



Túlia Maria Cunha Brandão

**VINCULAÇÃO AO TERAPEUTA, VINCULAÇÃO AO PAR ROMÂNTICO
E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO
DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM RECUPERAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

2012

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade do Porto**

**Vinculação ao Terapeuta, Vinculação ao Par Romântico e
Bem-Estar Psicológico de Dependentes Químicos em Recuperação**

Túlia Maria Cunha Brandão

Junho 2012

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Paula Mena Matos (F.P.C.E.U.P.).

Resumo

Um modelo interno de vinculação seguro, providencia ao sujeito os alicerces necessários a uma boa saúde mental, funcionando como um fator protetor de futura psicopatologia. Inversamente, as vinculações inseguras com modelos negativos de si e dos outros e dificuldades na regulação intra e interpessoal poderão ser fatores de vulnerabilidade a futuros problemas psicológicos (Mikulincer & Shaver, 2007). O objetivo central desta investigação é o estudo das dimensões da vinculação ao terapeuta e da vinculação amorosa que poderão ser preditivas do bem-estar psicológico nos dependentes químicos em recuperação e, como tal, tornarem-se fatores protetores de uma possível recaída. Para este efeito utilizamos uma abordagem quantitativa recorrendo a uma amostra composta de 216 participantes que se encontram em recuperação por períodos que variam entre 1 mês e 20 anos ($M = 73.49$ meses, $DP = 65.33$), desde o seu último internamento e foram seguidos, por um terapeuta por períodos que oscilam entre 1 mês e 36 meses ($M = 4.86$ meses, $DP = 3.419$). A vinculação ao terapeuta foi medida pela escala C.A.T.S. - Client Attachment to Therapist Scale (Mallinckrodt, Gantt, Coble, 1995, traduzida e adaptada por Brandão, Carvalho & Matos, 2011) a vinculação amorosa avaliada pelo Questionário de Vinculação Amorosa (Matos, & Costa, 2001) e o bem estar psicológico avaliado pela escala de Bem-Estar Psicológico, versão reduzida (Monteiro, 2010, Ryff, 1989^a, traduzida e adaptada por Novo, Neto, Santo, 2006). Os resultados sugerem que a vinculação ao terapeuta e a vinculação amorosa se encontram associadas ao bem-estar psicológico nos dependentes químicos em recuperação, nomeadamente nas dimensões crescimento pessoal, aceitação de si, autonomia e relações positivas. Foram também encontradas associações entre a vinculação ao terapeuta e a vinculação amorosa e associações entre a vinculação amorosa, o sexo e a relação amorosa. Constatou-se, ainda, que a idade, relação amorosa, tempo de relação amorosa, idade de início dos consumos, duração dos consumos, tempo de recuperação, idade de entrada de recuperação e apoio pós tratamento estão também associadas com as dimensões do bem-estar acima mencionadas.

Palavras-Chave: Bem-Estar Psicológico; Vinculação ao Terapeuta; Vinculação amorosa; Dependentes Químicos em recuperação

Abstract

A secure internal working model provides the subject the necessary foundations for a good mental health, working as protective factor for future psychopathology. On the other hand, the insecure patterns of attachment with negative models of self and others and difficulties in regulating intra and interpersonal relationships may suggest future vulnerability to psychological problems (Mikulincer & Shaver, 2007). The main aim of this research is to study attachment patterns of client attachment to therapist, romantic attachment and if they are predictive of psychological well-being in recovered substance abusers, becoming protective factors of relapse. For that purpose, we used a quantitative approach, through a sample with 216 participants recovered from substance abuse for periods that varied from 1 month to 20 years ($M = 77.51$ months, $SD = 86.20$) since they last treatment in a therapeutic community. Client attachment to therapist was assessed with C.A.T.S. - Client Attachment to Therapist Scale (Mallinckrodt, Gantt, Coble, 1995, translated and adapted by Brandão, Carvalho & Matos, 2011), romantic attachment was assessed with Romantic Attachment Questionnaire (Matos, & Costa, 2001) and psychological well-being was assessed with a brief version of Psychological Well-being Scale (Monteiro, 2010, Ryff, 1989, translated and adapted by Novo, Marcelino e Santo, 2006). The findings underline that client attachment to therapist and romantic attachment are associated with psychological well-being in recovered substance abusers, namely in the dimensions of personal growth, self-acceptance, autonomy and positive relations with others. Were also found associations between client attachment to therapist and romantic attachment and associations between the romantic attachment, sex and the romantic relationship. It was found also, that age, romantic relationship, time in a romantic relationship, age at onset of consumption, duration of consumption, recovery time, age of recovery and support after treatment were also associated to the dimensions of psychological well-being.

Key-Words: Psychological Well-being; Client attachment to therapist; Romantic attachment; Recovered Substance Abusers

Resumé

Un modèle interne d'un attachement sécurisant, fournit au sujet les fondements nécessaires à une bonne santé mentale, fonctionnant comme un facteur de protection pour l'avenir de la psychopathologie. À l'inverse, les attachements instables avec des modèles négatifs de soi et des autres et des difficultés dans la régulation intra et inter personnel peuvent être facteurs de vulnérabilité pour avoir des futurs problèmes psychologiques (Mikulincer & Shaver, 2007). Le but général de cet investigation est l'étude des dimensions du attachement au psychothérapeute et l'attachement romantique qui peuvent être des facteurs prédictifs du bien-être psychologique chez les dépendants chimiques récupérés et, en tant que telle, deviennent des facteurs de protection d'une rechute. A cet effet, nous utilisons une approche quantitative en utilisant un échantillon de 216 participants qui sont de récupération pour de périodes allant de 1 mois à 883 mois ($M = 77.51$, $DP = 86.20$) depuis son dernière internement et ils ont été suivis par un thérapeute pour des périodes allant de 1 mois à 36 mois ($M = 4.86$, $DP = 3.419$). L'attachement au psychothérapeute a été mesurée avec C.A.T.S. - Client Attachment to Therapist Scale (Mallinckrodt, Gantt, Coble, 1995, traduit et adapté par Brandão, Carvalho & Matos, 2011). L'attachement romantique a été mesuré avec Romantique Attachement Questionnaire (Matos & Costa, 2001) et bien-être psychologique avec le Bien-Être Psychologique Questionnaire version réduite (Monteiro, 2010, Ryff, 1989^a traduit et adapté par Novo, Neto, Santo, 2006). Les résultats indiquent que l'attachement au psychothérapeute et l'attachement romantique sont associés au bien-être psychologique chez les dépendants chimiques récupérés en ce qui concerne les dimensions de l'épanouissement personnel, L'acceptation de soi, l'autonomie et les relations positives. Nous avons aussi trouvé des associations entre l'attachement au psychothérapeute et des associations entre l'attachement romantique le sexe et la relation amoureuse. Il a été constaté également que l'âge, relation, temps de relation, l'âge de début de la consommation, , la durée de la consommation, le temps de récupération, d'âge de d'entrée et le support après le traitement sont également associés à des dimensions du bien-être au-dessus.

Mots-Clés: Bien-Être Psychologique; Attachement au Psychothérapeute; Romantique Attachement; Dépend Chimiques en Récupération

Índice

Introdução.....	1
Capítulo I: Enquadramento Conceptual	2
1. Dependência química - definições e conceitos básicos.....	3
1.1. Droga e dependência	3
1.2. Abstinência e recuperação	4
2. Vinculação.....	5
2.1. Vinculação no adulto.....	5
2.2. Vinculação em dependentes químicos.....	6
2.3. Vinculação em contexto de internamento comunitário	8
2.4. Vinculação ao terapeuta e vinculação amorosa.....	10
3. Bem-Estar Psicológico	12
3.1. A proposta de Carol Ryff.....	12
3.2. Bem-estar psicológico em dependentes químicos	14
3.3. Bem-Estar Psicológico e Vinculação	14
Capítulo II – Estudo Empírico.....	16
1. Método.....	17
1.1. Objetivos e hipóteses	17
1.2. Participantes	18
1.3. Procedimento.....	19
1.4. Instrumentos	19
1.4.1. Client Attachment to Therapist Scale - CATS	20
1.4.1.1. Adaptação e Validação da Versão Portuguesa do CATS.....	21
1.4.1.2. Análise fatorial Confirmatória e Análise da Consistência Interna	21
1.4.2. Vinculação Amorosa – Q.V.A.....	24
1.4.2.1. Análise Fatorial Confirmatória.....	24

1.4.2.2. Consistência Interna e Correlações Inter-Item	25
1.4.3. Bem-Estar Psicológico – B.E.P.	25
1.4.3.1. Análise Fatorial dos Eixos Principais.....	26
1.4.3.2. Consistência Interna	27
1.4.3.3. Análise Fatorial Confirmatória.....	27
2. Resultados.....	28
2.1. Análises Diferenciais.....	29
2.1.1- QVA, CATS, BEP e Sexo.....	29
2.1.2. QVA, CATS, BEP e Relação Amorosa.....	29
2.1.3. BEP e o Apoio Pós-Tratamento.....	30
2.2. Análises Correlacionais	31
2.2.1. BEP e CATS.....	31
2.2.2. BEP e QVA	31
2.1.3. QVA e CATS	32
2.3. Regressão Múltipla Hierárquica	33
3. Discussão dos Resultados.....	36
4. Considerações Finais	42
Referências Bibliográficas.....	44
ANEXOS.....	49

Introdução

A compreensão dos comportamentos aditivos, nomeadamente dos consumidores de drogas “duras” como a heroína e a cocaína, tem sido alvo dos mais diversificados estudos ao longo das últimas décadas. No entanto verificamos a quase total inexistência de investigação em Portugal que se debruce sobre os dependentes químicos em recuperação (Mendes & Manita, 2006).

A escolha da teoria da vinculação prende-se com o facto do presente estudo ter por objetivo uma melhor compreensão da experiência relacional do cliente com o terapeuta e das dinâmicas emergentes entre um contexto relacional passado significativo, as relações atuais e o seu bem-estar psicológico. Este enquadramento parece-nos particularmente relevante, pois poderá ser promotor de uma reflexão sobre a prática clínica, da importância da vinculação terapêutica na recuperação dos comportamentos aditivos e a sua influência no bem-estar psicológico. Este é um conceito relativamente abrangente que se reporta a uma condição satisfatória de existência, um estado caracterizado por saúde, felicidade e prosperidade. O bem-estar psicológico é frequentemente utilizado alternadamente com saúde mental, referindo-se a um funcionamento com níveis elevados de ajustamento emocional, comportamental e não apenas a ausência de doença (Reber & Reber, 2001).

Paralelamente, e apesar do estudo do bem-estar psicológico ter atraído o interesse dos investigadores, a maioria dos estudos foi efetuado com amostras não clínicas e não temos conhecimento da existência de estudos com dependentes químicos em recuperação, pelo que se torna pertinente o estudo deste constructo e a sua relação com a vinculação, nomeadamente a vinculação ao terapeuta e a vinculação amorosa.

Em síntese, este trabalho pretende estudar em que medida a vinculação ao terapeuta, designadamente, as dimensões da relação terapêutica (seguro, evitante/amedrontado, preocupado/ambivalente), e a vinculação amorosa, poderão estar associadas ao bem-estar psicológico em dependentes químicos em recuperação.

Capitulo I: Enquadramento Conceptual

1. Dependência química - definições e conceitos básicos

1.1. Droga e dependência

Podemos encontrar ao longo da história as mais variadas definições para a palavra droga. Segundo Fernandes (1990) esta palavra não tem sempre o mesmo significado e vai depender em muito conforme a perspectiva ou grelha de leitura utilizada. Neste trabalho optamos pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define droga como “toda a substância que, pela sua natureza química, afeta a estrutura e funcionamento do organismo”.

O conceito de dependência é também polémico e o consenso entre investigadores é inexistente (Fonte, 2006). Milby (1981) defende que a dependência de drogas é um estado mental e físico resultante da interação de um organismo vivo e uma droga que se caracteriza por um comportamento compulsivo para consumir a droga com o intuito de experimentar os seus efeitos psíquicos e, por vezes, de evitar o mal-estar provocado pela abstinência da mesma.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV- TR) enumera os critérios necessários para se considerar que o sujeito é dependente de uma substância o que implica um padrão desadaptativo da sua utilização e provoca um défice ou sofrimento clinicamente significativo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a dependência é um estado de necessidade física e/ou psíquica de uma ou mais drogas, resultante do seu uso contínuo ou periódico.

O modelo biopsicossocial é na atualidade a posição que reúne mais consenso no meio científico. Este modelo defende que a toxicod dependência é multifatorial, englobando fatores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares, socioculturais e políticos (Torres, 2003).

A população com a qual se pretende colaborar no presente estudo será composta por indivíduos com percursos desadaptativos de consumos de drogas em que o internamento foi o culminar de várias tentativas de colocar termo aos consumos

continuados de drogas “duras”¹, encontrando-se em recuperação e reinseridos em sociedade.

1.2. Abstinência e recuperação

Os dependentes de drogas de modo geral têm períodos de abstinência dos seus consumos pelas mais diversas razões, seja por pressão familiar, por falta de dinheiro, por motivo de grave saúde ou por encarceramento. De qualquer das formas, a pressão social para parar com os consumos é generalizada e as consequências da dependência acabam, eventualmente, por se fazer sentir em todas as áreas da vida do sujeito, “obrigando-o” a procurar apoio psicológico e posteriormente um possível internamento em comunidade terapêutica, onde se dará início a um processo terapêutico. Considera-se em recuperação, para efeito deste estudo, o indivíduo que consegue não só manter-se abstinente, mas que consegue fazer uma reintegração a todos os níveis desde o familiar ao socioprofissional.

As abordagens de intervenção que se debruçam sobre estudo dos fatores comuns em psicoterapia, têm chamado a atenção para os processos de mudança terapêutica, nomeadamente para a relação terapêutica (Matos, 2011). Greenberg (2001, citado em Matos, 2011) defende como cruciais para a mudança, a relação terapêutica, a tomada de consciência e a criação de novas experiências. Segundo Parish e Eagle (2003) existe um consenso generalizado de que a mudança terapêutica não se baseia apenas em fatores cognitivos (consciência e *insight*), mas também na natureza da relação entre o cliente e o terapeuta.

Uma das formas de entender a relação terapêutica é a de que o terapeuta funciona como figura de vinculação para o cliente, servindo de “base segura” a partir da qual o cliente explora o seu mundo interior (Bowlby, 1988). Apesar da evidente importância da vinculação para o entendimento da relação terapêutica, ainda existe pouca pesquisa empírica sobre o terapeuta como figura de vinculação e o seu papel na mudança terapêutica, nomeadamente na recuperação dos dependentes químicos.

A necessidade de melhor compreender e sistematizar alguns destes aspetos relativos ao processo terapêutico, nomeadamente a importância da vinculação na relação terapêutica e no sucesso do tratamento torna-se pois premente.

¹ Apesar de um modo geral ser considerado drogas “duras” a cocaína, os opiáceos (morfina e heroína), o álcool e as anfetaminas, consideramos que todas as drogas podem tornar-se “duras” quando a sua utilização implica um padrão desadaptativo de consumo com sofrimento significativo.

² Este procedimento consiste na agregação num mesmo indicador da média de 2 ou mais itens (Little, Cunningham, Shahar, & Widaman, 4

2. Vinculação

2.1. Vinculação no adulto

Pensa-se que as experiências precoces de vinculação serão interiorizadas pela criança, afetando o desenvolvimento do seu conceito de *self* e as suas expectativas na relação com os outros (Bretherton, 1990). Os modelos internos dinâmicos da criança relativamente a si própria envolvem crenças sobre se ela é digna de cuidados e ajuda dos outros *versus* indigna de ajuda e conforto. Os modelos internos dinâmicos da criança em relação aos outros envolvem expectativas generalizadas de que os cuidadores vão ser responsivos e apoiantes *versus* insensíveis, indiferentes.

