

# RESILIÊNCIA E TOXICODPENDÊNCIA

Monografia de Licenciatura - área de Psicologia Clínica

[2007]

**Alcídia da Cruz Lima**

Estudante no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal)

Orientadora:

**Dra. Ana Rosa de Oliveira Velez Tapadinhas**

Email:

[alcidia.lima@gmail.com](mailto:alcidia.lima@gmail.com)

---

## RESUMO

A resiliência psicológica é um fenómeno que tem vindo a ser investigado enquanto um recurso psicológico que possibilita ao sujeito enfrentar e adaptar-se positivamente nas situações adversas de intenso sofrimento e stress (Rutter, 2000; Masten, 2001; Bonnano, 2004; Werner, 2005). De acordo com Beauvais e Oetting (1999) ser resiliente perante o uso de drogas significa que um sujeito esteve em risco de se tornar utilizador e escolheu não o ser. A amostra foi constituída por 70 sujeitos com irmãos, em que na fratria coexistem sujeitos com problemas de toxicodpendência e sujeitos sem historial anterior de abuso e dependência de substâncias psicoactivas, distribuindo-se em dois grupos de estudo, Grupo1 (n=39) e Grupo 2 (n=31). A amostra global de participantes (N=70) é constituída por sujeitos com idades compreendidas entre os 21 e 54 anos e idade média de 36,0 anos (DP=7,378). No estudo realizado, pretendeu investigar-se a relação entre a resiliência psicológica e a toxicodpendência no contexto da fratria, procurando compreender se existiriam diferenças entre ambos os grupos de sujeitos em análise e por outro lado se haveriam relações entre as variáveis sócio-demográficas seleccionadas. O estudo apresentado seguiu um método de investigação exploratório transversal, com uma amostra de conveniência, não probabilística e consistiu em comparar dois grupos de sujeitos, procurando verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Para análise das variáveis sócio-demográficas foi utilizado um Questionário Sócio-demográfico. Como instrumento de avaliação quantitativa, foi utilizada a Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993) aferida para a língua portuguesa por Pesce et al. (2005) e validada para a população portuguesa por Vara e Sani (2006). Como principais conclusões deste estudo, na relação entre a resiliência e toxicodpendência na fratria, identificam-se os irmãos não toxicodpendentes como mais resilientes. No entanto, para estes os resultados na análise da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) apontam para fragilidades ao nível da

Autonomia e determinação na concretização de objectivos (Factor II), o que poderá remeter para o reconhecimento de que de facto este é um grupo vulnerável, perante o contexto familiar vivido. Contudo, as variáveis sócio-demográficas analisadas como o estado civil, a coabitação e o nível sócio-económico apontam para uma capacidade de superação e de adaptação, perante as dificuldades vividas face ao contexto familiar, com um impacto importante no seu desenvolvimento (Angel et al., 2002; Fernandes, 2002; Fleming, 1999; Luthar, 1993). Destacam-se também as diferenças de género e a posição na fratria, o que reforça por um lado o determinismo biológico (género) e por outro, a influência dos modelos educativos parentais e dos papéis sociais que condicionam atitudes e comportamentos face a um mesmo factor e situação e risco (Rutter, 1985; Abraão, 1998; Werner, 2005). Esta perspectiva permite levantar possíveis hipóteses de estudo para futuros trabalhos e investigação, quanto à compreensão da influência dos factores de risco de acordo com a diferença de género.

**Palavras-chave:** Toxicodependência, fratria, resiliência, factores de risco, factores protectores, factores de risco familiar

---

## I. INTRODUÇÃO

A resiliência psicológica é um fenómeno que tem vindo a ser investigado enquanto um recurso psicológico que possibilita ao sujeito enfrentar e adaptar-se positivamente nas situações adversas de intenso sofrimento e stress (Rutter, 2000; Masten, 2001; Bonnano, 2004; Werner, 2005).

A maior parte dos estudos nesta área tem vindo a debruçar-se acerca da infância e a adolescência enquanto períodos de desenvolvimento mais frágeis, onde os factores ambientais e sociais menos favoráveis poderão dificultar o bom desenvolvimento psicossocial (Garmezy & Masten, 1995; Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 2005).

O uso e abuso de substâncias psicoactivas constitui uma ameaça para a saúde e o pleno desenvolvimento dos jovens, revelando-se claramente como um factor de risco, enquanto representação e significado de experimentação, risco e de desafio, procura de alívio e de evasão perante os conflitos internos e externos, vivências próprias desta etapa de desenvolvimento (Feijão & Lavado, 2004; Matos & Camacho, 2006; Vinagre & Lima, 2006; Silva & Deus, 2005). No entanto, é reconhecido que, de entre uma grande percentagem dos sujeitos que experimentam substâncias psicoactivas, apenas uma pequena parte fica dependente (Spence & Matos, 2000; OEDT, 2006; Vinagre & Lima, 2006).

Vários autores têm vindo a identificar que a vivência em ambientes com múltiplos factores de risco (baixo nível sócio-económico; toxicodependência parental; negligência afectiva; estilo

parental ineficaz; influência de pares com comportamentos de risco; abandono escolar precoce) aumentam a probabilidade da criança, mais tarde, na adolescência e início da vida adulta, vir a desenvolver perturbações de foro emocional e comportamental, bem como distúrbios psicopatológicos (Garmezy & Masten, 1994; Jessor et al., 1995; Brook et al., 2001; Spence & Matos, 2000; Werner, 2004).

Entre as perturbações possíveis, o uso e abuso de substâncias no período da adolescência, poderá desencadear, se associado a outros factores de risco comprometedores, uma forma de consumo problemático, podendo evoluir para uma dependência física e psicológica (Abraão, 1999; Spence & Matos, 2000; Matos & Camacho, 2006).

De acordo com Beauvais e Oetting (1999) ser resiliente perante o uso de drogas significa que um sujeito esteve em risco de se tornar utilizador e escolheu não o ser. Nos trabalhos desenvolvidos por estes autores, foi demonstrado que, apesar de todos os jovens em estudo terem tido acesso à experimentação e uso de substâncias, em alguns casos, foram desencadeados padrões de comportamento que sugeriam fortes possibilidades de se tornarem utilizadores problemáticos.

A toxicodependência actualmente é entendida por diversos autores como um fenómeno complexo e multifactorial, comprometendo não apenas o sujeito directamente dependente das substâncias psicoactivas, mas todos os elementos com este relacionados: família, amigos, meio ambiente social envolvente, assim como aspectos contextuais relacionados de natureza biológica, psicológica, social e cultural (Abraão, 1999). Deste modo, sendo a família um dos factores mais importantes na formação pessoal e social do indivíduo, é determinante para a forma como modela as suas atitudes, valores individuais e como estabelece relações interpessoais (Rutter, 1985; Jessor et al., 1995; Fleming, 1996).

Os factores de risco podem diferir de indivíduo para indivíduo, dependendo do impacto do problema, do contexto envolvente e das características individuais, mas geralmente o risco opera através do aumento da probabilidade da ocorrência de comportamento desviante, onde perante a possibilidade do uso de substâncias, poderá ser potenciado pela pressão de pares (Jessor et al., 1995; Beauvais & Oetting, 1999; Rutter, 2000).

As relações de fratria também poderão ser um factor preponderante na forma como o sujeito lida com o uso de substâncias psicoactivas, já que existe uma influência mútua e recíproca entre irmãos, enquanto elementos afectivamente bastante próximos. A existência de um problema de toxicodependência na fratria, introduz um factor de risco para o irmão que se mantém abstinente, por um lado pela proximidade e facilitação de acesso às substâncias, por outro, este problema passa a afectar a família na sua globalidade, interferindo nas relações entre os elementos, perante a impotência para resolução do problema de toxicodependência de um dos filhos. O filho abstinente poderá assumir outros papéis no núcleo familiar: cuidador da família nos momentos de crise; filho “modelo” para os pais; negligenciado, pois as atenções e energias

da família estão exclusivamente centradas no irmão doente (Luthar & Rousanville, 1993; Fleming, 1996; Fernandes, 2002; Ferros, 2003; Angel et al., 2004).

A situação de toxicod dependência entre irmãos é vivida com bastante angústia e sofrimento, pelo que alguns autores alertam para a necessidade de também haver alguma intervenção preventiva, junto dos irmãos abstinentes. De acordo com Luthar (cit. por Angel, 2002) uma grande percentagem dos irmãos de toxicod dependentes apresenta sinais de depressão graves e perturbações de personalidade, pelo que a situação de risco para estes indivíduos é elevada.

Assim, reconhecendo que a toxicod dependência é um problema de saúde pública grave, envolvendo não apenas o sujeito que tem uma relação problemática com as substâncias psicoactivas, mas também a família e a comunidade envolvente (Fleming, 1996; Abraão, 1999; Angel et al., 2002; Patrício, 2002); e que compromete o pleno desenvolvimento biológico, psicológico e social dos sujeitos, em específico, os adolescentes enquanto grupo vulnerável à experimentação (Spence & Matos, 2000; Angel et al., 2002; Patrício, 2002; Observatório Europeu das Drogas e Toxicod dependências, 2006; Vinagre & Lima, 2006), este estudo procurou reflectir sobre a relação entre a resiliência e a toxicod dependência na fratria, no sentido em que sendo a toxicod dependência um problema complexo, será fundamental conhecer melhor os processos e mecanismos que permitam intervir ao nível da prevenção, identificando e promovendo os factores de protecção e diminuindo o impacto dos factores de risco, possibilitando as condições necessárias para o desenvolvimento de características de resiliência nos sujeitos em contextos desfavoráveis.

No estudo a seguir apresentado, pretendeu investigar-se a relação entre a resiliência psicológica e a toxicod dependência no contexto da fratria, procurando compreender se existiriam diferenças entre ambos os grupos de sujeitos em análise e por outro lado se haveriam relações entre as variáveis sócio-demográficas seleccionadas.

Deste modo, este trabalho pretendeu ser um contributo para aprofundar o estudo acerca da resiliência e a toxicod dependência e também analisar a capacidade de alguns sujeitos que, face a um meio ambiente familiar, social e afectivo potencialmente desfavorável, com experiências de situações adversas e de intenso sofrimento (como a existência de um irmão toxicod dependente), mantêm um estilo de vida saudável e positivo. Os estudos acerca da resiliência poderão vir a clarificar os processos de adaptação eficaz dos sujeitos, obtendo percursos de desenvolvimento psicossocial construtivos ao longo da vida e estabelecendo relações interpessoais de êxito.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos. O Capítulo I apresenta um enquadramento teórico acerca dos conceitos em análise: a resiliência psicológica e a toxicod dependência; no Capítulo II são apresentados os procedimentos metodológicos que permitiram operacionalizar os objectivos da investigação; o Capítulo III apresenta uma análise descritiva dos dados recolhidos com recurso a instrumentos estatísticos; e, por fim os Capítulos

IV e V onde são apresentadas as principais reflexões e conclusões analisadas a partir dos resultados obtidos.

### **Conceito de Resiliência**

Inicialmente pertencente ao universo da ciência física, resiliência significa a característica de um elemento, que exposto a condições extremas (elevadas temperaturas, choques, deformação física) modifica a sua forma, mas que posteriormente em estado de repouso retorna à sua forma inicial (Anaut, 2005). A partir deste conceito e reconhecendo-se esta característica numa perspectiva psicológica em alguns sujeitos, perante a vivência de situações bastante adversas, é reconhecido como um recurso psicológico fundamental para um desenvolvimento saudável do ponto de vista da saúde psicológica e social do sujeito (Rutter, 2000; Masten, 2001; Bonanno, 2004; Werner, 2005). Pode-se, de entre várias possibilidades, definir a resiliência como o conjunto de processos intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida saudável, mesmo vivendo num ambiente não saudável (Pesce et al., 2004).

No âmbito da saúde, este tem conceito tem vindo a evoluir com a contribuição de estudos de investigação especificamente nas áreas da infância e da adolescência, enquanto etapas do desenvolvimento em que o indivíduo é mais vulnerável (Garmezy, 1994; Werner, 2004). Na área da saúde mental, o desenvolvimento deste conceito surge a partir da necessidade de encontrar respostas face a situações de pobreza e miséria extremas de grupos sociais, onde a impossibilidade de inverter as condições básicas de vida, impõe a necessidade de identificar mecanismos preventivos para a saúde e de *empowerment* junto das populações, apesar da sua catástrofe (refugiados de guerra, condições de vida sub-humanas, exclusão social) (Kotliarenco et al., 1997).

Em finais das décadas de 70, o conceito de resiliência surge com maior destaque com a psicóloga americana Emmy Werner (1993, 2004, 2005), a partir de estudos longitudinais realizados com um grupo populacional em situação de grande precariedade de cuidados básicos de saúde, privação afectiva, social e económica (violência, pobreza, alcoolismo e psicopatologia das figuras parentais). Acompanhando o desenvolvimento das crianças desde o seu nascimento até à idade adulta, Werner e seus colaboradores constataram que algumas destas crianças conseguiram adaptar-se e superar de forma positiva às dificuldades inerentes do meio em que estavam inseridas, revelando uma adaptação social e uma capacidade de superação face às adversidades, demonstrando uma característica resiliente.

Nas suas conclusões, Werner (2004) identifica dois principais factores que promovem a resiliência nas crianças. Por um lado o factor constitucional, ou seja as características individuais dos bebés e por outro lado o meio ambiente envolvente em interacção com a personalidade das crianças. Os bebés resilientes são descritos como activos, afectivos e carinhosos, fáceis e bem

dispostos, elementos que são facilitadores para uma interacção positiva com os pais, no sentido de uma procura activa de atenção e de afecto. O segundo factor identifica-se com a interacção das características individuais das crianças com o meio ambiente envolvente. Estas crianças demonstram uma capacidade fácil para estabelecer relações afectivas e na ausência do apoio emocional através dos pais biológicos, procuram este apoio junto de outros adultos de referência dentro da família.

