: _____)
 - Colegas de trabalho

5.5. A sua primeira experiência de consumo foi no contexto de:

- Casa
 Casa de outrem (De quem? _____)
 Na escola
 No local de trabalho
 Em local público (Qual? _____)
 Outro (Especifique: _____)

B. Consumos anteriores

5.6. Qual é a principal substância que consumiu (a de escolha/eleição)?

5.6.1. Durante quanto tempo ? _____

5.6.2. Com que frequência? _____

5.7. Qual ou quais outra(s) substância(s) que consumiu?

5.7.1. Durante quanto tempo ? _____

5.7.2. Com que frequência? _____

C. Tratamento e situação atual

5.8. Tipo de tratamento em que está atualmente:

- Comunidade terapêutica
 Centro de resposta integrada
 Redução de riscos
 Projetos de inclusão social

5.9. Está associado ao seu tratamento alguma substância? Sim Não

5.9.1. Se sim, assinale qual:

- Metadona
 Subutex

5.10. Continua a consumir outras substâncias? Sim Não

5.10.1. Se sim, quais? _____

5.10.2. Desde quando? _____

5.10.3. Com que frequência? _____

5.11. Há quanto tempo está neste tratamento? _____

5.12. Quais são os seus objectivos com este tratamento?

- Reinserção (Familiar ; Profissional ; Social
 Abstinência
 Prevenção de recaídas
 Controlo de sintomas/apoio a situações limites
 Gravidez
 Suicídio

- Overdose
 - Duplo diagnóstico
 - Doença crónica
 - Outras (especifique _____)
- Como medida alternativa à pena privativa de liberdade (prisão)

5.13. Desde que está no tratamento, considera que mudou de atitude face aos consumos?

- Sim Não

5.14. Desde que está no tratamento, cumpre as instruções da equipa terapêutica?

- Sim Não

5.15. Acha que vai conseguir finalizar este tratamento?

- Sim Não

Justifique a sua resposta (Indique porquê): _____

D. Tratamentos anteriores

5.16. Número de desintoxicações: _____

5.17. Número de tratamentos: _____

5.18. Especifique o tipo de tratamento e duração:

	Tipo	Em que ano	Duração	Alta clínica (S/N)
Último tratamento				
Outros tratamentos				

5.19. Há outras pessoas da sua família que já tenham consumido substâncias?

- Sim Não

5.19.1. Se sim, indique:

Grau de parentesco	Tipo de substância	Mantém consumo (S/N)

VI. Outros Dados

6.1. Já teve ou tem algum problema com a justiça? Sim Não

6.1.2. Se sim, qual? _____

6.1.2. Se sim, considera que o problema com a justiça esteve/está relacionado com os consumos?

Sim Não

Justifique a sua resposta (Indique porquê): _____

Agradecemos a sua colaboração.

Apêndice 2 – TAS-20

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS) - (20 itens)

Código: _____

Data : __/__/____

3.1.1. Usando a escala fornecida como guia, indique

o grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente.

Dê só uma resposta por cada afirmação.

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldades em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	1	2	3	4	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1	2	3	4	5
6. Quando estou aborrecido (a) não sei se me sinto triste, assustado (a) ou zangado (a).	1	2	3	4	5
7. Fico muitas vezes intrigado (a) com sensações no meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.	1	2	3	4	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	1	2	3	4	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1	2	3	4	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1	2	3	4	5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1	2	3	4	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado (a).	1	2	3	4	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
16. Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1	2	3	4	5
18. Posso sentir-me próximo (a) de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1	2	3	4	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução dos meus problemas pessoais.	1	2	3	4	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1	2	3	4	5

(Taylor, Bagby & Parker, 1992) Adaptação de Nina Prazeres (F.P.C.E. - U.L.) autorizada por G. J. Taylor

Apêndice 3 – Entrevista de Reconhecimento de Emoções Faciais

Instruções:

Após o consentimento informado, o entrevistador deve ter o cuidado de anotar o código correspondente ao participante para no final da gravação guardar o ficheiro com o nome correspondente ao código.

Parte 1

O entrevistador dará início à entrevista, dizendo:

- “Vai ver várias imagens com dois rostos: um de uma mulher e outro de um homem. O que se pretende é que tente identificar a emoção que os dois rostos exprimem.

- “A emoção pode ser: alegria, tristeza, medo, surpresa, nojo, raiva.” Para que não esqueça todas estas emoções, ir-lhe-ei lembrando usando este cartão (as emoções estão escritas num cartão e o entrevistador deverá mostrar e ler simultaneamente depois de mostrar cada imagem).

Nota: Clarificar que os dois rostos de cada imagem exprimem a mesma emoção. Se necessário, clarificar também ao longo da apresentação das imagens.

- “Vamos então começar.... “

Para cada imagem perguntar

1 – Nesta primeira fotografia, qual é a emoção?

2 – O que é para si a _____ (referir a emoção que o sujeito identificou)

Já algum vez se sentiu assim? Se sim, pode dar-me um exemplo de uma situação em que tivesse sentido _____ (referir a emoção que o sujeito identificou).

Parte II

1. Todos nós vivemos algum acontecimento ou passámos por alguma situação que nos marcou (seja pela positiva ou pela negativa). No seu caso, consegue indicar-me um acontecimento ou situação que o tenha marcado na sua vida? Pode ser pela positiva ou pela negativa, por ser algo bom ou menos bom. Porquê? Quer explicar-me um bocadinho mais?

Nota: se o participante não for capaz de elaborar, pedir que explique o que aconteceu, o que pensou, o que sentiu, o que fez.

Apêndice 4 – Cotação dos Rostos

	ALEGRIA	TRISTEZA	MEDO	RAIVA	SURPRESA	NOJO
1	X					
2					X	
3				X		
4						X
5			X			
6		X				

Cotação | Rostos_ Emoções