Designa-se modelo interno *dinâmico* porque as representações internas da infância podem ser revistas conforme se vão encontrando novas vinculações. Contudo, os modelos dinâmicos de vinculação tornam-se gradualmente mais resistentes à mudança com o decorrer do desenvolvimento, porque novas informações que não encaixem nas estruturas existentes são difíceis de processar e tendem a ser defensivamente excluídas (Bowlby 1969, 1973; Bretherton, 1985).

Mikulincer e Shaver (2007) descreveram quatro características essenciais dos laços de vinculação. Os três primeiros baseiam-se nas funções da figura de vinculação, especificamente, como (i) alvo da *procura de proximidade*; (ii) um *refúgio seguro* que proporciona conforto e consolo quando a criança se sente ameaçada, doente ou ferida; (iii) e uma *base segura* para providenciar segurança suficiente para que a criança se liberte da ansiedade para poder explorar e experimentar outras atividades que favoreçam o seu crescimento. A quarta característica é a experiência da *ansiedade de separação* pela criança, quando lhe parece que a figura de vinculação não se encontra disponível. Estes quatro elementos são cruciais para que se criem na infância laços de vinculação saudáveis que vão ter o seu corolário nas relações de vinculação na idade adulta. Uma quinta característica essencial dos laços de vinculação na infância refere-se à consideração da figura de vinculação como uma *figura forte e sábia*, mas que não é essencial na idade adulta. No entanto gostaria de salientar que o caráter específico da população em estudo (dependentes químicos) e a relação de vinculação ao terapeuta contraria esta afirmação, pois nesta situação específica o terapeuta continua a ser visto como uma figura mais “forte” e mais sábia, a quem poderá recorrer em caso de dificuldade para lidar com os seus problemas.

No seguimento de Bowlby, muitos estudiosos contemporâneos argumentaram que cada um destes cinco elementos tem paralelo na relação psicoterapêutica (Obegi & Berant, 2009).

Mikulincer e Shaver (2007) sistematizam as imensas pesquisas, estudos empíricos e literatura existentes sobre o sistema de vinculação nos adultos e propõem um modelo. Estes autores dividem o sistema de vinculação em três módulos: o primeiro módulo versa sobre a monitorização e avaliação de situações consideradas ameaçadoras e é responsável pela ativação do sistema de vinculação que conseqüentemente leva à procura das figuras de vinculação (internas ou externas); o segundo módulo diz respeito à avaliação da disponibilidade, responsividade e sensibilidade da figura de vinculação. Quando esta corresponde às expectativas são experienciados pelo sujeito sentimentos positivos de segurança e alívio que lhe irão permitir o retorno às suas atividades. O terceiro módulo explicita o que sucede quando a figura de vinculação é sentida como indisponível. Nesta situação poderão ocorrer duas situações: intensificação dos esforços de procura de conforto e proximidade à figura de vinculação (*hiperativação* do sistema de vinculação) ou *desativação* do sistema de vinculação com a supressão dos pensamentos de vulnerabilidade e a confiança é redirecionada para si próprio.

2.2. Vinculação em dependentes químicos

Bartholomew (1991) combinou o modelo de *self* e o modelo do outro, descritos por Bowlby, de forma a organizar os vários padrões de vinculação do adulto. Esta autora propõe a dicotomização da imagem abstrata que temos do *self* (positiva – digno de ser amado ou negativa – indigno de ser amado) e a imagem abstrata do outro (positiva – outro percebido como disponível e confiável ou negativa – outro rejeitante e não confiável).

Da combinação destas duas dimensões derivam então quatro padrões de vinculação no adulto: (i) *seguro* (imagem positiva de si próprio e do outro); (ii) *preocupado* (imagem negativa de si e positiva do outro); (iii) *desinvestido* (imagem positiva de si e negativa do outro); (iv) *amedrontado* (imagem negativa de si e do outro).

Um modelo interno de vinculação seguro providencia ao sujeito os alicerces necessários a uma boa saúde mental, funcionando como um fator protetor de futura psicopatologia. Inversamente, nas vinculações inseguras com modelos negativos de si e dos outros e dificuldades na regulação intra e interpessoal surgem fatores de

vulnerabilidade a futuros problemas psicológicos (Mikulincer & Shaver, 2007). A investigação relativa à vinculação no adulto debruçou-se sobre a possível relação entre uma vinculação insegura e possíveis transtornos da conduta, desajustamento social e abuso de substâncias. Bowlby (1944), no estudo *Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life*, sobre a delinquência juvenil., concluiu que experiências dolorosas e frustrantes com os pais resultavam naquilo que chamou caráter “sem afeto” (“*affectionless*”), marcado pela desconfiança e hostilidade para com os pais e outros cuidadores. A vinculação insegura, por sua vez, pode levar a condutas desordeiras, socialmente desviantes ou a comportamentos criminais.

Hazan e Shaver (1994) estudaram os pensamentos, sentimentos e comportamentos de adultos com diferentes estilos de vinculação amorosa. Eles definiram que os adultos com um estilo de vinculação seguro tendem, em momentos de dificuldade, a sentir confiança na disponibilidade das pessoas significativas, conforto com a proximidade e interdependência. O estilo de vinculação evitante é marcado pela insegurança em relação à responsividade do outro e uma tendência para o distanciamento emocional. O estilo ansioso-ambivalente pauta-se por insegurança em relação à responsividade do outro e adicionalmente um forte desejo de intimidade e um medo elevado do abandono.

Mickelson, Kessler e Shaver (1997) utilizaram a medida de autoavaliação de Hazan e Shaver numa amostra representativa da população americana (N = 8098) de adolescentes e adultos. A prevalência de patologia psiquiátrica incluindo desordens de abuso de substâncias foi avaliada pelos critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM – IV), com base no *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Concluíram que as desordens psiquiátricas estão correlacionadas com uma vinculação evitante e ansiosa e que as desordens de abuso de substâncias foram as únicas que se apresentaram fortemente correlacionadas com a vinculação evitante. O estudo efetuado por Cooper, Shaver e Collins (1998) vai no mesmo sentido: os consumos mais “pesados” estão relacionados com uma vinculação insegura, especialmente a evitante. Os mesmos são vistos como parte de um padrão mais amplo de comportamentos problemáticos que, por sua vez, são entendidos como uma tentativa de lidar com a angústia.

Os estudos concluíram que quer o padrão de vinculação ambivalente quer o evitante poderá eventualmente ser um fator de risco conducente ao abuso de substâncias. Os

consumos de álcool ou drogas são uma forma destrutiva de os sujeitos acalmarem, enfrentarem ou mesmo evitarem emoções dolorosas. (Mikulincer & Shaver, 2007).

Esta função defensiva dos consumos abusivos de substâncias tem sido extensivamente documentada na investigação em Psicologia (Hull, Young, & Jouriles, 1986). São exemplos os estudos de Andersson e Eiseman (2004) e de Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, Kustner, e Eckert (2005) que pediram a pacientes dependentes químicos e a um grupo de controlo saudável para preencherem uma escala de autoavaliação, tendo concluído que no grupo de dependentes químicos existiam em média mais participantes classificados como evitantes e ambivalentes. Por sua vez Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, e Weizman (2003) aplicaram a um grupo de homens com um longo historial de abuso de substâncias o questionário dos estilos de vinculação de Hazan e Shaver (1987) e concluíram que a maioria dos participantes possuía padrões inseguros (73%), na sua maioria do tipo evitante.

Na revisão bibliográfica que efetuamos os estudos com dependentes químicos em recuperação e reinseridos na sociedade são escassos ou mesmo quase inexistentes e os que existem são efetuados com os participantes ainda em contexto de internamento comunitário.

2.3. Vinculação em contexto de internamento comunitário

O contexto de internamento pode providenciar um espaço único e especial onde as relações interpessoais assumem um papel de extrema relevância na recuperação dos dependentes químicos.

Segundo Mikulincer e Shaver (2007), a perspetiva da teoria da vinculação no estudo da intervenção com clientes com psicopatologia, em regime de internamento, é importante para um melhor entendimento da sua eficácia. Schuengel e Van IJzendoorn (2001) identificaram três argumentos para justificarem a importância da vinculação para o processo terapêutico: (i) os pacientes trazem consigo para o tratamento as representações mentais das suas relações (passadas e presentes); (ii) a vinculação é importante para o estabelecimento e manutenção da aliança terapêutica; (iii) o resultado do tratamento pode estar relacionado com a vinculação, ou seja, as experiências relacionais em tratamento podem alterar as representações internas de vinculação e em consequência os seus comportamentos no futuro.

Caspers, Yucuis, Troutman e Spinks (2006) defendem que o tratamento deverá ter em consideração a vinculação dos pacientes de forma a promover uma recuperação de maior sucesso. Hofler and Kooyman (1996) entendem o processo de reabilitação dos consumos de drogas como um processo de vinculação. Sugerem que, após a desintoxicação, os consumidores de drogas precisam de desistir da sua “vinculação” às drogas e estabelecer uma “base segura” que lhes permita lidar com o stress envolvido na sua entrada em recuperação.

Maier (1987, citado em Mikulincer & Shaver, 2007) , a partir de um estudo com adolescentes em tratamento, considerou que os internamentos envolvem experiências emocionais corretivas que advêm do relacionamento dos utentes com os membros da equipa, em que estes se tornam em porto seguro e base segura para os adolescentes que se viram, no passado, privados de apoio emocional, foram negligenciados ou abusados. Nestas condições os adolescentes estabeleceram, em muitos casos pela primeira vez, laços de vinculação segura, o que lhes permitiu reconstruir os seus modelos internos dinâmicos de vinculação e colocar em prática padrões mais adaptativos de relacionamento com os outros.

A teoria da vinculação é, segundo Maier (1987, *ibidem*), de extrema relevância no contexto de internamento tendo em consideração que a grande maioria dos adolescentes institucionalizados têm na sua história de vida experiências de vinculação adversas ou frustrantes e chegam a tratamento com modelos internos dinâmicos de vinculação muito inseguros. No sentido de providenciar resultados mais sistematizados sobre os efeitos terapêuticos da utilização dos membros da equipa como base segura, Gur (2006, citado em Mikulincer & Shaver, 2007) conduziu um estudo prospetivo que se debruçou sobre o curso dos problemas emocionais e comportamentais de 131 adolescentes considerados de alto risco. Os resultados confirmaram a já estabelecida relação entre as vinculações inseguras e os problemas de adaptação no início do internamento. No entanto, este facto não interferiu forçosamente com a subsequentemente percepção dos membros da equipa como fontes de segurança.

Apesar dos estudos acima citados incidirem sobre uma população de adolescentes, consideramos pertinente a sua análise, pois estes contribuem para uma melhor compreensão da problemática abordada neste trabalho, tentando perceber até que ponto estas experiências, nomeadamente a qualidade da vinculação ao terapeuta, foram precursoras de bem-estar psicológico.

2.4. Vinculação ao terapeuta e vinculação amorosa

Investigações efetuadas sugerem que a relação psicoterapêutica poderá exibir os elementos essenciais dos laços de vinculação identificados por Mikulincer e Shaver, nomeadamente: (i) perspetivar o terapeuta como figura mais forte e sábia; (ii) procurar proximidade através de ligação emocional e consultas regulares; (iii) confiar no terapeuta como porto seguro quando se sentem ameaçados; (iv) sentir segurança na relação com o terapeuta que serve de base segura para a exploração; e (v) experienciar ansiedade de separação quando antecipam a perda do terapeuta (Mallinckrodt, 2010). Estes cinco elementos essenciais das relações de vinculação estão patentes nos itens do instrumento *Client Attachment to Therapist Scale* (CATS; Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995). Um painel de terapeutas experientes gerou um conjunto de 100 itens iniciais que foram reduzidos através de critérios empíricos a um grupo de 36 itens. Segundo o estudo de Mallinckrodt, Porter e Kivlighan (2005), com adultos em terapia, a vinculação segura ao terapeuta está estreitamente relacionada com a aliança terapêutica e é preditora de exploração nas terapias. A vinculação insegura no adulto está associada com a vinculação insegura ao terapeuta.

Investigadores que utilizaram o CATS para estudar a relação entre a vinculação do cliente ao terapeuta e a aliança terapêutica, consistentemente encontraram que a vinculação segura ao terapeuta está positivamente correlacionada com a aliança terapêutica (Mallinckrodt, Coble, & Gantt, 1995; Mallinckrodt, Porter, & Kivlighan, 2005; Romano, Fitzpatrick, & Janzen, 2008).

Um estudo de Sauer, Anderson, Gormley, Richmond e Preacco (2010), com 97 adultos em psicoterapia, indicou que uma aliança terapêutica elevada e uma vinculação segura ao terapeuta estavam significativamente relacionadas com elevada redução do stresse do cliente ao longo do tempo de terapia. Paralelamente os resultados indicaram que níveis elevados de vinculação ansiosa ao par romântico, no adulto, estavam significativamente associados a níveis elevados de stresse no início da terapia.

Na idade adulta o companheiro amoroso será por excelência a figura de vinculação mais importante na hierarquia de vinculação do indivíduo (Matos, Barbosa, & Costa, 2001) e como tal, a vinculação amorosa tem sido amplamente utilizada nas investigações para a avaliação da vinculação na idade adulta.

Skourteli e Lennie (2011) estudaram a relação entre a vinculação nas relações íntimas e a vinculação ao terapeuta em clientes que frequentavam sessões de psicoterapia. A análise quantitativa sugere que a vinculação poderá ser ativada no contexto da relação terapêutica e que a “necessidade de aprovação” está significativamente correlacionada com a vinculação evitante/amedrontada e com a preocupada/ambivalente da vinculação ao terapeuta; a dimensão “preocupação com as relações” está positivamente correlacionada com uma vinculação ao terapeuta, preocupado/ambivalente.

Thorberg e Lyvers (2006) estudaram a relação entre a vinculação, o medo da intimidade e a diferenciação do *self* em dependentes químicos em tratamento e concluíram que os mesmos apresentavam elevados níveis de vinculação insegura, medo da intimidade e baixos níveis de vinculação segura e diferenciação do self quando comparado com o grupo de controlo.

Torres, Sanches e Neto (2004) investigaram a relação entre a vinculação romântica e a adição a drogas em dependentes químicos em tratamento comunitário e concluíram que os mesmos apresentavam uma vinculação romântica mais insegura (preocupada, evitante e amedrontado) que o grupo de controlo de estudantes.

O estudo de Dumas, Blasey e Mitchell (2006) examinou a relação entre a vinculação no adulto, o stress emocional e os problemas interpessoais em pacientes dependentes químicos e alcoólicos de um programa de ambulatório. Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes apresentava estilos de vinculação preocupada e amedrontada e que estes reportam mais problemas interpessoais, níveis de ansiedade e depressão mais elevados que os pacientes com estilos de vinculação segura e desinvestida. Para efeito deste estudo foi utilizado o *Relationship Questionnaire* de Bartholomew e Horowitz, 1991.

O estudo da vinculação nos dependentes químicos em recuperação, assume especial relevância neste trabalho, pois poderá estar relacionada com o bem-estar e por consequência ser um fator de proteção de uma possível recaída.

3. Bem-Estar Psicológico

3.1. A proposta de Carol Ryff

Sendo que a população em estudo se encontra recuperada de um grave problema que afetou as suas vidas e o seu desenvolvimento, pensamos ser pertinente a utilização do constructo do bem-estar psicológico como forma de se poder avaliar de que forma o mesmo se relaciona com a vinculação ao terapeuta e a vinculação amorosa.