Constata-se então que os factores de risco só por si não levam inevitavelmente a uma adaptação negativa, a comportamentos de delinquência e à patologia psiquiátrica no sujeito. Ainda de acordo com Werner (2004) “a competência, a confiança e o carinho podem florescer mesmo em circunstâncias adversas, desde que os jovens encontrem na sua vida quem lhes forneça uma base segura para o desenvolvimento da confiança, da autonomia e da iniciativa” (p. 573).

Os principais resultados dos estudos longitudinais, que acompanharam o desenvolvimento bio-psicossocial de crianças até à sua idade adulta revelaram que as principais bases para o processo de resiliência se manifestam desde a primeira infância, relacionando-se com a qualidade de vinculação afectiva realizada com as figuras parentais (ou seus substitutos). A consolidação de uma vinculação segura numa fase precoce da criança poderá garantir no futuro, um adulto mais capaz de enfrentar com segurança os desafios que o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida lhe reservar (Garmezy, 1985; Garmezy & Masten, 1995; Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 2004).

Está então relançado o olhar sobre o papel fundamental da vinculação afectiva (*attachment*), enquanto base fundamental para a competência social, tal como Bowlby (1982) terá revelado, nos seus trabalhos acerca das carências maternas precoces levando ao desenvolvimento de uma teoria sobre a vinculação primária baseada na observação do comportamento interactivo mãe/bebe. Para este autor a qualidade da vinculação numa fase inicial da vida da criança com a mãe seriam de fundamental importância para o estabelecimento de relações afectivas futuras. Estudos de caso revelaram uma relação bastante clara entre sintomas psicopatológicos em adultos que, num período precoce da sua primeira infância sofreram privações e perdas afectivas significativas. Bowlby (1982) identificou as síndromes de personalidade psicopática (ou sociopata), a depressão e sintomas persistentes como a delinquência e o suicídio, associados a uma intensa ruptura na vinculação afectiva durante a infância. Assim, encontram-se no extremo, sujeitos com uma dificuldade elevada no estabelecimento de relações afectivas estáveis e seguras, ao longo da sua vida adulta.

É hoje uma evidência, que a qualidade desta relação precoce tem um significado preditor para o sucesso nas tarefas de desenvolvimento posteriores, tais como a capacidade para resolução de problemas, estabelecimento de relações afectivas estáveis, auto-estima positiva. Estudos longitudinais com crianças e adolescentes que estiveram sujeitos a experiências de elevado nível de sofrimento, mas demonstraram respostas adaptativas positivas face ao risco, apontam

claramente para uma relação precoce pais-criança bastante afectiva e segura na sua primeira infância (Rutter, 1990; Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 2004, 2005).

A partir destes estudos, foram lançadas outras bases de investigação acerca do processo de funcionamento da resiliência: a sua evolução ao longo do desenvolvimento do sujeito e em função das suas características individuais, traduzindo a possibilidade da superação no sentido de um processo dinâmico, o que representa um ganho para o sujeito na compreensão e solução do seu problema (Pesce et al., 2004; Masten & Coatsworth, 1998).

Rutter (1990), nos seus estudos concluiu que, em termos de análise da interacção que de forma recorrente se dá entre as pessoas e o meio ambiente, se destaca o papel activo que os indivíduos têm face ao que lhes ocorre, assinalando ainda que a resiliência não está apenas ligada à resistência ou debilidade constitucional das pessoas, mas à sua compreensão e reflexão internas sobre como cada pessoa distinta se percebe afectada pelos estímulos de stress, ou sobre como reage perante estes estímulos.

Não havendo um consenso acerca dos processos e mecanismos subjacentes à resiliência, vários autores, concordam com o facto de ser uma característica positiva no sujeito, em que apesar da vivência em ambientes e experiências potencialmente de risco, este mantém um estilo de vida positivo e saudável sem demonstrar sinais de patologia pós-trauma e/ou de foro mental (Kotliarenco et al., 1997).

No entanto Masten (1998) alerta para a necessidade de clarificar o conceito de “resiliência” sugerindo que para se identificar a presença de resiliência será necessário ter presentes dois pressupostos: em primeiro lugar, se de facto o sujeito esteve perante uma ameaça significativa, tipicamente identificada como situação de risco (tendo como exemplos: ter nascido num meio social desfavorecido, família monoparental, que por sua vez tem baixa escolaridade) ou tendo vivenciadas situações adversas de extrema severidade ou de potencial trauma psicológico (ex: violência familiar, guerra, falecimento ou perda afectiva significativa). Em segundo, que a qualidade de adaptação e de desenvolvimento do sujeito é de boa qualidade, traduzindo-se na adopção de respostas e estilos de comportamento saudáveis.

O interesse pelo estudo do conceito de resiliência poderá distinguir-se em três áreas de investigação (Werner, 1993; Rutter, 2000). Numa primeira perspectiva, o principal objectivo é compreender de que forma o sujeito, pertencente a uma família e meio ambiente identificados como elementos desfavoráveis para o seu desenvolvimento psicossocial, encontra respostas favoráveis para o seu desenvolvimento e bem-estar. Os resultados de dados empíricos acerca das diferenças individuais que se observam no estudo de populações de alto risco como filhos de pais com doença mental, uso/abuso de substâncias, ambiente sócio-económico desfavorável, constituem uma primeira área de investigação (Garmezy & Masten, 1995; Werner, 2005).

Uma segunda área, refere-se a estudos acerca da capacidade do sujeito em lidar continuamente sob stress, em que se questiona quais as competências e características individuais

presentes, para que seja capaz de uma resposta adaptativa perante as situações de permanente ameaça. Algumas características psicológicas individuais foram identificadas em estudos, como a assertividade, auto-estima, capacidade para resolução de problemas (Garmezy & Masten, 1995; Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 2005).

A terceira área de investigação dedica-se à importância assinalada ao nível da capacidade de sobrevivência a experiências de guerra e conflitos político-sociais (como a II Guerra Mundial; guerras civis), sobrevivendo a perdas e privações afectivas, não se verificando nos sujeitos sinais de trauma psicopatológico. Observam-se assim formas distintas como cada indivíduo enfrenta situações de elevada tensão, assim como as experiências chave ou os momentos de transição, ao longo do desenvolvimento psicossocial, onde se destaca o papel activo que apresentam face aos acontecimentos que lhes ocorre (Rutter, 2000; Bonanno & Galea, 2007)

Rutter (1990) assinala ainda uma perspectiva da investigação que evidencia o estudo acerca dos processos de resposta ao stress ou a situações adversas de cada sujeito, focalizando-se numa resistência relativa às experiências de risco psicossocial. Aqui trata-se de procurar compreender se o sujeito face a diferentes estímulos de stress ao longo da vida, reforça cumulativamente a sua capacidade de fazer face às dificuldades, tornando-se cada vez mais eficaz. É necessário identificar o mecanismo pelo qual é evitado o impacto negativo dos factores de risco, considerando-se uma complexa rede de interrelações.

## **Factores de Risco**

Os factores de risco referem-se à probabilidade de um factor, elemento ou acontecimento (indesejável), influenciar ou comprometer de forma negativa o desenvolvimento biológico, psicológico, social de um indivíduo (Abraão, 1999; Spence & Matos, 2000; Anaut, 2005).

Os factores de risco são específicos a cada sujeito e de acordo com as características individuais, variam ao longo da sua vida, de acordo com o período de desenvolvimento em que este se encontra. A resposta que cada sujeito encontra para enfrentar o risco também difere, consoante o estilo de adaptação face ao stress e situação de risco. Um outro aspecto é a possibilidade de um único factor de risco se multiplicar em inúmeros factores de risco, aumentando a complexidade de resposta do sujeito que, na impossibilidade de recursos protectores para uma resposta adaptativa, poderá desenvolver uma perturbação emocional ou comportamental (Spence & Matos 2000).

Assim a expressão das perturbações da criança na interacção entre os factores de risco individuais e ambientais e os elementos de protecção, a influência dos factores de risco deve ser observada como uma probabilidade e não de forma determinista no seu processo de desenvolvimento (Anaut, 2005).

Vários estudos têm vindo a revelar que a vivência em ambientes com múltiplos factores de risco (como a discórdia severa entre o casal; um baixo nível sócio-económico; família numerosa; criminalidade paterna; doença psiquiátrica materna; colocação da criança ao cuidado de uma autoridade legal), aumentam a probabilidade da criança vir a desenvolver algum tipo de patologia mental. Por outro lado, uma criança com pelo menos um dos factores de risco teria a mesma probabilidade de ser saudável, em comparação com crianças sem nenhum factor de risco dos enumerados. No caso da criança apresentar quatro ou mais factores de risco, observa-se um elevado aumento da probabilidade de virem a ocorrer distúrbios psicopatológicos. (Garmezy & Masten, 1994).

Werner (1993, 2004), nos estudos longitudinais, observou uma relação clara entre os factores de risco e os factores de protecção. Entre as pessoas resilientes, quanto maior o número de factores de risco e exposição a situações de stress, maior o número de factores de protecção necessários ao longo da vida, para encontrar equilíbrio face às adversidades. Os adultos resilientes são descritos na primeira infância como pessoas afectuosas, activas, e fáceis de lidar. No período da adolescência demonstraram um auto-conceito e auto-controlo elevados, facilidade em estabelecer relações interpessoais com amigos, professores e organizações comunitárias. Rutter terá concluído no mesmo sentido nos seus estudos longitudinais, observando que os factores protectores influenciam de forma positiva face aos factores de risco, atenuando e diminuindo a intensidade dos factores de risco (Rutter, 1990).

### **Factores de Protecção**

O conceito de factor de protecção poderá ser entendido como aquele que modifica a reacção do sujeito face à situação que apresenta o risco e ameaça, atenuando o efeito do risco e as reacções negativas em cadeia, no sentido de um resultado adaptativo a longo prazo (Rutter, 1990). Estes factores possuem quatro principais funções: redução do impacto dos riscos; redução das reacções negativas em cadeia que se seguem à exposição ao risco; estabelecimento e manutenção da auto-estima e auto-eficácia através das relações afectivas seguras e a concretização de tarefas com sucesso; e por fim, criação de oportunidades para inversão dos efeitos de stress (Rutter, 1987).

Os factores de protecção contribuem para uma adaptação positiva, não sendo só por si garante de um desenvolvimento saudável desde a infância à idade adulta, mas funcionam como atenuante e moderador dos factores de risco. Se a resiliência é definida com base nas respostas individuais perante a uma situação indutora de stress, então os factores protectores poderão ser observados como causas directas ou indirectas da variação de respostas ao stress, aproximando-se mais ou menos dos resultados desejados (Kaplan, 1999), isto é, a variação da resposta do sujeito depende das suas características individuais, implicando que determinado factor protector

tome um valor mediador ou de influência directa face ao risco, influenciando a resposta do sujeito. Este aspecto torna a abordagem dos factores protectores bastante subjectiva e de difícil análise, pelo que Rutter (1990) argumenta que ao invés de se investigar com base nos factores protectores, seria mais útil dirigir a atenção para os mecanismos e processos. É necessário questionar acerca dos processos e contextos nos quais alguns indivíduos conseguem manter uma elevada auto-estima e auto-eficácia apesar de vivenciarem experiências adversas, o que noutros sujeitos levaria a desistir e a ceder à psicopatologia ou comportamento de risco para a saúde.

Nos estudos de Werner (2004), apesar da heterogeneidade dos participantes, os factores protectores identificados parecem ter características que ultrapassam os aspectos étnicos, nível socioeconómico e limites geográficos. Esta verificação torna a identificação de alguns factores com características quase universais, já que se verificaram os mesmos resultados noutros estudos e de forma consistente em diferentes contextos sócio-culturais (Kotliarenko et al., 1997; Masten, 2001; Pesce et al., 2004).

Apesar da diversidade de perspectivas quanto aos mecanismos e como se processa a inter-relação com os factores de risco, identificam-se assim os seguintes, como os principais factores de protecção (Masten & Coatsworth, 1998):

Factores familiares – relação afectiva precoce estável e segura com pelo menos uma figura parental (ou substituto); ambiente afectivo e de confiança; estilo de comunicação clara; estilo parental autoritário e afectivo com expectativa elevada; rede familiar de suporte.

Factores individuais – boa função cognitiva e intelectual; competências para estabelecer relações inter-pessoais, boa capacidade empreendedora e de resolução de problemas, capacidade para planear e modificar circunstâncias, talentos pessoais especiais.

Factores extra-familiares – estabelecimento de laços com adultos fora da família; participação activa em associações comunitárias e sociais; adaptação e resultados escolares positivos; facilidade em estabelecer relações afectivas.

É nesta complexa interrelação dos factores de risco e de protecção e respectivos contextos, que se situa o sujeito em desenvolvimento: numa família, num contexto psicossocial, afectivo, e económico, com determinados valores e padrões culturais. No ponto seguinte, será apresentada a problemática da toxicoddependência, onde, mais uma vez se identifica a complexidade multifactorial e de contextos: individual, familiar, extra-familiar.

## O Fenómeno da Toxicodependência

A toxicodependência é um fenómeno, cuja etiologia não reside numa explicação e compreensão linear de causa-efeito. Trata-se de um problema cuja compreensão implica observar a concorrência de múltiplos factores, comprometendo não apenas o sujeito directamente dependente das substâncias aditivas, mas todos os elementos com este relacionados: família, amigos, meio ambiente social envolvente, assim como aspectos contextuais de natureza biológica, psicológica, social e cultural (Abraão, 1999). A necessidade de dar respostas preventivas ao problema da toxicodependência, tem levado à tentativa de compreender que factores poderão estar envolvidas, favorecendo ou dificultando o início dos consumos de estupefacientes.