A revisão da literatura efetuada permitiu-nos constatar que o Bem-Estar é um constructo rodeado de alguma polémica, com um corpo de literatura pouco coeso, coexistindo com uma diversidade admirável de abordagens que investigam e conceptualizam este constructo (Ryan & Deci, 2001; Ryff & Singer, 1998). Optámos pela proposta de Carol Ryff (1989b), uma das investigadoras mais conceituadas no tema do bem-estar e que apresenta o constructo do bem-estar psicológico (BEP) com fundamento numa visão eudemónica. Esta palavra de origem grega é muitas vezes utilizada como sinónimo de felicidade. Neste contexto a palavra eudemónica é definida como a luta na direção da excelência e perfeição e que proporciona direção e significado à vida. Na visão de Aristóteles, eudemónica significa “o maior de todos os bens, que se traduz em realização do verdadeiro potencial da pessoa”(Ryff, 1989b).

Ryff (1989b) apoia-se nas visões da psicologia clínica, da saúde mental e na perspetiva desenvolvimental e sugere uma definição de bem-estar psicológico que operacionaliza em seis dimensões:

- (i) *Aceitação de si* - definida como sendo central na saúde mental, assim como uma característica da auto atualização, do funcionamento ótimo e de maturidade. Manter uma atitude interior positiva emerge como uma característica central do funcionamento psicológico positivo;
- (ii) *Relação positiva com os outros* – Esta é uma temática valorizada em muitas das propostas de concetualização do bem-estar psicológico, que destacam a importância de se conseguir manter relações interpessoais calorosas e de confiança. A capacidade de amar é também vista como um componente central da saúde mental. Um relacionamento caloroso com os outros é colocado como um dos critérios de maturidade. As teorias do desenvolvimento do adulto, também enfatizam a intimidade e a generatividade. A

importância de se ter relações positivas com outros é pois salientada nestas concepções de bem-estar psicológico;

(iii) *Autonomia* – De um modo geral a literatura salienta as qualidades como a autodeterminação, a independência e regulação interna do comportamento. Indivíduos com capacidade de auto atualização são caracterizados pelo seu funcionamento autônomo e a sua resistência à aculturação;

(iv) *Domínio do meio* – A habilidade do indivíduo de escolher ou criar um ambiente que se coadune com a sua condição psíquica é considerada uma característica de saúde mental. Participar na esfera exterior ao *self* é considerada uma das características da maturidade. As teorias desenvolvimentais também descrevem o domínio do meio como a habilidade de manipular e controlar ambientes complexos. Estas teorias enfatizam a habilidade de se avançar no mundo e modificá-lo criativamente através de atividade física ou mental e sugerem que a participação ativa no ambiente e domínio do mesmo são importantes para um enquadramento integrado de um funcionamento psicológico positivo;

(v) *Objetivos na vida* – A definição de saúde mental inclui o conceito de que existe um propósito e significado na vida do sujeito. A definição de maturidade também enfatiza a compreensão clara da finalidade de vida e um sentido de direção e intencionalidade. As teorias desenvolvimentais referem variadas mudanças de propósito ou objetivos na vida, assim como ser produtivo, criativo e atingir uma integração emocional na idade adulta;

(vi) *Crescimento pessoal* – O funcionamento psicológico ótimo requer não apenas o que se realiza, mas também o que se continua a desenvolver do potencial do indivíduo, crescendo e expandindo-se como pessoa. A necessidade de atualização do *self* e a realização das potencialidades é central nas perspectivas clínicas de crescimento pessoal. A abertura à experiência, por exemplo, é uma característica chave para um funcionamento completo. As teorias do ciclo de vida dão ênfase particular ao crescimento continuado e ao confronto com novos desafios ou tarefas em diferentes períodos da vida.

Em paralelo à construção teórica, Ryff (1989b) desenvolveu a medida de Bem-Estar Psicológico, um instrumento multidimensional que propõe avaliar as seis dimensões nucleares acima descritas, relacionando as mesmas com indicadores de saúde física e emocional (Ryff & Singer, 2002). As dimensões aceitação de si, o domínio do meio e os objetivos de vida estão fortemente associados à satisfação com a vida (Ryff, 1989b). Os estudos demonstram, ainda, uma clara tendência para que os sujeitos com elevados níveis de bem-estar se envolvam em atividades positivas, que tenham uma visão positiva de si

próprios e um sentido de controlo e competência elevados. Uma das limitações destas investigações é que foram estudadas apenas as populações saudáveis sem psicopatologia identificável (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Schmutte & Ryff, 1997) .

3.2. Bem-estar psicológico em dependentes químicos

O constructo do bem-estar psicológico tem sido estudado em dependentes químicos de forma a avaliar o impacto do bem-estar psicológico na recuperação dos mesmos. Klag, Creed e O'Callaghan (2010) estudaram o bem-estar psicológico em dependentes químicos em tratamento e a sua relação com o envolvimento no processo terapêutico e os resultados indicam que apesar de no início de tratamento este fator não ser muito relevante, posteriormente ganha peso na manutenção de recuperação. Até ao momento poucos estudos se têm debruçado sobre este tema, apesar de as evidências sugerirem que o bem-estar poderá ter um papel importante na manutenção da recuperação do abuso de substâncias. Por exemplo, os dependentes químicos têm menores níveis de bem-estar psicológico quando comparados com a população que não consome substâncias (Newcomb & Harlow, 1986; Tuicomee & Romano, 2005). Um estudo conduzido por Tait, Hulse, Robertson e Sprivulis, (2005) com um grupo de adolescentes consumidores de drogas que se encontravam em ambulatório, verificou existir um aumento do bem-estar psicológico com o decorrer do tratamento e que este estava correlacionado com uma diminuição dos consumos de drogas.

3.3. Bem-Estar Psicológico e Vinculação

A relação entre o bem-estar e a vinculação tem sido bastante estudada ao longo dos anos e independentemente do método utilizado, os resultados indicam que uma maior segurança na vinculação está associada com um maior bem-estar e com relacionamentos mais satisfatórios (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000)

La Guardia, Ryan, Couchman, e Deci (2000) estudaram esta relação em 136 estudantes universitários e concluíram que o preenchimento das necessidades básicas de autonomia, competência e relacionamento é predito pela vinculação segura, pelo modelo do *self* e o modelo do outro

Moore e Leung (2002) estudaram a relação entre o bem-estar e a vinculação amorosa em 461 estudantes do liceu e concluíram que a vinculação romântica está fortemente associada com o bem-estar.

Leak e Cooney (2001) realizaram um estudo com 209 estudantes universitários que completaram medidas de avaliação da vinculação romântica e do bem-estar e concluíram que a vinculação segura ao companheiro amoroso está positivamente associado ao bem-estar.

Em conclusão, o estudo do bem-estar psicológico tem atraído o interesse dos psicólogos, contudo a maioria dos estudos deste constructo foi efetuado com amostras não clínicas e não temos conhecimento da existência de estudos com a população de dependentes químicos em recuperação.

Assim, e tendo em consideração este enquadramento teórico e a revisão empírica subjacente, parece-nos pertinente estudar a relação existente entre a vinculação ao terapeuta, a vinculação amorosa e o bem-estar psicológico.

Capitulo II – Estudo Empírico

1. Método

1.1. Objetivos e hipóteses

Esta investigação assume um carácter exploratório, dada a ausência ou raridade de estudos empíricos com este tipo de população específica. Um dos objetivos centrais desta investigação é estudar a vinculação ao terapeuta e a vinculação amorosa nos dependentes químicos em recuperação e em que medida estas se correlacionam com o bem-estar psicológico. Para o propósito deste trabalho, bem-estar psicológico é definido como o julgamento individual sobre a qualidade da sua vida (Ryff & Keyes, 1995) e poderá funcionar como um mecanismo de *coping* que medeia o stresse e aumenta a auto-eficácia, reduzindo assim as probabilidades de uma recaída (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Schmutte & Ryff, 1997).

Paralelamente pretende-se comparar a vinculação amorosa com a vinculação ao terapeuta com a finalidade de se identificar a existência de diferenças significativas entre estes dois tipos de vinculação. É também objetivo deste estudo perceber se a idade, sexo, relação amorosa, idade de início dos consumos, duração dos consumos, tempo de recuperação, idade de entrada de recuperação e o apoio pós tratamento, contribuem de alguma forma para o bem-estar psicológico, vinculação ao terapeuta e vinculação amorosa dos dependentes químicos em recuperação. Em simultâneo e uma vez que se optou por um instrumento que ainda não estava traduzido e adaptado (C.A.T.S. - Client Attachment to Therapist Scale, Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995), iremos testar a validade fatorial e consistência interna do instrumento, contribuindo assim para a sua adaptação e validação para a população portuguesa.

Tendo em consideração os objetivos, acima citados, foram formuladas as seguintes hipóteses, algumas das mesmas assumindo um carácter exploratório, dada, como já referimos, a ausência ou raridade de estudos empíricos que abarcam as variáveis consideradas.

(H1) Espera-se que dimensões da vinculação ao terapeuta se associem a dimensões do bem-estar psicológico.

(H2) Espera-se que dimensões da vinculação amorosa se associem a dimensões do bem-estar psicológico.

(H3) Espera-se que dimensões da vinculação ao terapeuta se associem a dimensões da vinculação amorosa.

Finalmente, embora não se estabeleçam hipóteses específicas, dada a ausência de consistência de resultados da revisão empírica serão efetuadas análises nas diferentes variáveis mencionadas em função do sexo, idade, relação amorosa, tempo de relação amorosa, idade de início dos consumos, duração dos consumos, tempo de recuperação, idade de entrada de recuperação e apoio pós tratamento.

Seguidamente serão apresentados os instrumentos e procedimentos utilizados no presente estudo empírico, precedidos da caracterização dos participantes.

1.2. Participantes

A amostra total é de 216 participantes (68.5% do sexo masculino, 31.5 do feminino), encontrando-se os mesmos em recuperação de um historial de abuso de substâncias. Os participantes trabalharam, em regime de internamento, com um terapeuta por períodos que oscilaram entre 1 mês e 36 meses ($M = 4.86$, $DP = 3.419$), encontram-se em recuperação, desde o seu último tratamento, por períodos que variam entre 1 mês e 20 anos ($M = 73.49$ meses, $DP = 65.33$), os consumos mantiveram-se por períodos que oscilaram entre 24 meses e 36 anos ($M = 203.27$ meses, $DP = 86.49$) e os participantes iniciaram os mesmos com idades compreendidas entre os 9 anos e os 57 anos ($M = 211$, $DP = 83.71$). No que diz respeito às substâncias utilizadas pelos participantes 64.4% ($n = 139$) consumiam heroína, 41% ($n = 89$) cocaína, 32,4 ($n = 70$) base de cocaína, 43.1 ($n = 93$) álcool, 5,1% ($n = 11$) LSD, 1,9 ($n = 4$) êxtase, 21,8% ($n = 47$) cannabis, 10,6 ($n = 23$) benzodiazepinas e 11,1% ($n = 24$) barbitúricos. De salientar que muitos destes consumos são cruzados, ou seja, os participantes consumiam mais de que uma substância. Quanto ao apoio pós tratamento, 80.1% ($n = 173$) frequentaram grupos de auto apoio, 48.1% ($n = 104$) frequentaram consultas privadas e 9.7% ($n = 21$) consultas públicas, sendo que estes apoios foram em alguns casos tidos em simultâneo. A idade dos participantes encontra-se compreendida entre os 18 e os 67 anos ($M = 41.12$, $DP = .466$); quanto ao estado civil, 30.6% ($n = 66$) são solteiros, 29.6% ($n = 64$) casados, 3.7% ($n = 8$) recasados, 18.1% ($n = 39$) divorciados, 2.8% viúvos ($n = 6$) e 15.3% ($n = 33$) em união de facto. Do total da amostra 125 (57.9%) encontram-se, atualmente, numa relação amorosa que varia de 1 mês

a 36 anos ($M = 90$, $DP = 92.8$), embora a maioria dos inquiridos já tenha estado envolvido numa relação amorosa séria.

1.3. Procedimento

Para o recrutamento dos participantes foram utilizados dois métodos. Inicialmente contactou-se sete Comunidades Terapêuticas Privadas, pedindo-lhes para divulgarem o nosso estudo nas suas instalações e destas, cinco concordaram em participar. Estas providenciaram-nos o contacto de antigos pacientes em recuperação, após consentimento dos mesmos, e foram marcadas reuniões de grupo nas comunidades terapêuticas. O segundo método de recrutamento utilizado foi o método bola de neve, via de acesso privilegiado, e reconhecidamente eficaz, quando se pretende aceder a populações “ocultas” de difícil acesso (Fernandes & Carvalho, 2000), recorrendo-se aos contactos cedidos pelos técnicos das comunidades terapêuticas recrutou-se os participantes que acederam participar neste estudo, por via telefónica e *email*. Dos 400 questionários distribuídos foram recolhidos 54% ($N = 216$), sendo assegurada aos participantes a confidencialidade dos dados recolhidos. Os dados foram recolhidos num período de 7 meses, de Julho de 2011 a Fevereiro de 2012.

1.4. Instrumentos

Relativamente aos instrumentos que sustentaram a recolha de dados, foram aplicados questionários de autorrelato. Deste modo, procedemos à construção de um Protocolo (anexo I) composto por três partes. A parte I é constituída por questões sócio-demográficas, incluindo algumas questões específicas, diretamente relacionadas com o historial de dependência química dos participantes, historial de tratamento e apoio após saída da comunidade. A parte II é constituída pela escala C.A.T.S. - Client Attachment to Therapist Scale (Mallinckrodt, Gantt, & Coble, 1995, traduzida e adaptada por Brandão, Carvalho & Matos, 2011) e o Questionário de Vinculação Amorosa (Matos, & Costa, 2001). A Parte III é constituída pela escala de Bem-Estar Psicológico, versão reduzida (Ryff, 1989^a traduzido e adaptada por Novo, Neto, Marcelino & Santo, 2006).

Para além da descrição dos instrumentos, iremos também, nesta secção, apresentar os resultados das análises efetuadas para testar a estrutura fatorial e a consistência interna

dos instrumentos. Para esse efeito, procedeu-se a uma pré-análise dos dados que implicou a exclusão de 16 questionários, anterior à análise dos dados, que continham informação incompleta, respostas ao acaso ou se constituíam enquanto *outliers* evidentes.

Procedeu-se também a uma limpeza da base de dados, no sentido de identificar erros na inserção de itens que pudessem condicionar *à posteriori* a leitura dos resultados. No sentido de proceder ao estudo da validade dos instrumentos, foram realizadas análises fatoriais confirmatórias (AFC) e uma análise fatorial dos eixos principais. Adicionalmente, a análise das comunalidades dos itens permitiu-nos constatar que o número total de questionários (N = 216) é suficiente para se proceder à análise da validade fatorial dos instrumentos (MacCallum, Widaman, Zhang, & Hong, 1999). No sentido de aceder à fidelidade dos instrumentos, foram calculados dois índices de consistência interna, o *alpha* de Cronbach e, em casos específicos, quando se verificam um número de itens inferiores a 5 por dimensão, a média da correlação inter-item (MIC, mean-inter-item correlation). As análises de cariz quantitativo implicaram o recurso a dois programas estatísticos, o SPSS (versão 18.0) e o EQS 6.1 para Windows.

1.4.1. Client Attachment to Therapist Scale - CATS

A escala CATS é constituída por três subescalas: (a) *Seguro* (14 itens), o cliente experiencia o terapeuta como responsivo, sensível, compreensivo e emocionalmente disponível; sente-se esperançado e confortado pelo terapeuta e encorajado a explorar (ex. de item: o(a) meu(minha) terapeuta era sensível às minhas necessidades); (b) *Evitante-Amedrontado* (12 itens), o cliente desconfia da sinceridade do terapeuta, apresenta tendência para rejeição e descontentamento, relutância em revelar assuntos pessoais em terapia; sente-se ameaçado, envergonhado e humilhado nas terapias (ex. de item: pensava que o(a) meu(minha) terapeuta não me aceitava); (c) *Preocupado-Ambivalente* (10 itens), o cliente gostaria de estar mais tempo com o terapeuta desejando alargar a relação para além da terapia, preocupa-se com o terapeuta (ex. de item: gostaria de ter sido o(a) cliente favorito(a) do(a) meu(minha) terapeuta). A versão do presente instrumento foi escrita no pretérito, pois pretende-se uma visão retrospectiva dos participantes no que diz respeito à relação com o seu terapeuta.

Para escala de resposta dos itens é utilizada uma escala *Likert* de 6 pontos (em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 6 a “concordo totalmente”). Para cotar o C.A.T.S.

os itens 1, 9, 11, 17, 23, 27 devem ter a sua pontuação invertida para o cálculo das subescalas e adicionar-se os itens de cada subescala. Com este procedimento obtém-se uma pontuação mais elevada numa das subescalas o que indica o padrão de vinculação. As propriedades da escala apresentada por Mallinckrodt, Gantt e Coble (1995) revelam uma consistência interna (coeficiente *alpha* de Cronbach) satisfatória, que variou de 0.63 a 0.81. A fiabilidade avaliada a partir do teste-reteste para um intervalo de duas a cinco semanas (correlação de Pearson) variou de 0,72 a 0,86 tendo sido considerada adequada.

1.4.1.1. Adaptação e Validação da Versão Portuguesa do CATS

O instrumento foi alvo de duas traduções independentes, uma realizada por uma psicóloga e outra por uma estudante do Mestrado Integrado de Psicologia. Posteriormente estas traduções foram apresentadas para discussão a um grupo de peritos, composto por uma professora e investigadora da equipa de investigação de estudos da vinculação e por uma psicoterapeuta e investigadora perita no domínio investigação em psicoterapia e da vinculação. Desta discussão foram selecionados os itens cujas traduções foram consideradas mais corretas. A validade facial dos itens foi também acedida através de reflexões faladas com 10 dependentes químicos em recuperação. Posteriormente à recolha dos questionários procedeu-se à análise das propriedades psicométricas da versão Portuguesa do CATS, nomeadamente no que se refere à estrutura fatorial, através dos procedimentos da análise fatorial confirmatória e à consistência interna, que apresentaremos em seguida.

1.4.1.2. Análise fatorial Confirmatória e Análise da Consistência Interna

No sentido de testar a estrutura fatorial da versão Portuguesa da CATS, procedeu-se primeiramente a uma análise fatorial confirmatória da estrutura original de 36 itens (CFA, EQS Versão 6.1 para Windows), dado ser o procedimento indicado no caso de a estrutura fatorial do instrumento ter sido testada em investigações anteriores (Khan, 2006).

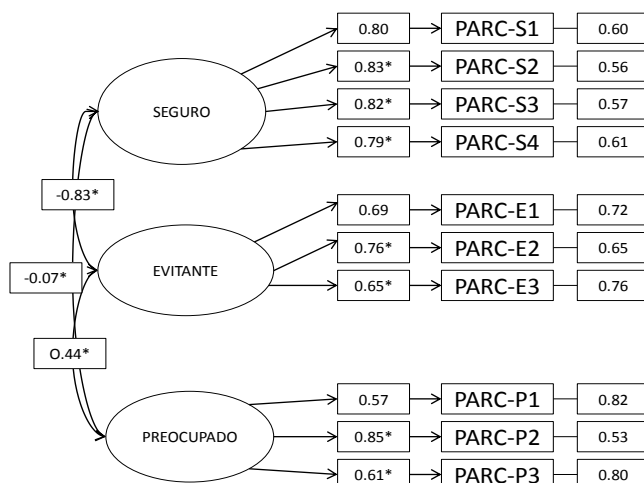
Na especificação do modelo, optou-se pela técnica de emparcelamento² de itens.

² Este procedimento consiste na agregação num mesmo indicador da média de 2 ou mais itens (Little, Cunningham, Shahar, & Widaman, 2002) e é considerado por alguns investigadores como um método indicado na obtenção de modelos mais parcimoniosos (visto o número de parâmetros a estimar ser mais reduzido) e permitir a obtenção de estruturas mais estáveis (Little et al., 2002).

Nesse sentido foram consideradas como variáveis latentes as três subescalas do CATS (*Seguro*, *Preocupado-Ambivalente* e *Evitante-Amedrontado*) e como variáveis observadas a agregação de itens, em 4 parcelas para a dimensão *Seguro*, e 3 parcelas para as dimensões *Preocupado-Ambivalente* e *Evitante-Amedrontado*. A pré-análise dos dados implicou a exclusão *listwise* de 52 questionários que continham valores omissos e a análise da distribuição da normalidade através da estimativa normalizada do coeficiente de Mardia (assume-se a normalidade dos dados dentro dos valores de -3 a 3).

O primeiro modelo testado não revelou índices de ajustamento adequados, foram realizados análises fatoriais confirmatórias recorrendo a procedimentos de ajustamento local para cada uma das dimensões do CATS. Este procedimento permitiu-nos aceder aos índices de saturação de cada um dos itens e à variância de erro associada a cada item. A realização destes procedimentos em paralelo permitiu a eliminação de itens cuja saturação era inferior a .4 e itens que quando excluídos incrementavam a fidelidade da escala ou seja, itens que em caso de exclusão aumentavam a consistência interna da escala. Tendo em conta estes critérios, foram eliminados 6 itens: os itens 17 (Não sabia que reações esperar do(a) meu(minha) terapeuta de sessão para sessão) e 23 (Ficava ressentido(a) de ter de lidar com os problemas sozinho(a) quando o(a) meu(minha) terapeuta poderia ter-me ajudado mais) da dimensão *Seguro*, o item 16 (Pensava em telefonar para casa do(a) meu(minha) terapeuta) da dimensão *Preocupado-Ambivalente* e os itens 6 (Falar sobre os meus problemas com o(a) meu(minha) terapeuta fazia-me sentir envergonhado(a) ou ridículo(a)), 9 (Sabia que podia dizer qualquer coisa ao(à) meu(minha) terapeuta que ele(a) não me iria rejeitar) e 24 (O(a) meu(minha) terapeuta queria saber mais sobre mim do que eu estava disposto(a) a falar) da dimensão *Evitante-Amedrontado*.

No modelo 2, foi testada a estrutura resultante, composta por 30 itens. A pré-análise dos dados implicou a exclusão *listwise* de 62 questionários que continham valores omissos e a análise da distribuição da normalidade através da estimativa normalizada do coeficiente de Mardia (assume-se a normalidade dos dados dentro dos valores de -3 a 3). Tal como podemos verificar na figura 1, verificou-se um incremento substancial dos índices de ajustamento do modelo 1 para o modelo 2, permitindo-nos concluir que esta estrutura fatorial se ajusta aos dados. Na figura 1 constam a correlação entre fatores e as saturações das parcelas com as respetivas dimensões da escala. Este modelo revela-se uma estrutura estável e parcimoniosa, e com um ajustamento aceitável à presente amostra, permitindo-nos assim proceder a análises estatísticas subsequentes no presente trabalho.



$\chi^2(32,170) = 88.87, p < .001$; $S-B \chi^2(32,170) = 73.92, p = .001, CFI = .925$; $RMSEA = .088$ (90% CI = .62 - .114); $SRMR = .67$

Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória do CATS

Quanto à consistência interna da escala, o *alpha* de Cronbach das 3 subescalas apresentam valores adequados. Na tabela 1 encontram-se os valores das médias, dos desvios padrão e dos índices de consistência interna para cada subescala, assim como os valores da correlação interfatorial.

Tabela 1. Médias, desvios-padrão, índices de consistência interna e correlação interfatorial do CATS

Fatores	M	DP	Consistência interna α	Correlação Interfatorial		
				I	II	III
I Seguro	4.80	0.82	.88	-	-	-
II Evitante/Amedrontado	2.17	0.75	.76	-.67**	-	-
III Preocupado/Ambivalente	2.91	0.89	.76	n.s.	.35**	-

M- média; *DP*- desvio padrão; α - *alpha* de Cronbach; *MCI*- média correlação inter-item;* Correlação significativa a .05 level (2-tailed); **Correlação significativa a .001 level (2 tailed), *n.s.* Correlação não significativa.

1.4.2. Vinculação Amorosa – Q.V.A.

O Questionário de Vinculação Amorosa – QVA (Matos, Barbosa & Costa, 2001) é constituído por quatro dimensões: (a) *Confiança* (13 itens) que avalia as perceções do participante relativamente à responsividade e à sensibilidade do companheiro para satisfazer as suas necessidades, em que medida o companheiro é percebido como fonte de conforto e de apoio e se constitui como base segura de incentivo à exploração (ex. de item: “sei que posso contar com o(a) meu(minha) namorado(a) sempre que precisar”, (b) *Dependência* (13 itens) e avalia a necessidade de proximidade física e emocional, ansiedade de separação e o medo da perda (ex. de item: “Quando não podemos estar juntos, sinto-me abandonado(a)”). (c) *Evitamento* (13 itens) que revela o papel secundário do companheiro amoroso no preenchimento das necessidades de vinculação e a centração do participante na sua própria capacidade de resolução de problemas (ex. de item: “Quando tenho um problema, prefiro ficar sozinho(a) a procurar o(a) meu(minha) namorado(a)”). (d) *Ambivalência* (13 itens) traduz a insegurança do participante que é revelada por uma elevada irritabilidade perante situações imprevisíveis, na dúvida em relação ao seu papel enquanto figura amorosa e nas suas próprias emoções face ao companheiro (ex. de item: “Às vezes acho que ele(a) é fundamental na minha vida; outras vezes não”). Para escala de resposta dos itens é utilizada uma escala Likert de 6 pontos (em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 6 a “concordo totalmente”).

Dado tratar-se de um instrumento desenvolvido e amplamente utilizado na população portuguesa, com uma estrutura teórica consistente e empiricamente replicável em diferentes amostras independentes, optámos por testar inicialmente se o modelo se ajusta aos dados da presente amostra, através da realização de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

1.4.2.1. Análise Fatorial Confirmatória

A pré-análise implicou a exclusão *listwise* de 70 questionários e o cálculo da distribuição da normalidade. Mais uma vez, os valores dos coeficientes normalizados de Mardia revelam níveis substanciais de curtose multivariada (coeficiente de Mardia = 49.27, a estimativa normalizada = 16.24), pelo que recorreremos ao cálculo de índices de ajustamento robustos. No sentido de especificar o modelo, optou-se pela técnica de emparcelamento de itens. Nesse sentido foram consideradas como variáveis latentes as

quatro subescalas do QVA e como variáveis observadas a agregação de itens, em 3 parcelas para a dimensão *ambivalência, dependência, evitamento, e confiança*.

Os índices de ajustamento atestam que o modelo teórico do QVA se ajusta aos dados da presente amostra [χ^2 (48, 146) = 95.16, $p < .001$; CFI = .97; RMSEA = .06 (90% CI = .021 - .082), SRMR = .07].

1.4.2.2. Consistência Interna e Correlações Inter-Item

Como podemos *verificar* na tabela 2, os valores do *alpha* de Cronbach indicam valores aceitáveis de consistência interna das subescalas do QVA. Verificamos, também, no que respeita à correlação interfatorial valores similares e a mesma direção das correlações encontradas na versão original⁷⁰ (Matos, 2002).

Tabela 2. Médias, desvios-padrão, índices de consistência interna e correlação interfatorial do QVA

Fatores	M	DP	Consistência interna α	Correlação Interfatorial		
				I	II	III
I Confiança	4.42	0.90	.92	-	-	-
II Dependência	3.10	0.81	.85	.42**	-	-
III Evitamento	2.77	0.80	.85	-.83**	-.38**	-
IV Ambivalência	3.10	0.83	.84	.62**	.22**	.48**

M- média; DP- desvio padrão; α - *alpha* de Cronbach; MCI- média correlação inter-item;* Correlação significativa a .05 level (2-tailed); **Correlação significativa a .001 level (2 tailed), *n.s.* Correlação não significativa.

1.4.3. Bem-Estar Psicológico – B.E.P.

A escala Bem-Estar Psicológico (BEP) é composta por 6 dimensões: (a) *relações positivas* com os outros; (b) *autonomia*; (c) *domínio do meio*; (d) *objetivos de vida*; (e) *crescimento pessoal* e (f) *aceitação de si*. No presente estudo foi utilizada uma versão reduzida de 18 itens, identificada como EBEP-R (Escala de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida), versão elaborada a partir da escala utilizada por Monteiro (2010) construída a partir das escalas originais adaptadas para português (EBEP) por Novo, Duarte-Silva e Peralta (1997).

Os itens são constituídos por afirmações de carácter descritivo e a modalidade de resposta é de tipo *Likert*, com seis categorias de resposta ordenadas de Discordo totalmente a Concordo totalmente. A adaptação das escalas para português, na versão de 84 itens, revelou que as medidas tinham adequada consistência interna, com valores de *alpha* de Cronbach entre .74 e .86 para as seis escalas e .93 para a medida global. A versão de 8 itens utilizada no presente estudo decorreu do estudo fatorial da versão de 18 itens de Monteiro (2010) e corresponde aos itens que permitem abarcar os conteúdos mais representativos para esta população e que apresentamos de seguida.

1.4.3.1. Análise Fatorial dos Eixos Principais

No sentido de testar a validade fatorial da escala, primeiramente comprovou-se a fatorabilidade da matriz de correlação, uma vez que o teste de Kaiser-Meyer-Olkin foi de .65, excedendo o valor recomendado de .6 (Kaiser, 1974), e o valor do teste de esfericidade de Bartlett (1954) atingiu a significância estatística ($p = .000$). De seguida, conduziu-se uma análise de componentes principais com rotação *promax* para os 18 itens da escala. Testou-se a estrutura com 6, 5 e 4 fatores tendo o teste do cotovelo (scree test) indicado a extração de 4 fatores. A estrutura apresentada revelou-se não interpretável, com saturações duplas em vários itens, com saturações abaixo de .3. Para a confirmação do número de componentes, conduziu-se uma *parallel analysis*. O programa também sugeriu a extração de 4 fatores. A solução com 4 fatores revelou ser a solução conceptualmente interpretável e consistente do ponto de vista teórico. Em termos estatísticos, foram eliminados itens que, após análise de correlação inter item possuíam uma correlação inferior a .3 itens e que, quando excluídos, incrementavam a fidelidade da escala. Com a retirada destes itens, duas dimensões foram excluídas, a saber: *domínio do meio* e *objetivos de vida*. A exclusão dos itens foi suportada também por leituras dos mesmos tendo em conta o seu enquadramento teórico. A estrutura final da escala é composta por 8 itens agregados em 4 fatores. A primeira componente contribui para explicar 24,29% da variância total e é composta por 2 itens da subescala de *Crescimento pessoal*. A segunda componente explica 9,26% da variância total e é composta por 2 itens da subescala do *Aceitação de si*. A terceira componente é composta por 2 itens da subescala *Autonomia* e explica 7,03% da variância total. A quarta componente é composta por 2 itens da subescala *Relações positivas* e

explica 4,83% da variância total. As subescalas *domínio do meio* e *objetivos de vida* foram excluídas pelos motivos acima referidos.

1.4.3.2. Consistência Interna

Quanto à consistência interna da escala, o *alpha* de Cronbach das 4 subescalas varia entre .56 e .53. Adicionalmente foi calculada a média da correlação inter-item (MIC), dado que o cálculo do *alpha* de Cronbach é influenciado pelo número de itens e estabeleceu-se o ponto de corte de .70. Segundo Briggs e Cheek (1986), a MIC é uma medida indicada para aceder à homogeneidade do item, dado não ser influenciada pelo número de itens. O ponto de corte para valores considerados ótimos encontra-se entre .20 e .40. Considerando o valor de MIC, verificamos que todas as subescalas possuem níveis moderados de homogeneidade. Na tabela 3 encontram-se os valores das médias, dos desvios padrão e dos índices de consistência interna para cada sub-escala, assim como os valores da correlação interfatorial.