Desde 1964 que a Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) reconhece a dependência de substâncias psicoactivas como doença através da introdução do conceito “dependência” (farmacodependência), alargando a compreensão deste fenómeno para o efeito do uso das substâncias psicoactivas no sujeito, independentemente da dimensão sócio-cultural e legal (substâncias lícitas e ilícitas). Assim, em 1969 a O.M.S. definiu a farmacodependência como:

Um estado psíquico e, por vezes igualmente físico, que resulta da interacção entre um organismo vivo e uma droga e que se caracteriza por modificações de comportamento e por outras reacções que compreendem sempre uma pulsão para tomar o produto de forma contínua ou periódica a fim de encontrar os seus efeitos psíquicos e, por vezes de evitar o mal-estar da privação. Este estado pode acompanhar-se ou não de habituação. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários produtos (cit. por Angel et al., 2002, p36)

Nesta definição estão identificados os principais critérios que ainda hoje caracterizam a toxicodependência enquanto diagnóstico: dependência psíquica, dependência física e habituação ou tolerância à substância. Mais tarde, os principais sistemas de classificação internacional de patologias da saúde mental, (DSM-IV em 1994 e IC-10 em 1992), passaram a integrar a dependência de substâncias, a partir da descrição dos principais sintomas psicológicos e perturbações do comportamento, onde é o modo compulsivo de utilização da substância que mais se destaca. O diagnóstico da doença de dependência passa a estar centrado no comportamento do sujeito, no modo como este se relaciona com a substância, prevendo-se ainda a dependência com ausência de substância psicoactiva, como é o caso de outros comportamentos de dependência

como o jogo compulsivo, as compras, a dependência de jogos de computador e da internet, entre outros exemplos (Patrício, 2002; Castro, 2004).

Nesta perspectiva estão integradas todas as substâncias, independentemente do contexto social, cultural, económico e/ou jurídico-legal (substância lícita ou ilícita) do uso e abuso, numa compreensão da toxicodependência enquanto doença, onde o modelo bio-psico-social compreende consequências e danos nas dimensões da saúde física, psíquica e social do sujeito a curto, médio e longo prazo (Angel et al., 2002; Patrício, 2002; Castro, 2004).

Os danos associados ao consumo continuado de substâncias psicoactivas estão dependentes das características individuais do sujeito (idade de início, estado de saúde física, características de personalidade), quantidade e duração do consumo bem como do contexto social onde está inserido (meio ambiente com disponibilidade de substâncias psicoactivas e favorecedor às experiências de uso e abuso) (Patrício, 2002; Silva, 2004).

## **O Uso de Substâncias psicoactivas**

As substâncias psicoactivas fazem parte das vivências culturais e sociais dos povos e, ao longo da história da humanidade, a sua compreensão e função social tem vindo a alterar-se face aos novos contextos de uso e abuso bem como perante o impacto social, económico e na própria saúde dos sujeitos (Angel et al., 2002; Castro, 2004; Escohotado, 2004).

Desde a Antiguidade aos actuais tempos modernos, que o uso de plantas com fins medicinais, rituais religiosos e espirituais, têm vindo a ser identificados como forma de aceder a uma dimensão de sensações psicológicas quer de euforia, êxtase ou mesmo de cura e alívio do sofrimento físico e psíquico (Angel et al., 2002; Castro, 2004; Escohotado, 2004).

O que na realidade se verifica é que as propriedades das substâncias identificadas e que ainda hoje se encontram em uso, correspondem a experiências empíricas transformacionais dos povos (como o uso do ópio ou da canha), atravessando as diversas mudanças sociais, económicas, culturais e mesmo políticas (Angel et al., 2002; Castro, 2004; Escohotado, 2004).

No entanto, face a uma sensação de perda do controlo quanto ao uso das substâncias, o impacto do consumo abusivo e as consequências graves da dependência física e psíquica para a saúde, sem esquecer ainda o impacto económico-político com o tráfico ilícito, terão desencadeado ao longo da história diferentes mudanças de atitudes. Como exemplo, as substâncias psicotrópicas como o ópio e a cocaína, que foram inicialmente utilizadas com fins terapêuticos na supressão da dor, até meados do século XIX, tornam-se mais tarde substâncias ilícitas, incómodas e diabolizadas nas sociedades ocidentais (Castro, 2004; Escohotado, 2004). O mesmo se passou com o uso do álcool nos Estados Unidos da América, onde a Lei Seca (Volstead Act), que vigorou entre 1920 e 1933, consistia em pesadas multas e penas de prisão até

5 anos para quem vendesse e fabricasse bebidas alcoólicas, com a devida excepção para o vinho nas celebrações religiosas (Angel et al., 2002; Escohotado, 2004).

No sentido de procurar controlar a produção, o mercado internacional das drogas e o desenvolvimento da indústria farmacêutica e química, baseada na produção de morfina e dos opiáceos, após várias convenções e protocolos pouco eficazes, em 1961 a Organização das Nações Unidas (O.N.U.) propõe a Convenção Única sobre estupefacientes posteriormente revista e actualizada em 1971 e 1972 (O.N.U., 1961; Angel et al., 2002; Escohotado, 2004).

Esta convenção, ratificada por 158 estados, incluindo Portugal (através do Decreto n.º 161/78), classifica e organiza as substâncias psicotrópicas colocadas sob controlo internacional, responsabilizando os estados subscritores ao controlo da produção, do uso/abuso e à cooperação internacional na fiscalização do tráfico ilícito, demarcando de forma clara os países produtores dos países consumidores (O.N.U., 1961; Angel et al., 2002; Escohotado, 2004).

No entanto, esta convenção não deixa de ter como principal móbil, o fundamento da preocupação com a saúde física e moral da humanidade, reconhecendo a toxicomania como um flagelo para o indivíduo e o carácter do risco da dependência, limitando o uso das substâncias psicotrópicas exclusivamente para fins terapêuticos e científicos. (O.N.U., 1971; Angel et al., 2002; Patrício, 2002).

### *As Substâncias psicoactivas*

Como substâncias psicoactivas, pode entender-se toda e qualquer substância (de origem vegetal, animal ou química) que consumida sob forma ingerida, inalada, fumada ou injectada, actua no sistema nervoso central, influenciando o pensamento, o humor, a percepção da realidade e o comportamento, procurando obter-se sensações psíquicas de prazer e bem-estar (Angel et al., 2002; Patrício, 2002; Ribeiro, 2003; Castro, 2004). Estas substâncias são desde psicofármacos (sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, morfina, codeína), substâncias socialmente aceites como o álcool, o tabaco e a cafeína, às substâncias que são identificadas como ilegais e desprovidas de interesse terapêutico, como por exemplo a cannabis, cocaína, heroína, MDMA, LSD (Angel et al., 2002; Patrício, 2002).

Quanto aos efeitos psicoactivos as substâncias podem agrupar-se em 3 principais grupos (Angel et al., 2002; Patrício, 2002):

- Substâncias psicanalépticas ou estimulantes que provocam excitação e euforia e geralmente estão identificadas como substâncias estimulantes (anfetaminas, MDMA (ecstasy), cocaína, cafeína, nicotina);

- Substâncias psicolépticas ou depressoras do humor, que provocam sedação e relaxamento (como exemplos o álcool, a heroína, a cannabis, hipnóticos, sedativos);
- Substâncias psicodislépticas ou perturbadoras (alucinogéneas) que provocam desorganização do pensamento e da percepção da realidade (cannabis, LSD, ácidos, cogumelos mágicos, mescalina).

Todo o abuso de substâncias tem consequências não apenas na saúde, pelo que o mau uso das substâncias, e no limite, o uso problemático e abusivo tornando-se numa dependência crónica, traz consequências drásticas, não apenas para o indivíduo que as utiliza mas também para quem o rodeia (familiares, amigos, colegas de trabalho). Com o aumento da intensidade de dependência psíquica e física, há também uma diminuição do investimento nas actividades e/ou interesses individuais, como o rendimento escolar e profissional, comprometendo os projectos individuais e o cumprimento de tarefas de desenvolvimento psicossocial desejadas (Patrício, 2002).

Os danos associados ao abuso de substâncias psicoactivas são bastante variados e estão associados às características individuais do sujeito, como a idade de início dos consumos, o estado de saúde física e psicológica, a frequência intensidade e duração do uso. Em geral as consequências do abuso das substâncias passam inicialmente pelos danos directos ao próprio sujeito (consequências físicas, biológicas e psíquicas), alargando-se numa espiral externa para os elementos da sua rede social mais próxima (família nuclear e alargada, rede social de relações) até à ruptura total, culminando com o grave risco de exclusão social com consequências sociais e legais (Ribeiro, 2001; Patrício, 2002; Silva, 2004).

## **Consequências da Toxicodependência**

### *Consequências físicas e biológicas*

A primeira consequência visível do uso abusivo das substâncias psicoactivas é a síndrome de privação, apresentada de forma dramática, enquanto sinal de dependência física da substância. Após algum período de consumo regular de determinada substância psicoactiva, é na ausência dessa mesma substância que o organismo reage, em alguns casos de forma violenta face à ausência desse químico (Patrício, 2002; Ribeiro, 2003). Identificam-se sintomas físicos dos quais se enumeram: espasmos, dores musculares e abdominais intensas, hipersudação e febre elevadas, náuseas e vômitos, convulsões, diarreia, aceleração do ritmo cardíaco, perturbação do sono (insónias) e irritabilidade entre outras queixas (Angel et al., 2002; Patrício, 2002).

Cada tipo de substância apresenta um quadro de abstinência diverso, de acordo com as características da substância, com o tempo de abuso da substância e de adaptação do sujeito à mesma substância (tolerância). As substâncias que apresentam um quadro de abstinência física marcada são os opiáceos ( morfina, heroína, ópio), os barbitúricos e o álcool. No caso do álcool e dos barbitúricos é mesmo necessária intervenção médica especializada com internamento, pois o doente corre o sério risco de morrer em caso de síndrome de abstinência agudo (Angel et al., 2002; Patrício, 2002).

Quanto aos danos físicos associados ao uso e abuso das substâncias, vários estudos têm vindo a associar algumas doenças crónicas com o uso problemático de substâncias como o tabaco, o álcool, a heroína ou o haxixe, com consequências por vezes irreversíveis para a saúde: carcinoma do pulmão, cirroses hepáticas, doenças cardiovasculares, depressão do sistema respiratório, intoxicação aguda (coma alcoólico; overdoses tóxicas) (Angel et al., 2002; Patrício, 2002).

A forma como as substâncias são consumidas também comporta riscos e danos, como o uso pelas vias inalada e injectável, a partilha de material de consumo em más condições de higiene e de esterilização, com aumento do risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas graves (o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e o vírus da hepatite C (HCV), lesões do septo nasal, septicemia e trombose, originando por vezes a lancetamento e amputações de partes ou membros do corpo (Patrício, 2002; O.E.D.T., 2006).

O impacto das substâncias no cérebro e nos neurotransmissores é cada vez mais uma dimensão fundamental na compreensão, quer do comportamento aditivo das substâncias no organismo, quer nas alterações das funções neurológicas e cognitivas.

Resultados de estudos recentes na área da neurobiologia permitem explicar, através da identificação das áreas funcionais do cérebro e respectivos receptores neuronais, onde cada substância actua, influenciando no equilíbrio da actividade das células nervosas do cérebro (Angel et al., 2002; Vultos, 2003; Castro, 2004).

De acordo com Vultos (2003) a substância psicoactiva é responsável pela alteração de comportamentos disfuncionais e de fenómenos como a alteração das prioridades funcionais nos sujeitos. Estes fenómenos são atribuídos ao consumo abusivo, apontando para o comprometimento neuropsicológico do lobo frontal e estruturas funcionais do centro cerebral do prazer (núcleo accumbens e a área ventral tegmental). A alteração das prioridades funcionais e da competência auto organizativa, explicam assim, como o comportamento do sujeito é orientado em função exclusiva para a obtenção da substância em detrimento de outras prioridades como a vida familiar, profissional e social.

### *Consequências psicológicas*

A principal consequência do abuso de qualquer substância psicoactiva é a dependência psíquica, onde se instala no sujeito um desejo constante e compulsivo para procurar repetir infinitamente a experiência psicológica sentida, geralmente de prazer (Patrício, 2002; Ribeiro, 2003; Castro, 2004). É a partir deste primeiro construto que se desenvolve a dependência psicológica, onde a par da dependência física, o desejo de consumo da substância permanece intenso e manifesta-se mesmo após longo período de abstinência. A ansiedade, as frequentes referências mnésicas de sensações psicológicas de prazer, os sonhos com o ritual de consumo, correspondem a experiências subjectivas e vivências dos toxicodependentes, num permanente apelo ao consumo da substância (Patrício, 2002; Ribeiro, 2003).

O mau uso e abuso de substâncias psicoactivas, em geral provoca, do ponto de vista psíquico, perturbações no desenvolvimento, perturbações da personalidade, perturbações do humor, perturbações da ansiedade e perturbações psicóticas (Angel et al., 2002; Patrício, 2002).

Nas perturbações de desenvolvimento, de acordo com a idade ou etapa de desenvolvimento em que o sujeito se encontra, quando se instala a dependência, observa-se uma “paragem” ou regressão” no curso da aquisição de competências e de cumprimento de tarefas psicológicas de desenvolvimento como a autonomia individual e afectiva e de processos identitários (Patrício, 2002).

A etapa do desenvolvimento onde geralmente se identifica o início dos consumos de substâncias é a adolescência e a transição para a vida adulta. Este facto é corroborado pela evidência clínica, investigações e relatórios internacionais que demonstram haver uma maior prevalência neste período, desde a idade de início até à idade em que se instala a dependência (Martins, 2002; I.D.T., 2006, 2006; OEDT, 2006). Assim, uma das dificuldades observadas, decorrente da falha no processo de autonomia na adolescência é a imaturidade psicológica, a par das consequências do desenvolvimento da personalidade e psicopatologia associada. Estas características são observadas na forma como por exemplo, o sujeito se posiciona face aos outros, numa situação de total dependência, enquanto meio para obtenção e manutenção do uso da substância através da manipulação relacional e auto-desresponsabilização, demonstrando claras dificuldades no processo de autonomia (Martins, 2002; Patrício, 2002).