Tabela 3. Médias, desvios-padrão, índices de consistência interna e correlação interfatorial do BEP

Fatores	M	DP	Consistência interna		Correlação Interfatorial		
			α	CII	I	II	III
I Crescimento pessoal	5.25	0.90	.54	.37	-	-	-
II Aceitação de si	4.19	1.06	.56	.41	.34**	-	-
III Autonomia	4.34	0.96	.54	.37	.28**	.32**	-
IV Autonomia	4.04	1.17	.57	.37	.14*	.20**	n.s.

M- média; DP- desvio padrão; α - *alpha* de Cronbach; MCI- média correlação inter-item; * Correlação significativa a .05 level (2-tailed); **Correlação significativa a .001 level (2 tailed), n.s. Correlação não significativa.

1.4.3.3. Análise Fatorial Confirmatória

Por último, realizámos uma AFC com a estrutura fatorial resultante da análise fatorial dos eixos principais. A AFC foi utilizada no sentido de, por um lado, testar o ajustamento do modelo e, por outro, obter informações adicionais (e.g., índices de

modificação, variância de erro associada a cada variável, sugestão da testagem da libertação de parâmetros através do teste *Wald* e acréscimo de parâmetros, nomeadamente a correlação de erros através do teste de Lagrange) que, sustentadas teoricamente, nos permitissem proceder a melhoria na escala através da reespecificação e da obtenção de um modelo mais parcimonioso. A pré-análise implicou a exclusão *listwise* de 17 questionários que continham valores omissos e a análise da distribuição da normalidade através da estimativa normalizada do coeficiente de Mardia (assume-se a normalidade dos dados dentro dos valores de -3 a 3). No sentido de reduzir a influência da não-normalidade, dado que os valores dos coeficientes normalizados de Mardia revelam níveis substanciais de curtose multivariada (coeficiente de Mardia = 31.24, a estimativa normalizada = 17.85), foram usados, quando disponíveis, índices de ajustamento robustos (RMSEA e CFI). Assim, os modelos relatados neste estudo foram calculados utilizando o método robusto de máxima verosimilhança (*robust maximum likelihood estimation*- MLE). MLE é considerada por diversos autores como mais sensível à má especificação do modelo (Olsson, Troye, & Howell, 1999), sendo o método robusto apropriado no caso de não cumprimento do pressuposto de normalidade multivariada.

No sentido de proceder à validação empírica do modelo de análise fatorial confirmatória, foram observados diferentes índices de ajustamento (DiStefano & Hess, 2005). Os índices da análise preconizada indicam um bom ajustamento do modelo, [χ^2 (17, 209) = 24.89, $p < n.s$; CFI = .99; RMSEA = .02 (90% CI = .00 - .07), SRMR = .05]. Este resultado vem assim sublinhar a estrutura fatorial do BEP.

2. Resultados

Após a administração do protocolo, foram realizadas diversas análises estatísticas dos dados com o recurso ao programa SPSS 19.0.

Iniciamos com uma análise preliminar dos dados em estudo com o intuito de se verificar a existência de condições para se efetuarem as análises seguintes e quais os testes paramétricos a aplicar, nomeadamente através do cálculo da normalidade da distribuição dos dados e da identificação dos *outliers*. De seguida, efetuaram-se análises correlacionais, com base na correlação de Pearson, que nos permitiram estabelecer quais as associações

entre as variáveis do estudo, complementando-as com análises de regressão múltipla no sentido de melhor compreendermos as associações encontradas.

Foram realizadas análises de variância multivariada, que nos permitiram identificar o efeito de algumas variáveis sócio-demográficas e da história clínica na vinculação ao terapeuta, na vinculação amorosa e no bem-estar psicológico. Mais propriamente, procurámos avaliar diferenças relativamente ao sexo, relação amorosa, estado civil, habilitações literárias, relação amorosa e apoio pós tratamento. Tiveram-se em conta, num primeiro nível de análise, os valores do Traço de Pillai. Sempre que este se mostrou significativo, realizaram-se análises de post-hoc, observando-se o valor de Scheffé. Sempre que surgiu algum dado peculiar, foram realizadas análises complementares para explorar esse dado.

2.1. Análises Diferenciais

2.1.1- QVA, CATS, BEP e Sexo

Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao sexo no que diz respeito às dimensões do CATS e do BEP. No que diz respeito ao QVA, encontrámos diferenças relativamente ao sexo ($F(4, 142) = 3.71, p < .05, \eta^2 = .10$). Estas diferenças encontram-se na dimensão *confiança* ($F(1,145) = 6.4, p < .05, \eta^2 = .04$) e *dependência* ($F(1, 145) = 7.1, p < .01, \eta^2 = .05$). Os indivíduos do sexo feminino ($M = 4.12, DP = 1.16$) confiam significativamente menos que os indivíduos do sexo masculino ($M = 4.56, DP = .88$), e os indivíduos do sexo masculino ($M = 3.16, DP = .75$), são significativamente mais dependentes do que os indivíduos do sexo feminino ($M = 2.81, DP = .78$). Foram também efetuadas análises diferenciais entre o QVA, CATS e BEP com relação ao estado civil e às habilitações literárias não tendo sido encontradas diferenças significativas.

2.1.2. QVA, CATS, BEP e Relação Amorosa

No que diz respeito ao QVA, encontrámos diferenças relativamente ao estar ou não envolvido numa relação amorosa no momento do preenchimento do questionário ($F(4, 130) = 3.69, p < .001, \eta^2 = .10$). Note-se que no caso de os participantes não terem uma relação romântica, estes foram solicitados a responder de acordo com a sua última relação amorosa.

Estas diferenças encontram-se nas dimensões *Confiança* ($F(1,133)= 11.2, p < .001, \eta^2= .078$), *Dependência* ($F(1, 133) = 4.68, p < .05, \eta^2= .03$), *Evitamento* ($F(1, 133) = 4.32, p < .05, \eta^2= .05$) e *Ambivalência* ($F(1,133) = 5.96, p < .05, \eta^2= .04$). Confrontando estes resultados com as médias podemos dizer que os participantes que se encontram envolvidos numa relação amorosa ($M = 3.97, DP = 1.2$) confiam mais no par amoroso que os participantes que não se encontram envolvidos numa relação ($M = 4.50, DP = 1.05$). No que diz respeito à dimensão *Dependência*, os participantes que se encontram envolvidos numa relação amorosa ($M = 3.09, DP = .74$), são mais dependentes do que os participantes que não se encontram envolvidos numa relação ($M = 2.79, DP = .71$). Relativamente à dimensão *Evitamento*, os participantes que se encontram envolvidos numa relação amorosa ($M = 2.66, DP = .71$) são menos evitantes que os participantes que não se encontram envolvidos numa relação ($M= 3.03, DP= .92$). Por último, na dimensão *Ambivalência* os participantes que se encontram envolvidos numa relação amorosa ($M = 2.97, DP = .77$) são menos ambivalentes que os participantes que não se encontram envolvidos numa relação ($M= 3.32, DP= .74$). Com relação ao BEP encontramos diferenças significativas ($F(4, 181) = 3.07, p < .05, \eta^2= .06$) na dimensão *Relações Positivas* ($F(1, 184) = 9.48, p < .05, \eta^2= .05$). Neste caso os participantes que se encontram envolvidos numa relação amorosa ($M = 4.28, DP = 1.05$) têm relações mais positivas com os outros que os participantes que não se encontram envolvidos numa relação ($M= 3.75, DP= 1.2$). Com relação ao CATS não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das dimensões.

2.1.3. BEP e o Apoio Pós-Tratamento

Foram encontradas diferenças significativas ($F(4, 204) = 2.88, p < .05, \eta^2= .54$) nos grupos de autoajuda no que diz respeito à dimensão *Aceitação de si* ($F(1,207) = 3.81, p < .05, \eta^2= .018$) e *Autonomia* ($F(1,207)= 8.5, p < .01, \eta^2= .014$). Neste caso os participantes que frequentaram os grupos de autoajuda ($M = 4.26, DP = 1.02$) têm uma melhor aceitação de si próprios que os participantes que não frequentaram os grupos ($M= 3.90, DP= 1.02$). Paralelamente, os participantes que frequentaram os grupos de autoajuda ($M = 4.43, DP = 1.02$) apresentam valores mais elevados de autonomia que os participantes que não frequentaram os grupos ($M= 3.95, DP= 1.07$). Não foram encontradas diferenças significativas no que diz respeito às dimensões do QVA e ao CATS.

2.2. Análises Correlacionais

2.2.1. BEP e CATS

No que diz respeito às correlações entre BEP e CATS, foram encontradas algumas correlações significativas (cf. Tabela 1.).

Tabela 4. Correlações de Pearson entre as dimensões do BEP e do CATS

BEP	CATS		
	Seguro	Evitante	Preocupado
Crescimento Pessoal	.259**	-.150*	-.040
Aceitação de Si	.074	.008	-.068
Autonomia	.080	.031	-.103
Relações Positivas	.059	-.283**	-.329**

* Correlação significativa ao nível $p \leq .05$ e ** Correlação significativa ao nível $p \leq .01$.

Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a dimensão *Crescimento Pessoal* do BEP e a dimensão *Seguro* do CATS. Tais dados sugerem que quanto maior for o crescimento pessoal dos dependentes em recuperação, mais elevada foi a vinculação segura ao seu terapeuta. Foram também encontradas correlações negativas significativas entre a dimensão *Crescimento Pessoal* do BEP e a dimensão *Evitante* do CATS o que sugere que quanto mais elevado foi o evitamento na vinculação ao terapeuta menor é o crescimento pessoal. Existem ainda correlações negativas entre a dimensão *Relações Positivas* do BEP e as dimensões *Evitante* e *Preocupado* do CATS, resultados que sugerem que quanto mais elevada é a qualidade das relações interpessoais, menor é o evitamento e preocupação na relação com o seu terapeuta. Não foram encontradas correlações significativas entre as dimensões *Aceitação de si* e *Autonomia* do BEP e as dimensões do CATS.

2.2.2. BEP e QVA

No que respeita às correlações entre BEP e o QVA, foram encontradas algumas correlações significativas (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Correlações de Pearson entre as dimensões do BEP e do QVA

BEP	QVA			
	Confiança	Dependência	Evitamento	Ambivalência
Crescimento Pessoal	.208**	.016	-.086	-.125
Aceitação de Si	.267**	.019	-.123	-.173*
Autonomia	.081	-.008	-.062	-.036
Relações Positivas	.412**	-.171*	-.335**	-.518**

* Correlação significativa ao nível $p \leq .05$ e ** Correlação significativa ao nível $p \leq .01$.

Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a dimensão *Crescimento Pessoal* do BEP e a dimensão *Confiança* do QVA. Tais dados sugerem que quanto maior for o crescimento pessoal dos dependentes químicos em recuperação, mais segura é a relação com o seu par romântico. Foi também encontrada uma correlação positiva entre a dimensão *Aceitação de Si* do BEP e a dimensão *Confiança* do QVA. Estes dados sugerem que quanto maior é a aceitação da sua personalidade e do passado pelos dependentes em recuperação, mais segura é a relação romântica. Encontramos uma correlação positiva moderadamente elevada da dimensão *Relações Positivas* do BEP com a dimensão *Confiança* do QVA, o que sugere que quanto mais calorosa e confiante é a relação com os outros, mais segura é a relação com o seu par romântico dos dependentes químicos em recuperação. Por último encontramos correlações negativas significativas entre a dimensão *Relações Positivas* do BEP e as dimensões *Dependência*, *Evitamento* e *Ambivalência* do QVA. Estes resultados sugerem que quanto menos calorosa e confiante é a relação com os outros, mais dependentes, evitantes e ambivalentes serão no relacionamento com o par romântico.

2.1.3. QVA e CATS

No que respeita às correlações entre QVA e o CATS, foram encontradas algumas correlações significativas (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Correlações de Pearson entre as dimensões do QVA e do CATS

CATS	QVA			
	Confiança	Dependência	Evitamento	Ambivalência
Seguro	.147	.027	-.097	-.105
Evitante/Amedrontado	-.245**	.094	.313**	.227**
Preocupado/Ambivalente	-.214**	.300**	.216**	.349**

*Correlação significativa ao nível $p \leq .05$ e ** Correlação significativa ao nível $p \leq .01$.

Numa primeira análise não foram encontradas diferenças significativas entre a dimensão *Seguro* do CATS e a dimensão *Confiança* do QVA. Perplexos com estes resultados, decidiu-se fazer o controlo da variável duração da relação pois as respostas dos participantes eram muito heterogêneas, oscilando de 1 mês de relação a 36 anos. Com o controlo desta variável encontramos diferenças significativas entre estas duas dimensões [$r = .285$, $n = 78$, $p < .05$]. Como se pode verificar o controlo da variável tempo de relação teve um efeito elevado sobre a força da relação entre estas duas dimensões.

Foram encontradas correlações negativas significativas entre a dimensão *Evitante/Amedrontado* e *Preocupado/ambivalente* do CATS e a dimensão *Confiança* do QVA. Tais dados sugerem que quanto mais elevada for a confiança ao par romântico dos dependentes químicos em recuperação, menor será o evitamento e a preocupação na relação de vinculação com o terapeuta. Existe também uma correlação positiva entre a dimensão *Evitante/Amedrontada* do CATS e as dimensões *Evitamento* e *Ambivalência* do QVA. Estes resultados sugerem que quanto mais elevado for o evitamento ao terapeuta mais elevados serão o evitamento e a ambivalência na vinculação romântica. Por fim foram também encontradas correlações positivas entre as dimensões *Dependência*, *Evitamento* e *Ambivalência* do QVA e a dimensão *Preocupado/Ambivalente* do CATS. Estes dados sugerem que quanto mais elevada é a preocupação dos dependentes químicos em recuperação na relação de vinculação ao terapeuta mais elevados serão a dependência o evitamento e a ambivalência ao par romântico.

2.3. Regressão Múltipla Hierárquica

No sentido de inspecionar o efeito de interação entre as variáveis supracitadas no que respeita à contribuição explicativa de cada uma das dimensões do BEP realizou-se uma regressão hierárquica múltipla. Este procedimento estatístico permitiu-nos observar o

efeito preditor de um conjunto de variáveis em cada uma das dimensões relativas à forma como os dependentes químicos se percebem em relação ao Bem-Estar Psicológico. A regressão hierárquica permite-nos, além de calcular o efeito preditor diferencial de cada uma das variáveis, analisar em que medida o poder preditivo de uma variável é afetado quando se incluem novas variáveis na equação e o seu efeito é controlado (Pallant, 2001).

Foram realizadas quatro regressões múltiplas hierárquicas (anexo II). Os *scores* totais de cada uma das dimensões do BEP foram considerados enquanto variáveis dependentes. As variáveis predictoras (independentes) foram inseridas em três blocos. No primeiro bloco foram inseridas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, duração da relação amorosa, idade de início dos consumos, tempo a consumir, idade de entrada em recuperação e tempo de recuperação) e no segundo bloco as variáveis relativas às dimensões do CATS (*Seguro, Evitante/Amedrontado e Preocupado/Ambivalente*). No terceiro e último bloco foram inseridas as dimensões relativas à vinculação amorosa, ou seja, à qualidade da vinculação que o dependente químico estabelece na atualidade com o seu companheiro amoroso, captadas através do QVA (*Confiança, Dependência, Evitamento e Ambivalência*).

Na tabela 7 constam os resultados das regressões múltiplas hierárquicas para cada uma das dimensões.

Tabela 7. Regressão múltipla hierárquica das dimensões do BEP

	Crescimento Pessoal		Aceitação de si		Autonomia		Relações Positivas	
	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β
Bloco 1	.72	.	.17***	.	.97*	.	.15**	.
Variáveis de controlo								
Bloco 2	.12***	.	.02	.	.05*	.	.18***	.
CATS Seguro		.49***		.24		.34**		-.42***
CATS Evitante		.23		.16		.32*		-.60***
CATS Preocupado		-.14		-.06		-.20*		.004
Bloco 306*	.	.06*	.	.02	.	.15***	.
QVA Confiança		.30*		.33*		.23		.24*
QVA Dependência		-.21		-.11		-.04	02
QVA Evitamento		-.05		-.01		.14		.08
QVA Ambivalência		.06		.04		.08		-.29**

β - beta estandardizado; $r^2\Delta$ - incremento no valor do coeficiente de determinação; As variáveis de controlo incluem idade, sexo, duração da relação, idade de início dos consumos, tempo a consumir, idade de entrada em recuperação e tempo de recuperação. * Correlação significativa a .05 level (2-tailed); ** Correlação significativa a .01 level (2-tailed); *** Correlação significativa a .001 level (2-tailed).

Num primeiro momento, foi realizada uma regressão múltipla hierárquica considerando-se a dimensão *Crescimento Pessoal* enquanto variável dependente. O primeiro modelo não é preditivo da dimensão de *Crescimento Pessoal*. O segundo modelo [$\Delta r^2 = .12$; $F(9, 138) = 3.56$, $p < .001$] e o terceiro modelo [$\Delta r^2 = .06$; $F(13, 134) = 3.37$, $p < .001$] predizem significativamente a dimensão *Crescimento Pessoal*. Verificou-se que a variável idade é um preditor significativo nos três modelos. No segundo modelo as variáveis idade de início dos consumos ($\beta = -6.4$, $p < .001$), tempo a consumir ($\beta = -6.8$, $p < .001$), idade de entrada em recuperação ($\beta = 7.1$, $p < .01$) e CATS *Seguro* ($\beta = .49$, $p < .001$) são preditivas desta dimensão. No entanto, com a inclusão do QVA no terceiro bloco a significância destas variáveis aumentou e o tempo de recuperação ($\beta = -.28$, $p < .05$) e o CATS *Evitante* ($\beta = .36$, $p < .05$) tornaram-se também preditivos desta dimensão. A dimensão *Confiança* do QVA ($\beta = .30$, $p < .05$) é também preditiva da dimensão *Crescimento Pessoal*. O terceiro modelo explica 25% da variância total desta dimensão.

Na segunda análise, a dimensão de *Aceitação de Si* foi apenas predita pelas variáveis inseridas no terceiro modelo [$\Delta r^2 = .06$; $F(13,134) = 3.57$, $p < .001$], com exceção da idade que continua a ser preditiva nesta dimensão para os três modelos. A idade ($\beta = .68$, $p < .001$), A dimensão *Seguro* do CATS ($\beta = .26$, $p < .05$) e a dimensão *Confiança* ($\beta = -.33$, $p < .05$) explicaram 26% da variância total desta dimensão.

Na terceira análise, relativa à dimensão *Autonomia* os três modelos revelaram-se significativos. O primeiro modelo [$r^2 = .10$; $F(6, 141) = 2.51$, $p < .05$], o segundo modelo [$\Delta r^2 = .05$; $F(9, 138) = 2.67$, $p < .01$] e o terceiro modelo [$\Delta r^2 = .02$; $F(13, 134) = 2.06$, $p < .05$] são preditivos da *Autonomia*. O segundo bloco demonstrou ser o mais preditivo da dimensão *Autonomia* com a idade ($\beta = .73$, $p < .001$), as dimensões do CATS *Seguro* ($\beta = .34$, $p < .01$), a dimensão *Evitante/Amedrontado* ($\beta = .33$, $p < .05$) e a dimensão *Preocupado/Ambivalente* ($\beta = -.20$, $p < .05$) a explicarem 15% da variância total da *Autonomia*.

Finalmente, na quarta regressão múltipla hierárquica realizada, relativa às *Relações Positivas*, os três modelos (modelo 1 [$r^2 = .15$; $F(6, 141) = 4.23$, $p < .001$], modelo 2 [$\Delta r^2 = .34$; $F(9, 138) = 7.72$, $p < .001$] e modelo 3 [$\Delta r^2 = .15$; $F(13, 134) = 9.45$, $p < .001$]) revelaram ser significativos. O terceiro bloco provou ser o mais preditivo desta dimensão, com a idade de início de consumos ($\beta = 7.85$, $p < .001$), o tempo a consumir ($\beta = 8.16$, $p < .001$), a idade de entrada em recuperação ($\beta = -9.33$, $p < .001$), as dimensões do CATS

Seguro ($\beta = -.43, p < .001$), a *Evitante/Amedrontado* ($\beta = -.53, p < .001$), a *Confiança* ($\beta = .24, p < .05$) e a *Ambivalência* do QVA ($\beta = -.29, p < .01$) a demonstrarem ser preditivas da dimensão *Relações Positivas*, embora a dimensão *Seguro* do CATS e a *Ambivalência* do QVA estejam negativamente associadas às *Relações Positivas*. Este modelo explica 45% da variância total das *Relações Positivas*.

3. Discussão dos Resultados

Ao longo deste trabalho procurou-se melhor entender a relação da vinculação, nomeadamente da vinculação ao terapeuta e da vinculação amorosa com o bem-estar psicológico dos dependentes químicos em recuperação, sendo pois este o momento de integrar os resultados, a teoria e as várias questões que nos foram surgindo ao longo deste estudo.

No que diz respeito aos participantes, a passagem pelo contexto de internamento, foi em vários aspetos, o início de uma nova forma de estar, sentir e pensar a vida. Os dependentes químicos em recuperação tendem a recordar o seu internamento como um ponto de viragem na sua história de vida. Após anos de um percurso desadaptativo de consumos de drogas “duras”, o início de um novo modo de vida fica marcadamente relacionado com o tratamento e tem, na sua maioria, como um dos promotores desta mudança a vinculação ao terapeuta (Schuengel & Van IJzendoorn, 2001, Maier 1987, Gur, 2006).

Importa referir que no cenário de um internamento o contacto com o terapeuta é diário e o apoio do mesmo é personalizado. Cada residente tem em média três horas de contacto diário com o seu terapeuta, sendo que este contacto pode ser em terapia individual, grupo terapêutico, terapia ocupacional ou nas atividades lúdicas. Em síntese, num internamento, três meses podem ser equivalentes a nove meses de terapias individuais de frequência quinzenal.

Os resultados permitem-nos confirmar e refletir sobre algumas das hipóteses que colocamos no início deste trabalho. Começamos por nos debruçar sobre os resultados diferenciais, avançando posteriormente para os resultados correlacionais para, por fim, discutir os resultados das regressões, abordando os resultados que consideramos mais pertinentes.

Foram efetuadas análises diferenciais em função do sexo, habilitações literárias, estado civil, relação amorosa e apoio pós tratamento. Nos resultados encontramos diferenças significativas em relação ao sexo no QVA. As mulheres apresentam menor tendência para confiar quando envolvidas numa relação amorosa e os homens mostram-se mais dependentes nas suas relações. Estes resultados causaram-nos alguma estranheza, mas pensamos que estes poderão estar relacionados com a especificidade da população em estudo. Não podemos esquecer-nos que durante os períodos de consumos de drogas “duras” as mulheres envolvem-se com alguma frequência em relações doentias e de interesse, utilizando o seu corpo e o “amor” como forma de obterem a próxima “dose”, sendo muitas vezes abusadas pelos seus companheiros de consumo. Por seu lado, os homens podem ficar largos períodos de tempo sem terem nenhuma relação séria, envolvendo-se apenas esporadicamente e em relações fortuitas. Paralelamente o consumo de drogas pode provocar um desgaste enorme na família, levando, por vezes, as esposas e namoradas a abandonar os dependentes químicos quando estes estão a consumir.

No que diz respeito à relação amorosa encontramos diferenças significativas em todas as dimensões do QVA, sendo que os participantes que se encontravam, na altura do preenchimento do questionário, envolvidos numa relação amorosa confiam mais no seu par amoroso, são mais dependentes, menos evitantes e menos ambivalentes que os dependentes químicos em recuperação que estão sós. Pensamos que estes resultados podem estar relacionados com o facto de se ter pedido aos participantes que estavam sem uma relação amorosa neste momento, para responderem ao QVA reportando-se à sua última relação. Gostaríamos de salientar que os fatores associados ao término da relação poderão ter interferido com as respostas dos participantes, pelo que poderá ser importante em estudos futuros acautelar esta questão.

Em relação aos grupos de autoajuda foi muito interessante perceber que os dependentes químicos em recuperação que frequentaram estes grupos no início do seu tratamento apresentam uma maior aceitação de si próprios e são mais autónomos que os dependentes químicos que não frequentaram esses grupos, ou seja; apresentam uma maior maturidade, uma atitude mais positiva perante a vida, são mais independentes e regulam melhor o seu comportamento. Pensamos que estes resultados podem dever-se ao efeito do apoio social (ou apoio social percebido) contra o stresse e que é facilitador de um melhor autocuidado. Este apoio disponibilizado nos grupos de autoajuda é complementado pela existência de apadrinhamento por um membro com mais tempo de recuperação que poderá

ser um facilitador desta atitude perante a vida. (Galanter, 2007). Segundo este autor os grupos de autoajuda podem proporcionar aos dependentes químicos que iniciam a sua recuperação um espaço privilegiado de partilha e identificação que poderá ser promotor de bem-estar.

Quanto às análises correlacionais a informação obtida comporta um manancial de discussão e reflexão. Começamos então pela discussão das correlações entre o BEP e o CATS. Assim, verificamos que quanto mais segura foi a vinculação ao terapeuta maior é o crescimento pessoal, o que é suportado pela teoria, pois uma vinculação segura é preditora de exploração em terapia (Mallinckrodt, Porter & Kivlighan, 2005) o que poderá conduzir a um maior crescimento pessoal e, por consequência, a um maior bem-estar psicológico no futuro. Segundo Ryff (1989^b), o crescimento pessoal implica o desenvolvimento do potencial do indivíduo, crescendo, expandindo-se como pessoa, sendo a abertura à experiência uma das características para um funcionamento completo. Em contrapartida quanto mais elevado é o evitamento na vinculação ao terapeuta menor é o crescimento pessoal, ou seja, uma relação de vinculação evitante com o terapeuta poderá afetar negativamente o crescimento pessoal e repercutir-se no bem-estar psicológico futuro do dependente químico em recuperação. Entrar em recuperação implica uma mudança radical do estilo de vida do dependente, sugere-se um corte radical com o passado, incutindo a necessidade de se fazerem novos amigos, mudar de ambientes e até mesmo procurar novos objetivos de vida. Como se pode entender, todas estas mudanças implicam novas experiências e capacidade por parte do dependente de se confrontar com estes novos desafios. Estas mudanças irão no sentido do crescimento pessoal e do desenvolvimento de potenciais há muito esquecidos ou pouco desenvolvidos pelo dependente.

Existem ainda correlações negativas moderadas entre a dimensão *Relações Positivas* do BEP e as dimensões *Evitante* e *Preocupado* do CATS, resultados que sugerem que quanto menor é o evitamento e preocupação na relação com o terapeuta mais elevada é a qualidade das relações interpessoais, o que revela que quanto menos evitante e preocupada é a pessoa na sua relação com o terapeuta mais facilidade terá em manter relações interpessoais calorosas e de confiança. No tratamento dos dependentes químicos é muito valorizado o relacionamento interpessoal, pois durante os períodos de consumo os dependentes tem tendência para se isolar, relacionando-se com os outros apenas em caso de necessidade. Pretende-se que durante o período de internamento o dependente recupere

ou adquira competências de relacionamento interpessoal, que posteriormente lhe permitam fazer novas amizades e construir relações mais saudáveis.

Com relação ao BEP e ao QVA foram encontradas correlações positivas significativas entre a dimensão *Confiança* do QVA e as dimensões *Crescimento Pessoal*, *Aceitação de Si* e *Relações Positivas* do BEP. Estes resultados significam que quanto mais segura é a relação amorosa dos dependentes químicos em recuperação, maior é o crescimento pessoal, a aceitação de si próprios, a sua auto atualização e mais facilidade têm em criar relações de confiança com os outros. Foi também encontrada uma correlação negativa entre a dimensão *Aceitação de Si* do BEP e a dimensão *Ambivalência* do QVA. O que significa que os dependentes químicos em recuperação que têm uma atitude interior mais positiva não terão dúvidas em relação ao seu papel enquanto figura de vinculação amorosa e nas suas emoções face ao companheiro.

Existem também correlações negativas significativas entre a dimensão *Relações Positivas* do BEP e as dimensões *Dependência*, *Evitamento* e *Ambivalência* do QVA. Pode entender-se, por estes resultados, que os dependentes químicos em recuperação que têm maior capacidade de amar, de manter relações positivas e de intimidade com os outros, apresentam estratégias de regulação emocional mais seguras nas suas relações de vinculação, sendo mais capazes de regular o medo da perda, a ansiedade de separação do seu companheiro e a necessidade de proximidade física e emocional.

Entre o CATS e o QVA também foram encontradas diferenças significativas, nomeadamente com relação à dimensão *Evitante/Amedrontado* do CATS que se correlacionou positivamente com as dimensões *Evitamento* e *Ambivalência* do QVA. Estes resultados indicam que quanto mais inseguro e desligado da relação amorosa é o dependente químico em recuperação, mais desconfiado ele era na relação com o terapeuta. O companheiro funcionará em segundo plano no preenchimento das suas necessidades de vinculação e o mesmo tenderá a centrar-se na sua própria capacidade de resolução de problemas. Encontramos também correlações positivas significativas entre o CATS *Preocupado/Ambivalente* e as dimensões *Dependência*, *Evitamento* e *Ambivalência* do QVA. Estes resultados poderão significar que os dependentes químicos em recuperação que desejavam mais contacto e proximidade com o terapeuta terão mais dificuldades nos seus relacionamentos pessoais, nomeadamente no que diz respeito à necessidade de proximidade física e emocional do seu companheiro, centração em si próprio e nas suas inseguranças em relação ao seu companheiro amoroso.

Esperávamos encontrar uma correlação positiva entre a vinculação *Segura* ao terapeuta e a *Confiança* da vinculação amorosa e tal não sucedeu. Intrigados com este resultado, decidiu-se efetuar uma correlação parcial controlando a variável tempo de relação. Com o controlo desta variável encontramos uma correlação positiva significativa entre estas duas dimensões. O controlo da variável tempo de relação teve um efeito elevado sobre a força da relação entre estas duas dimensões. Através desse controle foi possível estimar mais acuradamente o grau de associação entre estas duas variáveis, ou seja, ao retirar-se da equação a variável tempo de relação a associação entre a vinculação *Segura* ao terapeuta e a *Confiança* da vinculação amorosa tornou-se significativa o que significa quanto mais elevada a segurança do dependente químico recuperado na relação com o terapeuta, maior a sua confiança na relação romântica.

Estes dados, muito embora sejam apenas correlações, vão de encontro às hipóteses formuladas de que dimensões da vinculação ao terapeuta se encontram associadas com o Bem-Estar Psicológico, que as dimensões da vinculação amorosa se encontram associadas com o Bem-Estar Psicológico e que as dimensões da vinculação ao terapeuta se encontram associadas à vinculação amorosa.