Outra questão fundamental é a patologia psiquiátrica dissimulada pelo consumo de substâncias, quer enquanto “automedicação”, no sentido do sujeito procurar controlar alguns sinais psicologicamente desconfortáveis (depressão, ansiedade, psicose), quer desencadeados e potenciados pelo uso de determinada substância (perturbações psicóticas, estados depressivos e ansiosos, síndromes confusionais), acentuando traços caracteriais latentes (Patrício, 2002; Ribeiro, 2001, 2003).

No entanto são reconhecidas algumas características psicológicas individuais comuns em sujeitos toxicod dependentes, frequentemente assinaladas em contexto clínico, como a baixa tolerância à frustração; o desejo de satisfação imediata; paragem no desenvolvimento/imaturidade entre a idade psicológica e a idade real; dificuldades de autonomia e de separação; dificuldade em projectar-se no futuro; dificuldade no controlo dos impulsos (acting-out); manipulação das relações afectivas; verbalização de sentimento de vazio psicológico; perturbação de ansiedade; síndrome amotivacional; dificuldade em verbalizar e demonstrar afectos (anedonia) (Patrício, 2002).

A experiência psicológica da dependência de uma substância psicoactiva é vivida com um sentimento de grande sofrimento, insatisfação e mal-estar psicológico, com descrições de vivência de uma ansiedade patológica, uma dificuldade de gestão de stress, com a autonomia individual comprometida (física, psíquica, social e afectiva) onde a procura de uma substância permite ao sujeito encontrar um ponto de equilíbrio, uma forma de fuga com recurso a um elemento mágico, (que para além da fuga, permite o prazer), embora com consequências e danos de desprazer (Patrício, 2002; Ribeiro, 2003).

### *Consequências sociais*

As consequências sociais reflectem-se nas rupturas com a rede social primária do sujeito (família nuclear e alargada), interrupção do percurso escolar, perda de emprego e eventual envolvimento em problemas judiciais. Este tipo de consequências é agravado no caso do consumo de substâncias ilícitas, já que o estereótipo de um toxicod dependente heroínómano ou cocainómano é marcadamente mais negativo do que o de um alcoólico, onde social e moralmente, este último é menos responsabilizado pelo seu problema. Por outro lado, o facto de o álcool ser uma substância lícita, não expõe o sujeito a situações e comportamentos de risco, para obtenção de álcool (Patrício, 2002).

O facto de uma grande parte da população toxicod dependente iniciar a sua dependência na fase da adolescência, em plena actividade escolar, poderá ser um dos factores explicativos para o baixo nível académico desta população, o que se constata nos relatórios do Instituto da Droga e Toxicod dependência (I.D.T., 2006).

O uso de substâncias psicoactivas na adolescência potencia o abandono escolar pelo desinteresse e desmotivação generalizados, comprometendo ainda algumas capacidades cognitivas que estão intimamente relacionadas com a capacidade de aprendizagem (hiperactividade, défice cognitivo, distúrbio da atenção, etc.). O jovem passa a acompanhar outro grupo de pares com outros interesses, expondo-se às situações e comportamentos de risco

(Vinagre & Lima, 2006). Esta poderá ser encarada como uma primeira forma de exclusão e marginalidade sociais, reflectindo-se mais tarde na idade adulta, com dificuldades de inserção sócio-profissional, dificuldades cognitivas e ainda, fraco desenvolvimento das competências pessoais e sociais pela ausência de qualificações escolares e profissionais.

As famílias tornam-se também alvo deste problema. Invasas por um sofrimento permanente, com um sentimento de impotência perante a auto-destruição, manipulação, humilhação e violência do elemento toxicod dependente. Por outro lado, a par do sujeito com dependência, existem famílias disfuncionais, onde a toxicod dependência tem um significado de sintoma de mal-estar e de desequilíbrio nas funções comunicacionais, dos papéis e nas relações de inter-dependência patológica (Fleming, 1996; Abraão, 1999).

### **Dados Epidemiológicos**

Segundo o relatório anual do Observatório Europeu da Droga e Toxicod dependência (O.E.D.T., 2006) as principais substâncias psicoactivas que levam os dependentes a procurar tratamento nas unidades especializadas são os opiáceos (principalmente a heroína) com uma representação de 60% dos pedidos de tratamento registados em 2004, em países da União Europeia. Em média, 25% destes sujeitos que recorrem ao tratamento por consumo de opiáceos têm 35 ou mais anos de idade e cerca de 7% têm menos de 20 anos de idade. A distribuição por género revela a existência de uma maior prevalência da toxicod dependência em sujeitos do género masculino (cerca de 80%), do que junto do género feminino (cerca de 20%), numa proporção de 8 homens para 2 mulheres (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – E.M.C.D.D.A., 2005).

Contudo, as substâncias psicoactivas que apresentam maior percentagem de prevalência na população são a cannabis e o álcool. Quanto à cannabis é a substância ilegal mais consumida na Europa, estimando-se uma prevalência de cerca de 20% na população, com idades compreendidas num intervalo entre 16 – 65 anos.

Os dados recentes demonstram haver um aumento preocupante de jovens, em idade escolar, que iniciam o uso e abuso de substâncias psicoactivas, nomeadamente álcool, tabaco, cannabis e as novas drogas de síntese como o MDMA (ecstasy). A necessidade de investir em medidas e estratégias de prevenção, no sentido de retardar o início da experiência e na promoção da saúde, tem vindo a estar fundamentalmente focalizada junto da população mais jovem, por esta estar mais vulnerável e propensa à experimentação e ao risco (E.M.C.D.D.A., 2005).

Em Portugal, a principal viragem acerca da compreensão da toxicod dependência identifica-se com a Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (Resolução de Conselho de Ministros nº 46/1999) culminando com a descriminalização do consumo privado de estupefacientes em 2000 (Lei nº30/2000 de 29 de Novembro).

Neste novo paradigma, norteado pelos princípios do humanismo e do pragmatismo, torna-se claro para o estado português, o reconhecimento da toxicod dependência como doença crónica, e, a par com outros países da União Europeia, o reconhecimento da necessidade de garantia do acesso aos cuidados de saúde básicos, nomeadamente na protecção sanitária e social das pessoas que consomem substâncias psicotrópicas sem prescrição médica, no acesso participado e/ou gratuito a unidades especializadas de tratamento (ambulatório), clínicas de desabituação, comunidades terapêuticas entre outros recursos de tratamento (Resolução de Conselho de Ministros nº 46/1999).

Quanto a dados epidemiológicos, de acordo com o Relatório Anual de 2005 (I.D.T., 2006), a cannabis, é a substância ilícita mais consumida no país, abrangendo população com idades entre os 15-65 anos de idade, tal como nos restantes países da União Europeia.

Ao nível das substâncias associadas a consumos problemáticos que desencadeiam a procura de tratamento em unidades especializadas (rede pública), identifica-se a heroína (entre 54 e 87%) e a cocaína (3 e 14%) como as substâncias mais referenciadas. Destaca-se ainda, que os distritos com maior número de solicitações de tratamento são Lisboa, Porto, Faro e Setúbal, representando as áreas urbanas com a maior concentração de população toxicod dependente.

Quanto ao perfil sócio-demográfico, dos utentes que recorreram às unidades de tratamento, a sua maioria é do género masculino (78 a 87%) com idades compreendidas entre os 25-35 anos, verificando-se um gradual envelhecimento desta população, de acordo com a análise dos relatórios de anos anteriores (I.D.T., 2006).

Quanto às qualificações académicas, observam-se baixos níveis escolares onde 40 a 60% dos sujeitos não tem a escolaridade mínima obrigatória completa, de acordo com o esperado para a sua idade (3º ciclo do ensino básico). Profissionalmente, em geral apresentam dificuldades em estabelecer relações laborais estáveis, pelo que apenas 25% a 48% da população se encontrava empregada (I.D.T., 2006).

Quanto a doenças infecciosas, a HCV é a doença infecto-contagiosa com maior prevalência, verificando-se uma percentagem de positividade de 39% a 54%. O HIV representou 46% das notificações associadas à toxicod dependência, com a indicação de uma gradual tendência descendente das percentagens de notificações, em comparação com dados de relatórios de anos anteriores. As percentagens de utentes com diagnóstico de HIV nas estruturas de tratamento rondam os 12-22%, onde apesar das oscilações dos dados estatísticos, se verifica uma tendência à estabilização e diminuição do número de toxicod dependentes infectados.

Verifica-se uma tendência para o aumento da prevalência do uso e abuso de substâncias psicoactivas nos adolescentes, com relevância para o álcool, drogas de síntese e tabaco (I.D.T., 2006, 2006). Sublinha-se o facto de se observar junto dos jovens, a associação dos comportamentos de uso e abuso das substâncias com comportamentos sexuais sem protecção (Vinagre & Lima, 2006). O facto de tomarem decisões sob o efeito de substâncias psicoactivas, diminui a percepção do risco, comprometendo a tomada de decisão plena e consciente dos factores de risco e possíveis danos para a saúde (comportamento sexual de risco, infecções sexualmente transmissíveis, hetero e auto agressividade, comportamentos de risco em grupo de pares, condução de veículos sob efeito de substâncias psicoactivas, etc).

No entanto, embora estes resultados sigam a tendência observada nos restantes países da União Europeia, a prevalência do uso de substâncias referente aos jovens de Portugal, são significativamente mais baixas (I.D.T., 2006; Vinagre & Lima, 2006).

### **Resiliência e Toxicodependência**

A vivência de um contexto sócio-familiar comprometedor, com a convivência de comportamentos de uso e abuso de substâncias psicoactivas, tem sido referido como um dos factores que potencialmente poderá favorecer no sujeito a adopção de comportamentos de risco (Mendes, 2000). Por outro lado, este mesmo factor, apesar de desfavorável, poderá levar a que o sujeito procure adquirir novas competências, aptidões e conhecimentos para fazer face à situação adversa (Rutter, 1996; Pesce et al., 2004). No sentido de procurar o equilíbrio interno, face a uma situação indutora de stress / trauma, esta poderá induzir o sujeito a desencadear estratégias de resposta adaptadas, constituindo-se para tal um novo padrão de competências e aptidões, permitindo obter ganhos a partir de uma situação adversa (Carver, 1998). Nesta perspectiva, a resiliência que se traduz pela capacidade de resistência e adaptação do sujeito às circunstâncias desfavoráveis, assume-se como um desafio à mudança enquanto oportunidade de crescimento individual (Lourenço & Trigo, 1999).

A partir de estudos longitudinais e histórias de vida, foram enumerados os principais factores comuns encontrados nos sujeitos que sobreviveram, com sucesso a situações traumáticas, tendo-se determinado influências de factores de risco e factores protectores. Os factores de risco, enquanto condições que aumentam a probabilidade da ocorrência de comportamentos que comprometem a saúde associados ao consumo de substâncias psicoactivas (Jessor et al., 1995) são identificados como: situação sócio-económica desfavorável (pobreza), competência parental (pais com patologia mental, abuso de substâncias psicoactivas, abuso e negligência, mães adolescentes, complicações peri-natais) (Rutter, 2000); características psicológicas como a baixa auto-estima, o locus de controlo externo, dificuldade de expressividade afectiva e relacional (Abraão, 1999; Werner, 2000).

Nos seus estudos, Jessor et al. (1995) tem verificado uma forte relação entre a multiplicidade de factores de risco e existência de problemas de comportamento nos adolescentes, em específico, abuso de álcool e drogas ilícitas, comportamento delinquent e início de actividade sexual precoce. O início dos comportamentos de uso e abuso de substâncias psicoactivas na adolescência tem vindo a ser associado com a influência de pares (Jessor et al., 1995; Brook, 2001; Matos & Camacho, 2006) bem como com a atitude parental em relação ao consumo de substâncias e enquanto modelo educacional (Matos & Camacho, 2006).

O período da adolescência é caracterizado por um conjunto de alterações físicas, biológicas e psicológicas, instabilidade emocional, desencadeando a necessidade de confrontar, desafiar normas e figuras de autoridade, de experimentar situações novas, como forma de conquista e de auto afirmação, na procura de si próprio, da diferenciação e identidade próprias face ao grupo de pares (Silva & Deus, 2005). Assim, neste contexto a experiência das drogas apresenta-se como uma transgressão de limites, uma forma de estar em grupo, como procura de alívio e de evasão ou de prazer, perante as angústias próprias do período da adolescência – a maturidade física e psicológica, que implica a chamada à responsabilidade, a autonomia, a tomada de decisão – em confronto directo pelas figuras de autoridade – os pais, professores e outros adultos de referência.

Vários estudos acerca da prevalência do consumo de substâncias em adolescentes indicam que os comportamentos de uso/abuso de substâncias (álcool, tabaco, cannabis) aparecem cada vez mais cedo nos jovens (entre os 12 – 13 anos), agudizando-se mais tarde na idade (entre os 15 – 16 anos), observando-se um decréscimo acentuado na prevalência dos consumos a partir dos 19-20 anos, aproximando-se a idade adulta (Vinagre & Lima, 2006; Feijão & Lavado, 2004; Matos & Camacho, 2003), observando-se uma forte relação entre a maturidade e a percepção do risco e respectivas consequências face aos consumos.

No entanto, neste período de fragilidade, nem todos os jovens se rendem às experiências de substâncias psicoactivas, procurando estratégias alternativas e saudáveis para se afirmarem no seu processo adaptativo. É importante compreender a função de experimentação das drogas neste período de desenvolvimento e em que contexto se situa. Assim, poderá constituir-se como “uma experiência necessária” para impulsionar a decisão face a um projecto de vida (Spence & Matos, 2000).