Por último, realizamos regressões hierárquicas múltiplas que nos permitiram obter um quadro compreensivo das implicações diferenciais de algumas variáveis de carácter socio demográfico e da história clínica, assim como do QVA e do CATS, assumindo como variáveis dependentes as dimensões *Crescimento Pessoal*, *Aceitação de Si*, *Autonomia* e *Relações Positivas* do BEP.

Em primeiro lugar, verificamos que o *Crescimento Pessoal* parece ser melhor explicado pela idade, idade de início dos consumos, tempo a consumir, idade de entrada em recuperação dos dependentes químicos em recuperação, quando se insere as dimensões do QVA, sendo que a idade e a idade de entrada em recuperação estão positivamente associadas ao crescimento pessoal e idade de início dos consumos e o tempo a consumir negativamente associadas. A dimensão *Confiança* do QVA está positivamente associada ao *Crescimento Pessoal*. Para um melhor funcionamento psicológico torna-se necessário que o individuo continue a desenvolver o seu potencial como pessoa (Ryff, 1989b). Os dependentes químicos recuperados não são de todo diferentes da restante população, e como tal, o tempo transporta consigo novos desafios e tarefas a resolver que culminam num crescimento pessoal mais acentuado nos dependentes químicos em recuperação mais velhos, quer em termos da sua idade, quer em termos da idade em que entraram em

recuperação. Em consonância com este resultado o crescimento pessoal é menor nos dependentes químicos que iniciaram os seus consumos mais tarde e que estiveram mais tempo a consumir. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de as drogas e o álcool por vezes poderem funcionar como uma forma destrutiva de os sujeitos acalmarem, enfrentarem ou mesmo evitarem emoções dolorosas, o que poderá interferir com a realização das potencialidades do dependente químico (Mikulincer & Shaver, 2007).

Quanto à associação positiva da dimensão *Confiança* do QVA com o *Crescimento Pessoal*, os resultados dos estudos da relação entre estas dimensões indicam que uma maior segurança na vinculação está associada com um maior bem-estar e com relacionamentos mais satisfatórios (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000). As dimensões *Seguro* e *Evitante* do CATS são também explicativas dessa dimensão, sendo que a segurança se correlaciona positivamente e o evitamento negativamente.

No caso da *Aceitação de Si*, apenas a idade, a dimensão *Seguro* do CATS e a dimensão *Confiança* do QVA são explicativas desta dimensão. Ou seja, quanto mais velho for o dependente químico recuperado, quanto maior foi a sua segurança na vinculação ao terapeuta e confiança na relação amorosa, mais elevada será a aceitação de si, a sua capacidade de auto atualização e a sua maturidade.

Com relação à *Autonomia*, verificamos, que a idade dos participantes continua a ter poder explicativo, ou seja, quanto mais velhos os participantes, mais elevadas serão a sua autonomia, independência e regulação interna. As dimensões do CATS são também explicativas desta dimensão, no entanto quando acrescentamos as dimensões do QVA, a dimensão *Preocupado* do CATS deixa de ser explicativa da *Autonomia*.

Por último, as *Relações Positivas*, ao contrário das restantes dimensões do BEP, não é influenciada pela idade dos participantes, mas é influenciada pela idade de início dos consumos, tempo a consumir e idade de entrada em recuperação, sendo que a idade de início dos consumos e o tempo a consumir estão positivamente associadas às relações positivas e a idade de entrada em recuperação negativamente associada. Estes resultados indicam que quanto mais velhos os sujeitos iniciam os seus consumos e quanto mais tempo estiveram a consumir menos dificuldade terão no relacionamento com os outros. Por outro lado, quanto mais velhos entram em recuperação, mais dificuldades vão sentir em criar relações positivas com os outros. As dimensões *Seguro* e *Evitante* do CATS continuam a ser explicativas, assim como a dimensão *Confiança* do QVA.

As regressões confirmam as nossas hipóteses de que as dimensões da vinculação ao terapeuta se associem a dimensões do bem-estar psicológico, que dimensões da vinculação amorosa se associem a dimensões do bem-estar psicológico e que dimensões da vinculação ao terapeuta se associem a dimensões da vinculação amorosa.

Estes resultados vão no sentido dos resultados encontrados em estudos anteriores, que demonstraram que a vinculação segura é preditiva de bem-estar (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000, Moore & Leung 2002, Leak & Cooney, 2001).

Por fim e não tendo sido esse o objetivo principal deste estudo gostaríamos de salientar que a tradução e adaptação para o português do instrumento CATS poderá ser uma mais-valia para estudos posteriores sobre a vinculação ao terapeuta, pois este instrumento mostrou ter uma estrutura estável e parcimoniosa.

4. Considerações Finais

Este trabalho teve como motivação inicial algumas questões que foram surgindo ao longo do meu percurso profissional e académico. O contacto com os dependentes químicos durante o internamento e o apoio pós tratamento, que tive o privilégio de experienciar, despertaram em mim algumas questões de difícil resposta, entre as quais destaco: Que fatores poderão ter influência na mudança de um percurso desadaptativo de consumo de drogas para um percurso adaptativo de recuperação? Qual o papel da vinculação ao terapeuta no sucesso ou insucesso da intervenção psicológica nesta população? Porque é que entre quatro terapeutas de uma mesma instituição encontramos taxas de sucesso muito distintas? Poderia continuar indefinidamente a enumerar as questões que foram surgindo na minha mente, mas sintetizando, a grande questão era: porque é que uns residentes entravam em recuperação enquanto outros recaíam? Como é óbvio seria ingénuo da minha parte pensar que existiria uma resposta direta e simples para uma questão tão abrangente e complexa, no entanto, a complexidade da questão não me esmoreceu a vontade, muito antes pelo contrário “espicaçou” a minha curiosidade e incentivou a vontade. Fazendo jus à minha experiência e contactos privilegiados na área da dependência, decidimos, mergulhar, neste labirinto intrincado, escolhendo uma pequena parte do mesmo para investigar, nomeadamente a vinculação ao terapeuta, a vinculação ao par romântico e o bem-estar psicológico em dependentes químicos em recuperação. Como é óbvio, esta é apenas uma

“ponta do iceberg”, mas que poderá ajudar a lançar novas questões e novos caminhos na investigação desta problemática.

Os resultados sugerem que a vinculação ao terapeuta e a vinculação amorosa se encontram associadas ao bem-estar psicológico nos dependentes químicos em recuperação, nomeadamente nas dimensões crescimento pessoal, aceitação de si, autonomia e relações positivas. Foram também encontradas associações entre a vinculação ao terapeuta e a vinculação amorosa e associações entre a vinculação amorosa, o sexo e a relação amorosa. Constatou-se, ainda, que a idade, relação amorosa, tempo de relação amorosa, idade de início dos consumos, duração dos consumos, tempo de recuperação, idade de entrada de recuperação e apoio pós tratamento estão também associadas com as dimensões do bem-estar acima mencionadas.

Paralelamente, gostaríamos de realçar alguns aspetos deste estudo que consideramos serem contributos inovadores. Por um lado, parece-nos que o estudo da população de dependentes químicos em recuperação poderá lançar alguma luz na compreensão dos fenómenos psicológicos estudados, nomeadamente no que diz respeito à vinculação ao terapeuta, a vinculação amorosa e a sua relação com o bem-estar. Um segundo aspeto que nos parece importante salientar, prende-se com a conjugação das diferentes variáveis estudadas, uma vez que não encontramos qualquer outro estudo que relacionasse estas dimensões e menos ainda nesta população.

Antes de finalizar esta reflexão gostaríamos de nos debruçar sobre as limitações deste estudo. Os resultados presentes deste trabalho estão assentes numa amostra com especificidades muito próprias, no que concerne às relações interpessoais e às vivências de dependência ao longo do seu desenvolvimento. É assim importante referir que este estudo, no que diz respeito à vinculação ao terapeuta, foi efetuado retrospectivamente o que pode ter suscitado, nos participantes, uma visão idealizada da sua relação com o terapeuta. Por outro lado, gostaríamos também, de chamar a atenção para a heterogeneidade da nossa amostra, com efeito, este facto, pode ter tido alguma influência, em alguns dos nossos resultados.

Seria pois, importante conduzir, estudos adicionais de carácter longitudinal, utilizar outro tipo de instrumentos e conduzir paralelamente estudos de carácter qualitativo sobre esta temática, por forma a conseguir-se melhor entender a importância da vinculação ao terapeuta e da vinculação amorosa no bem-estar psicológico e consequentemente na manutenção recuperação dos dependentes químicos.

Referências Bibliográficas

- A.P.A. (2002). *DSM-IV-TR - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Andersson, P., & Eisemann, M. (2004). Parental rearing and substance related disorders: A multifactorial controlled study in a Swedish sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 392–400.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226–244.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*, 3–35.
- Bretherton, I. (1990). Communication Patterns internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, *11*, 237-252
- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, *54*, 106-148.
- Caspers, K., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, *1*, 32-42.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 1380 – 1397.
- Doumas, D., M., Blasey, C., M., & Mitchell, S. (2006). Adult attachment, emotional distress, and interpersonal problems in alcohol and drug dependency treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *4*, 41-54.
- Fernandes L., & Carvalho, C. M. (2000). Por onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método do Snowball. *Revista Toxicodependências*, *6*, 17-28.

- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion, and adaptability. *Substance Use and Misuse*, 38, 271–292.
- Fonte, C. (2006) *O consumo de drogas e os comportamentos aditivos: alguns modelos teóricos-explicativos*. Tese Doutorado não publicada, Universidade Fernando Pessoa.
- Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 33, 265–272
- Hazan C, Shaver P. (1994). Attachment as an organized framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5:1–22.
- Hofler, D.Z., & Kooyman, M. (1986). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding—an integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 13:511–519.
- Hull, J. G., Young, R. D., & Jouriles, E. (1986). Applications of the self-awareness model of alcohol consumption: Predicting patterns of use and abuse. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 790–796.
- La Guardia J. G., Ryan R. M., Couchman C. E., & Deci E. L. (2000). Within-person variation in security of attachment: A self-determination theory perspective on attachment, need of fulfillment, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 367-384
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4, 84-99.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 267-270.
- Mallinckrodt B., Gantt, L. D., Coble M.H. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: development of the client attachment to therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 307-317
- Mallinckrodt, B., Porter & Kivlighan (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration, and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1, 85–100.
- Matos, P., M. (2011). Das famílias dos clientes às “famílias” dos psicoterapeutas: questões sobre o desenvolvimento dos terapeutas. In Matos, P. M., Duarte, C. &

- Costa, M.(Eds). *Famílias: questões de desenvolvimento e intervenção (243-270)*. Porto: Livpsic.
- Matos, P., Barbosa, S., & Costa, M. (2001). Avaliação da vinculação amorosa em adolescentes e jovens adultos: construção de um instrumento e estudos de validação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstica y Evaluación Psicológica*, 1, 93-109.
- Mendes, F., & Manita, C. (2006). Vivências de abstinência: As significações do uso de drogas ao longo da trajetória de ex: consumidores de drogas duras. *Revista Toxicodependências*, 12, 37-48.
- Mickelson, K., D., Kessler R., C., & Shaver, P., R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of personality and social psychology*, 5, 1092-1106
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Milby, J. (1981). *A dependência de drogas e o seu tratamento*. São Paulo: Pioneira.
- Monteiro, I. J. (2010). *Solidariedade familiar intergeracional e bem-estar psicológico: estudo intergeracional sobre relação de apoio entre filhas adultas e suas mães*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Porto. Porto.
- Moore, S. e Leung C. (2002). Young people's romantic attachment styles and their associations with well-being. *Journal of Adolescence*, 25, 243–255
- Organização Mundial de Saúde (1993). *CID-10: Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Obegi, H.J., & Berant, E. (2009). *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York. Guilford Press.
- Olsson, U. H., Troye, S. V., & Howell, R. D. (1999). Theoretic fit and empirical fit: The performance of maximum likelihood versus generalized least squares estimation in structural equation models. *Multivariate Behavioral Research*, 34, 31-58.
- Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Australia: Allen&Unwin.
- Parish, M., & Eagle M.N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 2, 271–286.

- Reber, A. S., & Reber E. S. (2001). *The Penguin dictionary of psychology (3rd ed.)*. London: Penguin.
- Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The secure base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 495-504.
- Rosa F. Novo, David Neto, Ana Marcelino e Hugo Espírito Santo (2006). *Estudo de validação das medidas de bem-estar psicológico em amostras com e sem psicopatologia identificada*. Trabalho apresentado na IX Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Braga
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-166.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2000). Interpersonal flourishing: A positive health agenda for the new millennium. *Personality and Social Psychology Review, 4*, 30-44.
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it?: Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069–1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719–727.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies, 9*, 13-39.
- Ryff, C., & Singer, B. H. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry, 9*, 1-28.
- Schutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 549–559.
- Sauer, E. M., Anderson, M., Z., Gormley B., Richmond, C., J., & Preacco L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychotherapy Research, 20*, 702-711.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Kustner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development, 7*, 207–228.

- Schuengel, C. & Jzendoorn, M. (2001). Attachment in mental health institutions: A critical review of assumptions, clinical implications, and research strategies. *Attachment & Human Development*, 3, 304–323.
- Skourteli e Lennie (2011). The therapeutic relationship from an attachment theory perspective. *Counselling Psychology Review*, 1, 20-33
- Tait, R. J., Hulse, G. K., Robertson, S. I., Sprivulis, P. C. (2005). Emergency department-based intervention with adolescent substance users: 12-month outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 79,359–363.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31, 732-737.
- Torres, N. M. (2003). A química da dependência e as dependências tóxicas. Para um modelo biopsicossocial. *Revista Toxicodependências*, 9, 29-45.
- Torres, Sanches e Neto (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes e estudantes. *Revista Toxicodependências*, 10, 57-70.
- Torres, N., & Oliveira, D. (2010). Vinculação e sistema de prestação de cuidados em dependentes de substâncias em tratamento. Adaptação portuguesa do questionário de prestação de cuidados. *Revista Toxicodependências*, 16, 3-14.
- Tuicompee, A., Romano, J. L. (2005). Psychological wellbeing of Thai users: implications and prevention. *International Journal of the Advancement of Counselling*, 27:431–444.

ANEXOS

ANEXO I
Protocolo dos Questionários

UNIVERSIDADE DO PORTO

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Este questionário tem por objetivo conhecer as suas opiniões acerca de si próprio(a) e do seu relacionamento com os outros. Não se trata de um teste de avaliação, pelo que não existem respostas certas e erradas. O que é importante é que responda com a sinceridade a todas as questões.

As suas respostas serão utilizadas para fins de investigação psicológica, sendo absolutamente garantida a confidencialidade e o anonimato.

Leia com atenção cada uma das afirmações e as opções de resposta disponíveis. Depois, basta assinalar com um X ou um O a(s) alternativa(s) que melhor se adequa(m) ao seu caso pessoal.

Em caso de engano na resposta a uma questão, pode riscar e assinalar a sua opção definitiva. Se surgirem dúvidas, não hesite em pedir ajuda a quem se encontre a administrar o questionário. **No final, verifique, por favor, se respondeu a todas as perguntas, os questionários são compostos de frente e verso.** A sua colaboração é da máxima importância para o prosseguimento do nosso estudo, pelo que desde já lhe agradecemos a sua disponibilidade.