Neste sentido os factores protectores são considerados como variáveis independentes que podem exercer influência directa no comportamento, moderando a relação entre os factores de risco e o comportamento (Jessor et al., 1995). Investigações realizadas indicam que os factores protectores operam sob três aspectos: um primeiro, o das características individuais de personalidade como a autonomia, auto-estima e *socially positive orientation*; um segundo, o da coesão familiar, clima afectivo e ausência de discórdia conjugal e familiar; e, um terceiro, o

reforço na capacidade de desenvolvimento de estratégias para fazer face ao conflito (estilo activo ou evitante) (Werner, 2000).

Como características psicológicas favoráveis encontram-se a elevada auto-estima, o sucesso nas relações interpessoais, a capacidade de resolução de problemas e locus de controlo interno (Masten & Coatsworth, 1998; Abraão, 1999; Werner, 2000). Nesta perspectiva a situação de toxicodependência na família, revela-se potencialmente como um factor de risco de maior gravidade do que a situação de divórcio ou separação conjugal dos pais, gerando um clima de permanente conflito, tensão entre os elementos, dificuldades de comunicação, e, por vezes violência física e psíquica. (Abraão, 1999).

O conceito de resiliência psicológica surge na constatação que, de entre sujeitos expostos aos mesmos factores de risco patológico, uns sucumbem e outros não (Jessor et al., 1995), pelo que na perspectiva da toxicodependência, o sujeito resiliente é aquele que perante a possibilidade do risco de se tornar dependente, apesar dos inúmeros factores de risco em potência, é capaz de resistir e optar por uma resposta saudável, que exclua o abuso e dependência de substâncias psicoactivas (Beauvais & Oetting, 1999). Ou seja, um mesmo factor de risco para determinado sujeito A poderá não ter o mesmo impacto no sujeito B. Dependerá de outros múltiplos factores, com especial relevância para as características individuais e de personalidade e para o meio ambiente sócio-familiar.

### **Factores Individuais**

Os factores individuais são atributos específicos do indivíduo, que o caracterizam como único: os traços de personalidade, funcionamento intelectual e estilo cognitivo. Alguns autores relacionam determinadas características psicológicas de sujeitos com uma maior vulnerabilidade face aos factores de risco, como uma baixa tolerância à frustração, impulsividade (Abraão, 1999; Matos et al., 2000), mas por outro lado são identificados como factores protectores a autonomia emocional, elevada auto-estima, auto-eficácia, capacidade de resolução de problemas e conflitos (Garmezy, 1985; Jessor et al., 1995; Masten & Coatsworth, 1998).

A relação entre os factores individuais e a toxicodependência facilmente levam à susceptibilidade ou vulnerabilidade do sujeito face à utilização de determinada substância psicoactiva em que, para além de se procurar compreender qual a motivação que poderá desencadear no sujeito o desejo de experimentar, existe ainda a continuidade desse comportamento até à habituação e conseqüentemente a dependência física e psicológica (Ribeiro, 2001). De facto, alguns autores referem-se a uma suposta pré-disposição de traços de personalidade. De acordo com Ribeiro (2001) várias investigações sugerem que os indivíduos que se tornam toxicodependentes são aqueles mais susceptíveis de se tornarem dependentes do que outros, enquanto vulnerabilidade individual. No entanto o indivíduo que acede à experiência

da substância psicoactiva é levado pelo desejo de repetir uma experiência de prazer, quase sempre num forte conflito interno de motivações, desejando em simultâneo continuar e abandonar os consumos (Ribeiro, 1998, 2001).

Outra área que tem sido alvo de atenção em variados estudos é acerca do funcionamento intelectual e cognitivo, que tem vindo a ser associado a perturbações emocionais e de comportamento, perturbação de défice de atenção e hiperactividade (Spence & Matos, 2000). Werner (2000) nos estudos longitudinais concluiu que os sujeitos que apresentam melhores competências para enfrentar as adversidades, são também aqueles a que corresponde um nível de funcionamento intelectual, capaz de desenvolver estratégias de resolução de problemas, quer através do seu próprio esforço, quer na procura activa de recursos e soluções no meio envolvente.

Jovens adolescentes com dificuldades de aprendizagem, apresentam dificuldades de adaptação ao ambiente escolar, desinteressando-se do percurso académico, já que não se sentem capazes de obter sucesso no sistema de ensino, originando um abandono escolar antes do tempo desejável. Na abordagem deste tema, Cosden (2001) relaciona-o com o abuso de drogas e álcool em adolescentes e identifica variáveis psicológicas comuns nos sujeitos com dificuldades de aprendizagem, como a baixa auto-estima, relacionamento inter-pares pobre, depressão, hiperactividade, necessidade de maior investimento de suporte social, verificando-se assim nestes sujeitos uma maior vulnerabilidade face aos comportamentos e factores de risco.

O estilo cognitivo face a situações adversas e indutoras de stress, poderá contribuir como um factor protector, se o sujeito for capaz de desenvolver estratégias que promovam respostas adaptadas à situação, isto é, um conjunto de processos cognitivos que o mobiliza para gerir e enfrentar as ansiedades desencadeadas pelo meio envolvente – mecanismos de *coping*. De acordo com Folkman e Lazarus (1986) o mecanismo de *coping* refere-se ao esforço cognitivo do sujeito para minimizar, tolerar ou gerir pressões internas ou externas, que excedem os recursos do indivíduo, reconhecendo-se aqui duas principais funções: enfrentar a situação causadora de stress/tensão (foco no problema) e controlo da emoção (foco na emoção) (Folkman & Lazarus et al., 1986). Sendo assim, face aos estímulos externos e às situações há uma procura activa de um equilíbrio adaptativo óptimo entre as necessidades pessoais e as limitações impostas pelo meio físico e social, no entanto, diferentes indivíduos reagem de modo diverso perante a mesma situação *stressante* utilizando diferentes recursos e respostas adaptativas (Geada, 1994).

O início do uso de drogas poderá ser entendido como uma dificuldade de adaptação do sujeito face aos diferentes desafios que surgem ao longo das etapas de desenvolvimento, em específico no início da adolescência, enquanto uma resposta de evitamento e/ou de fuga face aos seus conflitos internos e externos, face a ser reconhecido e valorizado pelo seu grupo de pares, face às dificuldades de comunicação com os pais. Os motivos para o início destes comportamentos são múltiplos, elegendo-se como exemplos a aprovação do grupo de pares, a procura de alívio ou evasão do desconforto vivido com os conflitos intra e/ou interpessoais e a oposição e/ou desafio dos adultos (Silva & Deus, 2005).

A identidade de género tem sido apontada como responsável pelas diferenças de atitude dos sujeitos face aos factores de risco e de protecção. Rutter (1985), nos seus estudos, identifica os rapazes como mais vulneráveis aos factores de risco do que as raparigas, tornando-se mais evidente em famílias disruptivas e desarmoniosas. Esta vulnerabilidade parece variar entre os géneros, tendo em conta a etapa de desenvolvimento em que cada sujeito se situa, o contexto em que está inserido, prevalecendo o reforço dos papéis sexuais inerentes a cada contexto sócio-cultural (Abraão, 1998; Werner, 2005). Werner (2005), nos seus estudos longitudinais, observou que na infância e adolescência eram os rapazes que apresentavam mais dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento graves, com exteriorização de problemas psicológicos de adaptação. Por outro lado, é no período da pós-adolescência e jovem adulto, que as raparigas apresentavam em maior número problemas de interiorização, como a depressão. Mas a principal conclusão aponta para que entre os sujeitos de elevado risco que se tornaram em “adolescentes problemáticos”, são as mulheres que demonstraram ser capazes de uma melhor capacidade de adaptação com sucesso ao longo da sua vida adulta (Werner, 2005).

Werner (1993) nos seus trabalhos de investigação estabelece como critérios indicadores de um “*coping* de sucesso” na adolescência, com expressão na vida adulta, os seguintes:

- Integração escolar e/ou profissional, com reconhecimento de satisfação na realização das actividades
- Relacionamento amoroso estável, com um carácter de compromisso estável, com ausência de conflitos graves, com expressão em situações de agressividade e violência
- Relacionamento com crianças de modo afectivo e positivo; satisfação com o papel parental
- Relacionamento com grupo de pares – variedade de relações de amizade que promovem suporte social, com ausência de situações de conflitualidade verbal, física e psicológica grave
- Auto-avaliação (*self-assessment*) – satisfação global com a sua vida actual, não apresentando qualquer tipo de uso/abuso de substâncias psicoactivas (álcool, drogas e abuso de medicamentos); ausência de doença psicossomática ou de distúrbios na saúde mental.

## Factores Familiares

A família tem sido enunciada, como um dos factores mais importantes na formação pessoal e social do indivíduo, sendo por vezes determinante na forma como o sujeito modela a sua perspectiva quanto ao meio e estabelece relações interpessoais (Rutter, 1985; Jessor et al., 1995; Fleming, 1996).

Assim, vários autores partilham em consenso que a família tem um papel fundamental ao longo das etapas do ciclo de vida do sujeito, em específico na infância e na adolescência quando todas as experiências pessoais que acompanham o seu desenvolvimento físico, psicológico e social têm lugar no seu ambiente familiar. O clima familiar tem um destaque fundamental já que influência directamente a estruturação e desenvolvimento do sentido interno de coerência do sujeito (Geada, 1994; Fleming, 1996).

Geada (1994), num estudo realizado acerca da relação entre sentido interno de coerência, clima familiar e comportamentos de risco de consumo de substâncias na adolescência, concluiu que, certas dimensões do funcionamento familiar como a organização, o nível de conflito entre os membros, o controlo parental e os valores ético-religiosos estão associadas ao desenvolvimento do sentido interno de coerência dos filhos adolescentes.

Quanto ao envolvimento em comportamentos de uso e abuso de substâncias, este estudo evidencia que os adolescentes das famílias monoparentais (com ausência do pai) e com clima familiar perturbado apresentam, significativamente, um maior número de amigos consumidores de drogas e maior nível de consumo do que adolescentes de famílias com pais juntos, constituindo-se assim como factores de risco no comportamentos de consumo ilícito de tóxicos pelos adolescentes (Geada, 1994). Um bom clima familiar poderá estar associado a uma boa capacidade de *coping* do indivíduo, ou seja de uma boa capacidade de adaptação face às alterações e desafios propostos pelos acontecimentos adversos ao longo dos ciclos de desenvolvimento da vida do sujeito.

Vários estudos apontam para a estrutura familiar, as relações na família e as influências por esta exercidas, como factores de risco para a iniciação do jovem em comportamentos de risco. A vivência constante de um ambiente familiar de discórdia, situações de divórcio conflituoso, dependência de drogas e álcool dos pais ou de outros elementos da família torna-se para a criança e o adolescente um potencial precursor de diversos desajustes emocionais e de adaptação (Jessor et al., 1995; Fleming, 1996; Ferros, 2003; Bank et al., 2004).

Nesta perspectiva, a família toma uma medida de factor de risco, quando é onde se dá lugar à aprendizagem do consumo de substâncias psicoactivas, reforçando no indivíduo a percepção da existência de substâncias que modificam o humor e o comportamento, modelando assim a sua

atitude face às substâncias, desenvolvendo no sujeito uma atitude mais favorável quanto à decisão de vir a experimentar/utilizar abusivamente o álcool, drogas, ou medicamentos (Ferros, 2003).

Os sujeitos que iniciam consumo de drogas na adolescência, amplificam a probabilidade de ocorrência de outros factores de risco como o abandono do sistema escolar precoce, pelo desinvestimento no rendimento escolar, a iniciação sexual precoce, gravidez adolescente, relações interpessoais conflituosas, que se poderão vir a reflectir nas relações futuras da vida adulta, revelando-se uma estrutura familiar de origem desorganizada, com um clima familiar de permanente conflito e estilo de comunicação familiar discordante (Geadá, 1994; Ferros, 2003).

Por outro lado, famílias em que a relação parental é estável, com supervisão parental e regulação de actividades dos jovens fora de casa, com exercício da autoridade e estilo educativo de disciplina coerentes, contribuem favoravelmente para um ambiente em que há facilidade de comunicação, motivação para o sucesso académico, reduzindo o risco de envolvimento em actividades de delinquência (Bank et al., 2004; Matos & Camacho, 2006).

Situações de separação e perda familiar são também factores de risco, evidenciado no estudo de Fleming (1996) como elementos comuns no percurso de vida dos indivíduos com problemas de toxicodependência – morte, divórcio, afastamentos por questões profissionais – principalmente da figura parental – o que remete para o tipo e qualidade de vinculação afectiva realizada no período inicial de vida.

Por outro lado, a co-morbilidade parental ou de outro elemento familiar próximo, potencia o aparecimento de perturbações emocionais ou do comportamento, comprometendo o desenvolvimento do sujeito. Assim são referidos factores como a psicopatologia parental, o uso e abuso de álcool e drogas, o ambiente familiar em permanente conflito e desarmonia, envolvimento em actividades ilícitas indiciando psicopatia do comportamento (delinquência e criminalidade) (Garmezy & Masten, 1994; Spence & Matos, 2000).

No entanto, é necessário reconhecer que concorrem para a degradação da qualidade da saúde mental parental factores sócio-económicos que poderão por si só desencadear situações de perturbações psicológicas, como o desemprego, fracos recursos económicos, condições de habitação deficientes e famílias monoparentais (Matos & Camacho, 2006). Dependerá da qualidade das competências parentais encontrar um equilíbrio saudável para enfrentar as dificuldades e em simultâneo manter o básico e o essencial para promover um desenvolvimento psicossocial e afectivo estável da criança e adolescente.

### *A relação entre irmãos*

O relacionamento entre irmãos tem sido pouco explorado, principalmente quanto ao papel que esta relação pode ter no desenvolvimento de cada indivíduo, em específico nos modelos de relações interpessoais. Por outro lado, o tipo de relação que é estabelecida tem como condicionantes o lugar do sujeito na família, a influência recíproca entre irmãos, tendo em conta o posicionamento de cada um na fratria e, qual o impacto afectivo face às relações com os pais, outros elementos da família alargada e das relações sociais (Fernandes, 2002; Bank et al., 2004)

É no contexto relacional da fratria onde as crianças experimentam as mais variadas relações interpessoais que servirão de base às relações futuras. A vivência e a partilha de actividades lúdicas desde a infância, irá permitir a ambos um espaço privilegiado de aprendizagens e de estimulação mútua cognitiva e relacional. Verifica-se assim, a facilitação na aquisição de competências relacionais, no desenvolvimento da autonomia, partilha, cooperação e competição (Fernandes, 2002), bem como no desenvolvimento da aquisição de competências sócio-cognitivas, facilitadoras de um desenvolvimento psicossocial equilibrado (Stormshak et al., 2004).

Na infância as crianças passam grande parte do seu tempo com os irmãos, encontrando nesta relação as funções de suporte como afecto, suporte social, apoio para a resolução de problemas escolares e familiares, caracterizando-se assim como uma relação emocionalmente positiva, mas também negativa, quanto a afectos de inveja, competição e ciúme, tal como descritos inicialmente por autores como Freud (cit. por Fernandes, 2002).

A presença de uma situação disfuncional num dos sujeitos da fratria desencadeará afectos ambivalentes nos restantes sujeitos da família, pelo que a qualidade das relações na família reflectem o impacto desencadeado pela existência de um problema de saúde num qualquer elemento e, conseqüentemente, influência positiva e negativamente o desenvolvimento de todos e em particular dos filhos (Fernandes, 2002).

De acordo com Banks et al. (2004), a existência de uma relação conflituosa entre irmãos associada a uma ineficaz competência parental, poderá ser um factor preditor das dificuldades de adaptação na adolescência e início da vida adulta, podendo vir a desenvolver-se comportamentos anti-sociais.

Os conflitos entre irmãos podem corresponder a uma característica normativa e até construtiva nas relações de fratria. Mas as relações caracterizadas por uma carga agressiva e violenta permanente, com uma parentalidade pouco eficaz na resolução de conflitos entre os irmãos, estão relacionadas com o aumento do risco para um comportamento anti-social no período da adolescência e início da idade adulta. Desta forma crianças expostas a um ambiente

familiar violento, adquirem modelos de interacção e comportamentos agressivos, levando-as a desencadear o mesmo tipo de comportamentos junto dos seus pares, ligando-se àqueles que, por sua vez, também desenvolvem o mesmo estilo de comportamento, desenvolvendo em cadeia, o risco de comportamento desviante.

Num estudo longitudinal realizado por Bank, et al. (2004), concluiu-se que a existência de dificuldades dos pais na gestão dos conflitos entre os irmãos, com um ambiente familiar de discórdia e défice comunicacional entre pais e filhos, correspondem a factores que potenciam o aparecimento do comportamento desviante e anti-social, com o aumento desta probabilidade para os rapazes. No entanto os resultados destas conclusões revelam ainda que, o impacto da qualidade das relações entre irmãos e entre os pais na socialização e no relacionamento inter-pares torna-se mais determinante quando vivido entre a segunda infância e a pré adolescência (Bank et al., 2004; Stormshak et al., 2004).

Alguns modelos de desenvolvimento de comportamento anti-social, focam este problema em relação à qualidade da vinculação precoce, em que quanto melhor for a qualidade desta relação inicial, assim a capacidade do sujeito estabelecer relações afectivas e interpessoais estáveis e equilibradas. O comportamento anti-social é explicado, como decorrente da falha básica no processo de vinculação precoce, traduzindo-se numa incapacidade funcional do sujeito estabelecer relações suficientemente afectivas e seguras ao longo da vida (relações afectivas de intimidade, na família, com irmãos e inter-pares, na integração social extra-familiar) (Stormshak et al., 2004).

A relação entre o início do uso/abuso de substâncias de um dos elementos da fratria pode ser entendida como uma situação de risco para o irmão que se mantém abstinente. Nesta situação, a qualidade das relações entre irmãos poderá contribuir substancialmente no reforço ou dissuasão do comportamento anti-social, com interferências no tipo de relacionamento inter-pares, bem como nos factores contextuais e intra-familiares. De facto, os irmãos podem influenciar-se mutuamente através de uma relação afectiva e emocionalmente próxima, com um maior impacto dos irmãos mais velhos junto dos mais novos. Estudos revelaram uma relação positiva entre a “proximidade afectiva” (“*warmth*”) com comportamentos de risco entre irmãos, no sentido de que um relacionamento afectivamente próximo poderá favorecer e reforçar os comportamentos de risco (Stormshak et al., 2004).

Vários estudos longitudinais sugerem claramente que o início do consumo de drogas do irmão mais velho poderá influenciar no comportamento do irmão mais novo, sendo estes efeitos bastante significativos, mesmo entre irmãos com uma relação não biológica (Luthar et al., 1993, 1992; Stormshak et al., 2004; Vorst & Engels et al., 2007).

Stormshak et al. (2004) aponta ainda, como principais limitações nos estudos entre irmãos desde a metodologia das investigações (recolha de dados, instrumentos utilizados), à desvalorização de aspectos como a posição na fratria, a diferença de géneros, a diferença de

idades. Os estudos realizados sobre as relações entre fratrias apresentam assim interferências multi-factoriais que, comprometem possíveis conclusões consensuais acerca da influência das relações entre irmãos quanto aos comportamentos desviante e consumo de substâncias. Assim mantém-se por esclarecer até que ponto a qualidade das relações entre irmãos e seus pares, determina o comportamento de risco, da mesma forma que também promove e mantém problemas de comportamento.

### **Factores Extra-familiares**

Os factores extra-familiares compreendem aqui toda a rede social envolvente do sujeito, para além do seu núcleo familiar. Assim será importante ter presente a influência da escola, do grupo de pares e da comunidade envolvente em geral (associações, clubes desportivos e recreativos, integração escolar, grupo de pares, participação activa na comunidade). O meio social envolvente surge com maior destaque enquanto factor protector, quando o sistema familiar falha nas suas competências (famílias disruptivas, ambiente de conflito permanente, com baixa coesão familiar, ausência de modelos de comportamento saudáveis, existência de psicopatologia na família e uso e abuso de drogas e álcool) (Abraão, 1999; Masten & Coatsworth, 1998; Geada, 1994). O jovem adolescente procura destacar-se do caos familiar envolvente, distanciando-se na procura de um suporte saudável noutra meio ambiente alternativo (Abraão, 1999). O envolvimento proactivo do sujeito em actividades extra-curriculares contribui para o desenvolvimento de competências relacionais e sociais, estabelecendo relações positivas com outros adultos, enquanto modelos de comportamento alternativos (Masten & Coatsworth, 1998).

No entanto, o meio ambiente envolvente poderá não proporcionar uma alternativa positiva enquanto factor protector, se a qualidade da rede social envolvente apresentar fracos recursos económicos, sociais e culturais como: a situação de pobreza, meio ambiente degradado, proximidade com redes de tráfico de substâncias e a ausência de estruturas de apoio sócio-educativo que promovam actividades de integração social e extracurriculares (Abraão, 1998). É neste contexto que por vezes passa a ser um verdadeiro desafio identificar como determinados sujeitos acabam por encontrar respostas positivas face a uma aparente ausência de soluções.

Nos estudos desenvolvidos por Werner e seus colaboradores (1995, 2000) observou-se que os jovens identificados como resilientes desenvolvem relações extra-familiares positivas com os seus pares e adultos de referência na comunidade envolvente, procurando nestas relações suporte afectivo nas situações de crise. Por outro lado, na escola estes sujeitos apresentam um elevado investimento nos estudos, com participação activa nas actividades extra-curriculares, verificando-se em alguns casos que o estabelecimento escolar se torna numa segunda habitação, enquanto refúgio de um ambiente familiar disruptivo e de um bairro habitacional violento e inseguro. O envolvimento activo dos sujeitos em actividades extra-curriculares, permite que o sujeito

desenvolva as suas competências e aptidões específicas, promovendo desde cedo uma autonomia saudável, o sentido de responsabilidade, reforço da auto-estima e da auto-realização (Masten & Coastworth, 1998).

Quanto às características da comunidade habitacional envolvente, vários autores nos seus estudos concluem que bairros degradados com características sócio-económicas baixas influenciam negativamente os recursos sócio-educativos. Assim, a escola apresenta uma maior exposição dos alunos a factores de risco para o seu desenvolvimento psicossocial, encontrando-se uma forte relação com o início de experiências de consumo de tabaco, álcool e consumo de substâncias ilícitas (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004). O crime e a violência dos bairros aparecem ainda associados a elevados níveis de desemprego e emprego precário, amplificando assim outros problemas sociais preexistentes nas famílias (alcooolismo parental, abandono escolar, violência doméstica).

Contudo, estas comunidades podem desenvolver e promover factores protectores, se revelarem capacidade de procura activa de soluções para os seus problemas e necessidades. Verifica-se assim, uma capacidade resiliente e proactiva da própria população, face às suas necessidades e dificuldades, promovendo o associativismo, a criação de recursos sócio-educativos e um controlo social activo, junto de grupos em situação mais vulnerável (idosos, crianças, famílias em situação económica desfavorável), reforçando a percepção de um ambiente social envolvente seguro, favorecendo o desenvolvimento psicossocial positivo nos sujeitos (Corcoran & Nichols-Casebolt, 2004).

### **Estudos desenvolvidos**

Apesar de não ter sido possível identificar muitos estudos que relacionassem a resiliência e a toxicoddependência na fratria, em população adulta, dos estudos consultados verificou-se que uma grande parte dos sujeitos com problemas de toxicoddependência apresentava a adolescência como o período de desenvolvimento de início de dependência de substâncias psicoactivas (Spence & Matos, 2000; I.D.T., 2006; O.E.D.T., 2006; Vinagre & Lima, 2006).

Os estudos consultados que relacionam a resiliência psicológica e a toxicoddependência enquadram-se com maior frequência nas áreas do desenvolvimento infantil e da adolescência, no âmbito da compreensão do desenvolvimento psicossocial saudável perante um contexto familiar e social de risco (Werner & Smith, 1982; Garmezy, 1985; Garmezy & Masten, 1994; Werner, 2004; Luthar, 2005).

Nesta perspectiva, compreendem-se investigações que integram situações de filhos de pais toxicoddependentes (crianças e adolescentes) que vivem num contexto social e comunitário cujos

factores de risco comprometem o desenvolvimento psicossocial saudável (Werner & Smith, 1982; Garmezy, 1985; Garmezy & Masten, 1994; Luthar, 2003).

A autora E. Werner e colaboradores (2001) desenvolveram uma importante investigação longitudinal na área da resiliência psicológica, que acompanhou um grupo de 698 crianças desde o seu nascimento em 1955 até à sua idade adulta (Estudo Longitudinal na Ilha Kauai).

Cerca de um terço destas crianças, encontrava-se em situação de elevado risco: complicações perinatais e com baixo peso à nascença; pertenciam a famílias com fracos recursos sócio-económicos; psicopatologia materna e abuso de substâncias psicoactivas na família; negligência de cuidados de saúde básicos; apresentavam dificuldades de aprendizagem. O estudo foi monitorizado em diferentes momentos da vida dos sujeitos, ao longo do desenvolvimento (nas idades: 1, 2, 10, 18, 31/32 e 40 anos), com avaliação ao nível de diferentes domínios da saúde: pediátrico, saúde pública, educativa e psicológico.

Os resultados deste estudo evidenciaram que, alguns indivíduos que apresentavam dificuldades de adaptação (dificuldades de aprendizagem, problemas de comportamento e pré-delinquência), em períodos-chave do desenvolvimento como a adolescência, tenderam a melhorar e a estabilizar a sua capacidade de superação das dificuldades com a maturação da idade adulta. No último follow-up realizado à idade de 40 anos dos sujeitos (Werner, 2004), observou-se que estes se encontravam com uma situação profissional satisfatória, mantinham relações afectiva e amorosa estáveis com companheira/o e com filhos, sendo reconhecidos na comunidade envolvente como cidadãos responsáveis.

Neste grupo observou-se que os desde muito cedo na infância, os sujeitos apresentavam características psicológicas individuais importantes para o seu desenvolvimento psicossocial. Foram crianças afáveis, com facilidade em estabelecer relações de amizade, com uma atitude proactiva perante as dificuldades. Estes aspectos funcionaram como facilitadores para um desenvolvimento saudável (Werner, 2001).

Por outro lado, os sujeitos que demonstraram resultados menos positivos ao longo da vida, com dificuldades em estabelecer relações afectivas estáveis, apresentavam maior incidência de problemas de saúde física e psicológica. Observou-se que este grupo apresentava em comum na sua história de desenvolvimento até aos 10 anos de idade, exposição a múltiplos factores de risco como negligência parental, fraco suporte afectivo na infância, características psicológicas individuais como baixa auto-estima e dificuldades na procura activa de soluções para as suas dificuldades (Werner, 2001).

Outros autores também têm contribuído com estudos de investigação, no âmbito das condições de promoção dos factores de protecção e identificação dos factores de risco, procurando compreender a sua interacção, mais na área da psicopatologia da criança e do adolescente (Rutter, 1987; Luthar, 2003; Garmezy & Masten, 2004).