Questionário Sociodemográfico

Sexo F M **Idade** _____

Estado civil Solteiro Casado Recasado Divorciado
 Viúvo União de facto

Encontra-se numa relação amorosa? Sim Não Há quanto tempo? _____

Filhos Sim Não Quantos? _____

Habilitações Literárias Completas:

EB/1 1º Ciclo	EB/2 2º Ciclo	EB/3 3º Ciclo	Secundário
1 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
2 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>		9 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
4 <input type="checkbox"/>			

Curso Profissional Frequência Universitária Curso Superior

Situação Profissional:

Profissão _____ Empregado? Sim Não

Quando entrou em tratamento estava empregado? Sim Não

Se não, quanto tempo demorou a arranjar emprego? _____

Há quanto tempo está empregado? _____ Há quanto tempo está desempregado? _____

Consumos:

Substância Principal: Heroína Cocaína Base de Cocaína
 Álcool LSD Êxtase
 Cannabis Benzodiazepinas
 Barbitúricos Outra _____

Idade de início de consumos _____ Idade de entrada em recuperação _____

Tempo de Recuperação Anos _____ Meses _____

Tratamento

Última Comunidade Casas de Santiago Crato Creta
 Dia Nova Vila Ramadas Farol
 Nuno Santiago Odessa Outeiro
 Projeto Homem R12 Ran
 Rumo Certo Sae Sol por Hoje

Outra _____

Entrada no último tratamento (mês/ano) ___/___

Saída do último tratamento (mês/ano) ___/___

Número de tratamentos em comunidade _____

Apoio pós tratamento

Grupos de Autoajuda

Diária Duas vezes por semana Semanal

Quinzenal Mensal Outra _____

Consultas em Unidades Privadas Toxicodependência (After-care/terapias/vivências)

Diária Duas vezes por semana Semanal

Quinzenal Mensal Outra _____

Consultas em Unidades Públicas de Toxicodependência (CAT/CRIS)

Diária Duas vezes por semana Semanal

Quinzenal Mensal Outra _____

Outro apoio terapêutico _____

Diária Duas vezes por semana Semanal

Quinzenal Mensal Outra _____

UNIVERSIDADE DO PORTO

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

CATS

(Mallinckrodt, Gantt & Coble, 1995; adaptação de Brandão, Carvalho & Matos, 2011)
 Forma B

Estas afirmações referem-se aos diferentes modos das pessoas se sentirem em relação ao seu terapeuta. Por favor tente responder a cada item utilizando a escala abaixo, indicando o quanto concorda ou discorda com cada afirmação e **reportando-se à fase final do seu tratamento em comunidade.**

Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Discordo Moderadamente 3	Concordo Moderadamente 4	Concordo 5	Concordo Totalmente 6
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Eu não recebia suficiente apoio emocional por parte do(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. | O(a) meu(minha) terapeuta era sensível às minhas necessidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. | Pensava que o(a) meu(minha) terapeuta não me aceitava. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. | Gostaria de “ter sido um só” com o meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. | O(a) meu(minha) terapeuta transmitia-me segurança. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. | Falar sobre os meus problemas com o(a) meu(minha) terapeuta fazia-me sentir envergonhado(a) ou ridículo(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. | Gostaria de ter podido estar com o(a) meu(minha) terapeuta todos os dias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. | Sentia que de alguma forma as coisas me iriam correr bem quando eu estava com o(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. | Sabia que podia dizer qualquer coisa ao(à) meu(minha) terapeuta que ele(a) não me iria rejeitar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. | Gostaria que o(a) meu(minha) terapeuta se tivesse sentido mais próximo(a) de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. | O(a) meu(minha) terapeuta não me dava atenção suficiente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. | Não gostava de partilhar os meus sentimentos com o(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. | Gostaria de ter sabido mais sobre o(a) meu(minha) terapeuta a nível pessoal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. | Quando revelava os meus sentimentos, o(a) meu(minha) terapeuta respondia de uma forma que me ajudava. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. | Sentia-me humilhado(a) nas sessões com o(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. | Pensava em telefonar para casa do(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. | Não sabia que reacções esperar do(a) meu(minha) terapeuta de sessão para sessão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Discordo Moderadamente 3	Concordo Moderadamente 4	Concordo 5	Concordo Totalmente 6
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

- | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|
| 18. | Às vezes tinha receio de que se não agradasse ao(à) meu(minha) terapeuta, ele(a) me iria rejeitar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. | Gostaria de ter sido o(a) cliente favorito(a) do(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. | Sabia que o(a) meu(minha) terapeuta gostava de trabalhar comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. | Suspeitava que o(a) meu(minha) terapeuta nem sempre era sincero(a) comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. | Gostaria que tivesse havido uma maneira de passar mais tempo com o(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. | Ficava ressentido(a) de ter de lidar com os problemas sozinho(a) quando o(a) meu(minha) terapeuta poderia ter-me ajudado mais. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. | O(a) meu(minha) terapeuta queria saber mais sobre mim do que eu estava disposto(a) a falar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. | Gostaria de ter podido também fazer algo pelo(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. | O(a) meu(minha) terapeuta ajudava-me a aprofundar situações da minha vida que me perturbavam e assustavam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. | Sentia-me seguro(a) com o(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. | Gostaria que o(a) meu(minha) terapeuta não tivesse sido meu(minha) terapeuta, para que pudéssemos ser amigos(as). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. | O(a) meu(minha) terapeuta era uma presença reconfortante quando eu estava transtornado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. | O(a) meu(minha) terapeuta tratava-me mais como se eu fosse uma criança em vez de um adulto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. | Muitas vezes dava por mim a pensar nos(as) outros(as) clientes do meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. | Sabia que o(a) meu(minha) terapeuta iria compreender as coisas que me incomodavam. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. | Era difícil para mim confiar no(a) meu(minha) terapeuta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. | Tinha a certeza que o(a) meu(minha) terapeuta estaria lá para mim se eu realmente precisasse dele(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. | Não tinha a certeza de que o(a) meu(minha) terapeuta estivesse assim tão preocupado(a) comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. | Quando estava com o(a) meu(minha) terapeuta sentia que eu era a sua principal prioridade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

UNIVERSIDADE DO PORTO
 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
 QVA
 (Paula Mena Matos e Maria Emília Costa, 2001)
 Versão para Investigação - FORMA C

Este questionário procura descrever diferentes maneiras das pessoas viverem as relações amorosas. Leia atentamente cada uma das frases e assinale com um círculo a resposta que melhor exprime o modo como se sente na relação com **a(o) sua(seu) companheira(o)/esposa(marido)**.

Para cada frase deverá responder de acordo com as seis alternativas que se seguem:

Discordo totalmente 1	Discordo 2	Discordo moderadamente 3	Concordo moderadamente 4	Concordo 5	Concordo totalmente 6
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------	-----------------------------

- | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| 1. O(a) meu (minha) companheiro(a) respeita os meus sentimentos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Fico muito nervoso(a) se não consigo encontrar a minha(meu) companheira(o) quando preciso dela(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. O apoio dela(e) não é importante para mim. Sei que sou capaz de resolver as coisas sozinho(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Gostava de ser a pessoa mais importante para ela, mas não estou certo de que assim seja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. A(o) minha(meu) companheira(o) compreende-me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Só consigo enfrentar situações novas, se ela(e) estiver comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. É-me indiferente, quando ela(e) prefere passar o tempo com outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Às vezes sinto admiração por ela(e); outras vezes não. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Fico irritado quando combinamos coisas juntos e ela(e) não pode estar comigo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Não sei o que me vai acontecer se um dia a nossa relação terminar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Na minha vida, a minha relação amorosa é secundária. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Sei que posso contar com a minha(meu) companheira(o) sempre que precisar dela(e). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Sinto-me posto de lado, quando ela(e) decide passar o tempo com outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Discutir assuntos com ela(e) é uma perda de tempo e não leva a lado nenhum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Quando não podemos estar juntos, sinto-me abandonado(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Para me sentir bem comigo próprio(a), são mais importantes outras coisas do que a minha(meu) companheira(o). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Desagrada-me a maneira de ser da minha(meu) companheira(o). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Sei que, se a minha relação terminar, isso não me vai afectar muito. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Ela(e) dá-me coragem para enfrentar situações novas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Discordo totalmente	Discordo	Discordo moderadamente	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5	6

20. Fico furioso quando preciso do apoio da minha(meu) companheira(o) e não posso contar com ele.	1	2	3	4	5	6
21. Eu e a minha(meu) companheira(o) é como se fossemos um só.	1	2	3	4	5	6
22. Fico muito nervoso quando penso que posso perder a(o) minha(meu) companheira(o).	1	2	3	4	5	6
23. Prefiro que ela(e) me deixe em paz e não ande sempre atrás de mim.	1	2	3	4	5	6
24. Não gosto de lhe pedir apoio porque sei que nunca me compreenderia.	1	2	3	4	5	6
25. Ela(e) tem uma importância decisiva na minha maneira de ser.	1	2	3	4	5	6
26. Tenho sempre a sensação de que a nossa relação vai terminar.	1	2	3	4	5	6
27. Sempre achei que, apesar de gostar da minha companheira(a), não vou sentir muito a falta dela(e) se a relação terminar.	1	2	3	4	5	6
28. Às vezes acho que ela(e) é fundamental na minha vida; outras vezes não.	1	2	3	4	5	6
29. Confio nela para me apoiar em momentos difíceis da minha vida.	1	2	3	4	5	6
30. Quando tenho problemas, nem sempre gosto de procurar a(o) minha(meu) companheira(o).	1	2	3	4	5	6
31. Tenho dúvidas se sou realmente importante para ela(e).	1	2	3	4	5	6
32. Quando não podemos estar juntos, eu não sei o que fazer.	1	2	3	4	5	6
33. Quando tenho um problema, só o facto de pensar nela(e) põe-me mais calmo.	1	2	3	4	5	6
34. Não preciso dos cuidados da(o) minha(meu) companheira(o).	1	2	3	4	5	6
35. A(o) minha(meu) companheira(o) faz-me sentir bem comigo próprio.	1	2	3	4	5	6
36. Ela(e) desilude-me muitas vezes.	1	2	3	4	5	6
37. As minhas conversas com ela(e) não me trazem nada de novo.	1	2	3	4	5	6
38. Quando vou a algum sítio desconhecido, sinto-me melhor se ela(e) estiver comigo.	1	2	3	4	5	6
39. Apesar da minha relação ser importante, muitas vezes sinto-me sozinho(a).	1	2	3	4	5	6
40. Quando algo de grave acontece comigo, prefiro não estar perto dela(e).	1	2	3	4	5	6
41. Ela(e) não me dá a atenção que eu gostaria.	1	2	3	4	5	6
42. A(o) minha(meu) companheira(o) aceita-me como eu sou.	1	2	3	4	5	6
43. Apesar de haver coisas de que não gosto na(o) minha(meu) companheira(o), no fundo eu gostaria de ser como ela(e).	1	2	3	4	5	6
44. Quando tenho um problema, prefiro ficar sozinho(a) a procurar o(a) minha(meu) companheira(o).	1	2	3	4	5	6
45. Não me preocupa se não pudermos estar juntos durante as férias.	1	2	3	4	5	6
46. Gostava que ela(e) me ligasse mais.	1	2	3	4	5	6
47. Tenho medo de ficar sozinho(a), se perder a(o) minha(meu) companheira(o).	1	2	3	4	5	6
48. As relações terminam sempre; mais vale eu não me envolver.	1	2	3	4	5	6
49. A(o) minha(meu) companheira(o) só pensa em si própria(o).	1	2	3	4	5	6
50. É fundamental para mim que ela(e) concorde com aquilo que eu penso.	1	2	3	4	5	6
51. Ela(e) é apenas mais uma das pessoas com quem estou no dia-a-dia.	1	2	3	4	5	6
52. A(o) minha(meu) companheira(o) incentiva-me a fazer coisas diferentes.	1	2	3	4	5	6

UNIVERSIDADE DO PORTO
 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
BEP
 (Ryff & Keyes, 1989, adaptação Novo, 2002)

Por favor indique o grau de concordância com que cada uma das afirmações seguintes de acordo com a seguinte escala (circule ou marque com um X o numero que corresponde à sua resposta.

Discordo Completamente	Discordo Bastante	Discordo Ligeiramente	Concordo Ligeiramente	Concordo Bastante	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6

- | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. | Quando olho para a história da minha vida, sinto-me satisfeito com o modo como as coisas têm corrido até agora. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. | Algumas pessoas vagueia sem rumo pela vida, mas eu não sou uma delas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. | As exigências do dia-a-dia muitas vezes deitam-me abaixo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. | De muitas maneiras, sinto-me desapontado(a) com o consegui na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. | Manter relações próximas tem sido tem sido difícil e frustrante para mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. | Vivo a vida um dia de cada vez e não penso muito no futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. | Geralmente, sinto que tenho controlo sobre a situação em que vivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. | Sou bom a gerir as responsabilidades da minha vida quotidiana. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. | Por vezes, sinto-me como se já tivesse feito tudo o que havia a fazer na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. | Para mim a vida tem sido um processo continuo de aprendizagem, mudança e crescimento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. | Penso que é importante ter novas experiências que desafiem a forma como eu penso acerca de mim e do mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. | Os outros poderiam descrever-me como uma pessoa generosa, disposta a partilhar o meu tempo com eles. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. | Já há muito tempo que desisti de fazer grandes melhorias ou mudanças na minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. | Tenho tendência para ser influenciado(a) por pessoas com opiniões fortes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. | Não tenho experienciado muitas relações calorosas e de confiança com outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. | Tenho confiança nas minhas próprias opiniões, mesmo quando elas são diferentes da forma como a maioria das pessoas pensa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. | Eu julgo-me a mim mesmo de acordo com aquilo que eu acho que é importante, e não de acordo com aquilo que os outros acham que é importante. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ANEXO II
Regressão múltipla hierárquica

Regressão múltipla hierárquica preditores das dimensões do BEP

	Crescimento Pessoal			Aceitação de si			Autonomia			Relações Positivas		
	SE			SE			SE			SE		
	B	β	B	B	β	B	B	β	B	β	B	
Bloco 1												
Idade	.51	.02	.44*	.08	.03	.54**	.72	.03	.58**			
Sexo												
Idade início Consumos										.09	.03	6.3***
Tempo a consumir										.09	.02	6.5***
Idade entrada recuperação										-.09	.02	-7.6***
Tempo de recuperação										.01	.004	.55*
Bloco 2												
Idade	.07	.02	.63**	.09	.03	.64***	.09	.03	.02**			
Sexo												
Idade início Consumos	-.07	.02	-6.4***							.12	.03	8.6***
Tempo a consumir	-.07	.02	-6.8***							.12	.03	8.9***
Idade entrada recuperação	.06	.02	7.1***							-.12	.02	-10.3***
Tempo de recuperação												
CATS Seguro	.54	.14	.49***	.31	.16	.24*	.40	.15	.34**	-.59	.16	-.42***
CATS Evitante							.41	.17	.32*	-.94	.18	-.60***
CATS Preocupado							-.21	.11	-.20*			
Bloco 3												
Idade	.08	.02	.71**	.09	.03	.68***	.09	.03	.70***			
Sexo												
Duração da relação												
Idade início Consumos	-.09	.02	-8.04***							.11	.03	7.9***
Tempo a consumir	-.09	.02	-8.49***							.11	.02	8.2***
Idade entrada recuperação	.08	.02	9.01***							-.11	.02	-9.3***
Tempo de recuperação	-.003	.001	-.28*									
CATS Seguro	.61	.14	.56***	.34	.17	.26*	.35	.16	.30*	-.62	.16	-.43***
CATS Evitante	.43	.17	.36**				.37	.19	.29*	-.83	.18	-.53***
CATS Preocupado												
QVA Confiança	.27	.12	.30*	.36	.15	.33*				.29	.14	.24*
QVA Dependência												
QVA Evitamento												
QVA Ambivalência										-.40	.13	-.29**

β - beta estandardizado; B - betas não estandardizados; SE B - erro dos betas não estandardizados; r^2 coeficiente de determinação; $r^2\Delta$ - incremento no valor do coeficiente de determinação; * Correlação significativa a .05 level (2-tailed); ** Correlação significativa a .01 level (2-tailed); *** Correlação significativa a .001 level (2-tailed).