Alguns autores realizaram estudos acerca da toxicodependência e fratria. Luthar et al. (1993) num estudo realizado com 673 irmãos de 298 sujeitos dependentes opiáceos concluiu, a partir da análise das histórias familiares e de factores de risco, que os irmãos abstinentes demonstram maior vulnerabilidade para vir a desenvolver comportamentos de uso e abuso de substâncias psicoactivas bem como de desenvolver distúrbios psicopatológicos (depressões, distúrbios de personalidade). Num outro estudo do mesmo autor, com 132 irmãos de toxicodependentes, foram analisados múltiplos factores de risco ao nível individual, familiar, de influência de pares e de grupos. Os resultados obtidos apontam para uma maior vulnerabilidade dos irmãos não toxicodependentes, face às experiências e à proximidade de factores que influenciam a probabilidade destes virem a tornar-se toxicodependentes em cerca de cinco vezes mais, do que qualquer outro sujeito (Luthar, 1992; Angel et al., 2002).

Outros estudos têm vindo a analisar o papel dos irmãos, enquanto modelos de desenvolvimento psicossocial (Brook et al., 2001; Fernandes, 2002; Stormshak et al., 2004). Brook et al. (2001), com o objectivo de verificar o impacto da relação de fratria, dos pares e dos pais na atitude dos irmãos mais novos acerca do uso de substâncias, analisou um grupo de 278 sujeitos adolescentes com experiência de uso e abuso de substâncias psicoactivas e respectivos irmãos mais novos na ordem da fratria. Observou-se que a relação de fratria apresentava uma forte influência nas atitudes dos irmãos mais jovens em relação à utilização de substâncias, superando a influência dos modelos de comportamento parental e de pares.

Os autores Vorst & Engels et al (2007) num estudo longitudinal com 416 irmãos analisaram qualitativamente as relações fraternas e a influência dos irmãos mais velhos junto dos irmãos mais jovens, relativamente às atitudes em relação ao consumo de álcool. Verificou-se que os irmãos mais velhos influenciam significativamente os irmãos mais jovens, no sentido da promoção de atitudes favoráveis ao abuso de álcool, pelo que após um ano observou-se um aumento significativo do consumo de álcool em quantidade e intensidade.

## **Problema e Objectivos de Investigação**

### **Problema**

Este estudo pretendeu investigar a resiliência psicológica no contexto da toxicodependência na fratria, procurando compreender de que modo sujeitos, integrados num mesmo meio sócio-cultural, desenvolvem atitudes diferentes face à oportunidade da experiência das substâncias psicoactivas (Luthar & Rousanville, 1993; Beauvais & Oetting, 1999; Luthar, 2003; Stormshak et al., 2004).

Entendendo a relação de fratria como bastante importante na formação e desenvolvimento psicossocial mútuo entre irmãos, o facto de um dos elementos apresentar problemas de toxicodependência, coloca um desafio à família. A relação entre os irmãos será influenciada e o irmão que é abstinente passa a viver o impacto dos problemas sentidos na família (discussões, angústias, impotência da família perante o problema) (Luthar & Rousanville, 1993; Geada, 1994; Fleming, 1996; Brook et al., 2001; Fernandes, 2002; Bank et al., 2004; Stormshak et al., 2004).

Estes sujeitos encontram-se numa situação de vulnerabilidade acrescida, onde para além dos possíveis factores de risco que potenciaram a toxicodependência do irmão, está perante outros como: a violência familiar, discórdia constante, sofrimento afectivo (Bank et al., 2004; Geada, 1994). Alguns autores encontraram nos estudos com irmãos de sujeitos toxicodependentes sinais de depressão e perturbação da personalidade (Luthar & Rousanville, 1993).

Outra perspectiva centra-se no papel que os irmãos assumem enquanto elementos de referência para a família, tornando-se por vezes cuidadores dos pais desgastados com a toxicodependência e do próprio irmão toxicodependente (Fernandes, 2002; Stormshak et al., 2004).

Neste contexto, pretende-se verificar se o irmão abstinente apresenta características de resiliência face à toxicodependência na fratria e ainda perante a vivência de um contexto familiar e afectivo envolvente potencialmente de risco, para um desenvolvimento psicossocial saudável e equilibrado.

### **Objectivos de Investigação**

Após intensa consulta de literatura acerca da resiliência psicológica e toxicodependência, bem como a compreensão de factores inerentes ao bom desenvolvimento psicossocial e biológico da saúde, foi possível propor objectivos de investigação pertinentes face a estas problemáticas. Neste sentido, tendo presente a importância e influência dos factores de protecção e de risco no desenvolvimento psicológico do indivíduo, assim como a complexa inter-relação entre os factores psicológicos individuais e dimensões sócio-familiares, este trabalho tem como objectivo levantar hipóteses sobre se sujeitos expostos a um ambiente sócio-familiar potencialmente de risco, coexistindo com o problema de toxicodependência na fratria, terão um nível de resiliência

mais expressivo, reforçando (ou não) as orientações teóricas no sentido do conceito de resiliência.

Assim, o primeiro objectivo de estudo foi investigar se existem diferenças entre os **sujeitos toxicodependentes** e os **sujeitos não toxicodependentes**, quanto às características de resiliência.

O segundo objectivo de investigação aferida foi se haveria relação entre a variável resiliência e as variáveis sócio-demográficas propostas: individuais (género, idade, estado civil); familiares (fratria e coabitação) e nível sócio-económico (actividade profissional, escolaridade e situação face ao emprego).

## II. MÉTODO

Neste capítulo, são descritos os métodos utilizados para a recolha dos dados, através dos quais foram concretizados os objectivos propostos neste estudo.

### Participantes

Participaram no estudo 70 sujeitos adultos com irmãos, onde na fratria coexistia pelo menos um irmão com problemas de toxicoddependência e outro irmão sem historial de abuso e dependência de substâncias psicoactivas.

A recolha de dados realizou-se entre Abril e Outubro de 2007, num único período de tempo, em unidades especializadas de tratamento da toxicoddependência no distrito de Lisboa, abrangendo as áreas geográficas dos concelhos de Loures, Odivelas e Lisboa do Distrito de Lisboa.

Quanto aos critérios de participação, os sujeitos do **Grupo 1**, à data da recolha de dados estavam abstinentes quanto a substâncias psicoactivas, há pelo menos 30 dias e integrados em processo de tratamento em ambulatório, com medicação de terapêutica agonista opiácea ou sem qualquer medicação.

Os sujeitos do **Grupo 2**, não apresentavam na sua história passada experiência de abuso e dependência de substâncias psicoactivas e foram identificados a partir da indicação dos irmãos em seguimento nas unidades de tratamento e através dos técnicos de referência da instituição (psicólogos, psiquiatras, técnicos de apoio psicossocial).

Para investigar o conceito de *resiliência psicológica* foi fundamental assegurar que os sujeitos teriam sido expostos a situações de extrema ameaça psicológica, com níveis de stress de

grande intensidade e que perante estas vivências, apresentassem um comportamento adaptado e saudável (Garmezy & Masten, 1994; Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 2005). Pretendeu-se com os sujeitos do **Grupo 2**, garantir este pressuposto, dado que a existência de toxicod dependência na família e no caso deste estudo, na fratria, foi a condição para a existência de um factor de risco elevado ao nível das vivências individuais e da família (Luthar et al., 1992; Geada, 1994, Fleming, 1996; Abraão, 1999; Ferros, 2003).

O método de amostragem utilizado foi não probabilístico de conveniência, dado que os sujeitos foram indicados através dos profissionais da unidade de atendimento a toxicod dependentes. O estudo foi apresentado através de uma Declaração de Consentimento Informado (Anexo A) que descreveu os objectivos do estudo e formalizou o acordo e a colaboração dos participantes.

Neste estudo não foi possível controlar diferenças acentuadas em termos de idades, equivalência quanto ao género, desempenho cognitivo ou traços de personalidade. Outro factor a ter em conta com possível influência nos resultados foi o efeito de desejabilidade social, tendo em conta que a selecção dos participantes foi realizada através dos técnicos de referência, com quem os participantes (Grupo 1) mantêm uma relação terapêutica.

### Caracterização da Amostra

A amostra é constituída por **70 sujeitos** com irmãos, em que na fratria coexistem sujeitos com problemas de toxicod dependência e sujeitos sem historial anterior de abuso e dependência de substâncias psicoactivas, distribuindo-se em dois grupos de estudo, Grupo1 (n=39) e Grupo 2 (n=31).

**Tabela 1. Composição da amostra (N=70)**

Participantes	Frequência	Percentagem	Percentage m válida	Percentagem acumulada
Grupo 1 (SujTox)	39	55,7	55,7	55,7
Grupo 2 (Suj NTox)	31	44,3	44,3	100,0
<b>Total</b>	<b>70</b>	100,0	100,0	

A amostra global de participantes (N=70), é constituída por 60% de sujeitos do género masculino e 40% do género feminino, com idades compreendidas entre os 21 e 54 anos de idade

e idade média é de 36,0 (DP=7,378) anos. Acerca do estado civil, 50% da amostra apresenta a situação de “Solteiro” e 38,6% a situação de “Casado ou união de facto”.

O **Grupo 1** é constituído por **39 sujeitos** com idades compreendidas entre os 21 e 52 anos e média etária de 35,77 (DP=7,329). A distribuição por género é representada em 87,2% do género masculino e 12,8% do feminino (Tabela 2). Quanto ao “Estado Civil”, a situação mais frequente é “Solteiro” com 69,2% seguindo-se a situação “Casado/união de facto” com 20,5%.

**Tabela 2. Distribuição da amostra por género**

Participantes	Género	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem acumulada
Grupo1 SujTox	Masculino	34	<b>87,2</b>	87,2	87,2
	Feminino	5	12,8	12,8	100,0
	<i>Total</i>	39	100,0	100,0	
Grupo 2 Suj NTox	Masculino	8	25,8	25,8	25,8
	Feminino	23	<b>74,2</b>	74,2	100,0
	<i>Total</i>	31	100,0	100,0	

No **Grupo 2**, verificou-se um total de **31 sujeitos**, com idade média de 36,29 (DP=7,551) anos de idade, variando entre 21 e 54 anos de idade. O género feminino é o que está mais representado com 74,2% em relação ao masculino com 25,8%, como se pode observar na Tabela 2.

Na “Coabitação” observou-se que 40% dos sujeitos do Grupo 1 vive com a família nuclear (pais e irmãos) e 34,3% vivem com “Companheiro/a e filhos”. Em contrapartida no Grupo 2, a maior percentagem reflecte-se em 58,1% dos sujeitos que coabitam com “Companheiro/a e filhos” (Tabela 3).

**Tabela 3. Caracterização da Coabitação**

Participantes	Situação de Coabitação	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Grupo 1 SujTox  n=39	Sozinho	2	5,1	5,1	5,1
	pais ou pai/mãe, irmãos	23	<b>59,0</b>	59,0	64,1
	companheiro/a	5	12,8	12,8	76,9
	filhos e	6	15,4	15,4	92,3
	companheiro/a outros elementos	3	7,7	7,7	100,0
<i>Total</i>		39	100,0	100,0	
Grupo 2 Suj NTox  n=31	Sozinho	2	6,5	6,5	6,5
	pais ou pai/mãe, irmãos	5	16,1	16,1	22,6
	companheiro/a	4	12,9	12,9	35,5
	filhos e	18	<b>58,1</b>	58,1	93,5
	companheiro/a outros elementos	2	6,5	6,5	100,0
<i>Total</i>		31	100,0	100,0	

O **Grupo 1** apresentou como o nível de escolaridade com maior expressão o Ensino Secundário (33,3%) e o 2º Ciclo do Ensino Básico (23,1%). Por sua vez, o **Grupo 2** apresenta o Ensino Secundário (51,6%) e a licenciatura (29%) com os valores mais expressivos.

Como situação profissional mais frequente, 74,3% dos sujeitos está “Empregado” e 17% “Desempregado” no **Grupo 1**.

O **Grupo 2** encontra 90% dos sujeitos na situação de “Empregado” e apenas 3,2% estão em situação de “Desemprego”.

O “Nível sócio-económico” pode observar-se na Tabela 4 e foi determinado através da classificação proposta pelo autor Almeida (1998), onde foram analisadas em conjunto as variáveis “nível de escolaridade” e “actividade profissional”. Assim, para o **Grupo 1**, observou-se o nível sócio-económico médio com 53,8% com o valor mais elevado, enquanto que para o **Grupo 2** o nível sócio-económico médio é o mais expressivo com 67,7%.

**Tabela 4. Caracterização do Nível Sócio-Económico**

Participantes		Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem acumulada
Grupo 1 SujTox	Nível Sócio-económico Baixo	21	<b>53,8</b>	53,8	53,8
	Nível Sócio-económico Médio	16	41,0	41,0	94,9
	Nível Sócio-económico Elevado	2	5,1	5,1	100,0
	<i>Total</i>	<i>39</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	
Grupo 2 Suj NTox	Nível Sócio-económico Baixo	5	16,1	16,1	16,1
	Nível Sócio-económico Médio	21	<b>67,7</b>	67,7	83,9
	Nível Sócio-económico Elevado	5	16,1	16,1	100,0
	<i>Total</i>	<i>31</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

Acerca da situação de fratria, observou-se em ambos os grupos que o *Número de irmãos* mais frequente variou de 1 a 3 irmãos. Quanto à ordem de nascimento na *Fratria*, nos sujeitos do **Grupo 1**, 38,5% é primogénito e 35,9% é o segundo filho. Para o **Grupo 2**, 48,4% dos sujeitos é o segundo filho e 29,0 é o primogénito.

**Tabela 5. Caracterização da Fratria**

Participantes	Ordem na fratria	Frequência	Percentagem	Percentagem Valida	Percentagem acumulada
Grupo 1 SujTox	1	15	<b>38,5</b>	38,5	38,5
	2	14	<b>35,9</b>	35,9	74,4
	3	7	17,9	17,9	92,3
	4	1	2,6	2,6	94,9
	6	1	2,6	2,6	97,4
	7	1	2,6	2,6	100,0
	<i>Total</i>	<i>39</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	
Grupo 2 Suj NTox	1	9	29,0	29,0	29,0
	2	15	<b>48,4</b>	48,4	77,4
	3	5	16,1	16,1	93,5
	4	2	6,5	6,5	100,0

---

Total	31	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

---

## **Instrumentos**

Para análise das variáveis sócio-demográficas foi apresentado um Questionário sócio-demográfico (Anexo C) e como instrumento de avaliação quantitativa, foi utilizada a Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993) (Anexo B), aferida para a língua portuguesa por Pesce et al. (2005) e validada para a população portuguesa por Vara e Sani (2006).

Em todo o processo de recolha de dados, o estudo foi apresentado aos participantes com a Declaração de Consentimento Informado (Anexo A) e todos os instrumentos aplicados foram de auto-preenchimento.

### **Questionário sócio-demográfico**

O Questionário Sócio-demográfico (Anexo C) avaliou as variáveis demográficas individuais dos sujeitos (género, idade, estado civil), as variáveis familiares (fratria, número de irmãos, coabitação) e do nível sócio-económico (escolaridade, actividade profissional e situação face ao emprego).

### **Escala de Resiliência de Wagnild & Young**

Para avaliar a resiliência utilizou-se a **Escala de Resiliência de Wagnild & Young** (1993), aferida para a língua portuguesa (Pesce et al., 2005) e validada para a população portuguesa (Vara & Sani, 2006). Esta escala tem como objectivo medir os níveis de adaptação psicossocial positiva face a acontecimentos significativos ao longo da vida, onde os principais factores de análise que orientaram a construção inicial deste instrumento por Wagnild & Young (1993) foram: a competência pessoal (*personal competence*) e a aceitação de si mesmo e da vida (*acceptance of self and life*). O ponto de partida para o desenvolvimento desta escala foi com base em 24 entrevistas de mulheres que tinham enfrentado com sucesso várias perdas afectivas, ao longo da sua vida (Friborg et al., 2003). Numa etapa seguinte, a escala foi aplicada a 810 sujeitos idosos, com idades entre 53 e os 95 anos de idade, numa comunidade residencial e mais tarde a sua aplicação foi generalizada a outros grupos etários da população. Foram então observadas correlações positivas com a saúde física, moral, satisfação e bem-estar e, uma correlação negativa com depressão.

### *Características métricas da Escala*

A validação da escala para a população portuguesa foi realizada por Vara e Sani (2006), obtendo-se bons indicadores de fidelidade e fiabilidade com base no coeficiente de alpha de Cronbach (0,86). A validade foi verificada através da análise factorial e a fiabilidade através da análise de consistência interna das escalas. O estudo de validação deste instrumento foi realizado com 334 sujeitos com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, com média etária de 15,4 anos, sendo 166 do género masculino (43,7%) e 188 do género feminino (56,3%). Os participantes frequentavam escolas do Ensino Preparatório e Secundário de 8 distritos de Portugal e Ilhas.

Os resultados dos estudos onde a Escala de Resiliência tem sido utilizada, têm vindo a apresentar uma consistência interna e um grau de fidelidade e validade bastante potentes, o que explica a sua referenciação em diversos estudos e artigos de investigação (Arorian & Norris, 2000; Pesce et al., 2005; Ahern et al., 2006; Vara & Sani, 2006) pelo que se têm vindo a replicar estudos no sentido de adaptar e aferir este instrumento, quer do ponto de vista linguístico, quer às especificidades sociais e culturais de cada população.

Esta escala tem sido utilizada com populações em idade adulta, de variadas características, como mulheres vítimas de violência, adolescentes em situação de risco, situações de perda afectiva e vivências de extremo sofrimento psicológico (Aroian & Norris, 2000; Pesce et al., 2004; Ahern et al., 2006) permitindo reafirmar as suas propriedades métricas e estatísticas e diversidade de investigação, sendo um útil instrumento para a investigação da resiliência.

Assim, a utilização da **Escala de Resiliência de Wagnild & Young** (1993) neste estudo teve como objectivo verificar se os sujeitos irmãos sem problemas de dependência de substâncias psicoactivas corresponderiam a um nível elevado de resiliência, e por outro lado, se os sujeitos toxicodependentes teriam um baixo nível de resiliência. De facto esta escala, tal como os seus autores originais verificaram (Wagnild & Young, 1993) e mesmo a autora responsável pela adaptação à língua portuguesa (Pesce et al., 2005), permitirá conferir que factores são mais predominantes nos sujeitos resilientes que poderão servir enquanto fortes indicadores para a resiliência.

Na adaptação transcultural da escala de resiliência (Pesce et al., 2005) foram seguidos determinados procedimentos metodológicos, no sentido de obter a equivalência semântica, ou seja, a tradução do instrumento original de modo a manter o significado das palavras, do idioma inglês para o idioma português (Pesce et al., 2005). Em seguida foi realizada a equivalência operacional que consistiu em manter as características operacionais da escala original, garantindo

assim as características métricas: validade e fidelidade. Globalmente, a escala apresenta graus de equivalência semântica, operacional e de mensuração satisfatórios. Quanto aos valores de *alpha* de Cronbach encontrados na versão brasileira (0,91) e na validação junto da população portuguesa (0,86), são semelhantes aos resultados apresentados pelos estudos de Wagnild & Young (1993) e Aroian, K.J. et al. (2000), indicando uma boa consistência interna do instrumento, revelando também uma boa capacidade de discriminação dos vários atributos relacionados com a resiliência, como a capacidade de resolução de acções e valores (que dão sentido à vida como a amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida); autonomia e determinação na concretização de objectivos; autoconfiança e capacidade de adaptação a situações inesperadas ou adversas.

Relativamente à validade de construto, seguiu-se a metodologia utilizada por Pesce et al. (2005), mantendo-se a mesma estrutura factorial encontrada pela autora brasileira, dado que o processo de validação deste instrumento à população portuguesa, quanto à análise dos factores ainda se encontra em análise (Vara & Sani, 2006).

A utilização desta escala, apresentou-se assim como um bom instrumento, possibilitando analisar 3 factores psicológicos indicadores de resiliência: a capacidade de resolução de acções e valores (a amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida); a autonomia e determinação na concretização de objectivos; e, um terceiro factor, auto-confiança e capacidade de adaptação a situações inesperadas ou adversas (Pesce et al., 2005).

**Tabela 6. Factores da Escala de Resiliência**

<b>Escala de Resiliência*</b> (Wagnild & Young, 1993)	
<b>Factor I</b>	<b>Capacidade de Resolução acções e valores</b> (15 itens)
Resolução de acções/ tarefas e valores: que dão sentido à vida como a amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida	<u>Itens</u> 1, 2, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 23, 24
<b>Factor II</b>	<b>Autonomia e determinação na concretização de objectivos</b> (4 itens)
Aceitação de si mesmo e da vida; Adaptabilidade, equilíbrio, flexibilidade e perspectiva de vida equilibrada	<u>Itens</u> 4, 5, 15, 25
<b>Factor III</b>	<b>Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações inesperadas ou adversas</b> (6 itens)
Autoconfiança, determinação, invencibilidade e perseverança	<u>Itens</u> 3, 9, 13, 17, 20, 22

A análise destes factores, permitiu avaliar se as principais características associadas à resiliência obtiveram uma elevada expressão em **sujeitos não toxicodependentes** e baixa expressão em **sujeitos toxicodependentes**, reforçando ou não as orientações teóricas no sentido do conceito de resiliência.

A Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993), possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A cotação final varia entre 25 a 175 pontos, em que os valores elevados indicam elevada resiliência.

Existindo poucos estudos específicos que relacionem a resiliência numa situação de fratria com a problemática da toxicodependência no contexto sócio-familiar, este estudo procurará ser um contributo para a discussão e formulação de novas hipóteses de investigação no âmbito da prevenção da toxicodependência, através da intervenção nos factores protectores potenciando a capacidade de cada sujeito fazer face aos factores de risco inerentes ao seu desenvolvimento psico-social.

### **Tipo de Estudo**

O estudo apresentado seguiu um método de investigação exploratório transversal, com uma amostra de conveniência, não probabilística e consistiu em comparar dois grupos de sujeitos, procurando verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

A variável dependente em estudo é a Resiliência psicológica, aferida através da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) (Anexo B). Esta escala permitiu avaliar a resiliência em duas dimensões: um nível de resiliência global através do somatório directo das cotações obtidas de numa escala de Likert de 1 a 7; e, um segundo nível decomposto em 3 factores de análise (Pesce, 2005):

- Factor 1: Capacidade de resolução acções e valores;
- Factor 2: Autonomia e determinação na concretização de objectivos;
- Factor 3: Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações inesperadas ou adversas.

## **Variáveis principais**

As variáveis principais em estudo foram a *Resiliência Psicológica* e a existência ou não de *Toxicoddependência* na fratria.

### *Resiliência Psicológica*

A resiliência psicológica foi aferida através da aplicação da Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993).

### *Toxicoddependência*

Foram identificados sujeitos com problemas de toxicoddependência integrados em processo de tratamento e abstinentes há pelo menos 30 dias de substâncias psicoactivas. Os participantes foram identificados através dos respectivos técnicos de referência que os acompanhavam na unidade de tratamento.

Os respectivos irmãos não toxicoddependentes, foram identificados e referenciados pelos sujeitos em seguimento terapêutico, tendo-se verificado a condição de não haver historial de problemas de abuso e dependência de substâncias psicoactivas.

## **Variáveis controladas**

As variáveis sócio-demográficas seleccionadas para análise neste estudo foram as seguintes:

- *Fratria*

Alguns autores têm vindo a identificar a ordem na fratria como um importante determinante nas relações parentais, o que por sua vez influencia a forma como o sujeito define a sua identidade, papel e posição na família. (Fernandes, 2002; Bank et al., 2004; Stormshak et al., 2004).

- *Número de irmãos*

O número total de irmãos na fratria, por vezes poderá ter uma função de protecção ou de risco, dependendo dos recursos sociais, afectivos e económicos da família, para proporcionar a todos os elementos condições equilibradas para um desenvolvimento psicossocial (Kotliarenko et al., 1997; Spence & Matos, 2000; Werner, 2000; Stormshak et al., 2004).

- *Género*

Nos estudos consultados, verificou-se que existem diferenças de atitude em relação ao género dos sujeitos face ao risco. Vários autores apontam os sujeitos do género masculino como mais vulneráveis ao risco do que os do género feminino, principalmente em famílias disruptivas (Rutter, 1985; Abraão, 1998; Werner, 2005). Por outro lado, de acordo com relatórios epidemiológicos na área da toxicoddependência, verifica-se uma maior propensão de sujeitos do género masculino para comportamentos de abuso e dependência de substâncias psicoactivas (E.C.M.D.D.A. 2005; I.D.T., 2006; OEDT, 2006;).

- *Estado civil*

O estado civil remete para a capacidade de autonomia e capacidade de estabelecer relações afectivas estáveis, identificados por vários autores como indicadores das características da resiliência (Werner, 1993, 2005; Masten & Coatsworth, 1998).

- *Coabitação*

A situação de coabitação remeteu para a autonomia do sujeito face à família nuclear (pais e irmãos). Uma das dificuldades identificadas nos sujeitos com problemas de toxicoddependência é a autonomia face à família nuclear – dependência afectiva e funcional, decorrente do comportamento de uso e abuso de substâncias (Patrício, 2002).

- *Actividade profissional*

O tipo de actividade profissional exercida possibilitará identificar o nível sócio-económico do sujeito, caracterizando-se o tipo de actividade (Almeida, 1998).

- *Situação face ao emprego*

A situação face ao emprego, permite observar e identificar o nível sócio económico do sujeito. Por outro lado, o percurso de dependência de substâncias psicoactivas, compromete a possibilidade e a capacidade dos sujeitos se integrarem profissionalmente. De acordo com os

estudos na área da resiliência, o facto dos sujeitos estarem numa situação laboral estável, indicia uma boa capacidade de investimento nos projectos e relações laborais (Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 2004).

- *Escolaridade*

O nível de escolaridade é um forte indicador quer para a resiliência quer para a toxicodependência. Os dados estatísticos revelam uma baixa escolaridade junto da população toxicodependente, com abandono escolar bastante precoce, coincidente com o início da dependência de substâncias psicoactivas (I.D.T., 2006; O.E.D.T., 2005; Masten & Coatsworth, 1998; Patrício, 2002; Werner, 2004).

- *Nível sócio-económico*

Para determinar o nível sócio-económico, seguiu-se a classificação de Ribeiro (1998), a partir da análise conjunta das variáveis escolaridade, actividade profissional e situação face ao emprego. Vários estudos têm vindo a associar as características socio-económicas com o aumento de vulnerabilidades face aos factores de risco (Kotliarenko et al., 1997; Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 2000; Matos & Camacho, 2006), com especial destaque para o uso problemático e dependência de substâncias psicoactivas (Angel et al., 2004; Luthar, 2005).

## **Procedimento**

Este estudo foi desenvolvido numa unidade especializada de tratamento para a toxicodependência, abrangendo a áreas geográficas dos Concelhos de Loures, Odivelas e Lisboa. Foi solicitado através de ofício, junto da Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo do Instituto da Droga e Toxicodependência, autorização formal para a realização deste estudo, oficialmente concedida em Abril de 2007 pelo Conselho de Administração do Instituto da Droga e Toxicodependência.

Obtidas as autorizações, procedeu-se ao levantamento de casos de utentes em tratamento (ficheiro activo) e abstinentes com irmãos sem problemas de abuso e dependência de substâncias psicoactivas. Através dos profissionais da unidade, foi possível contactar os respectivos participantes e propor o estudo. Por dificuldades de conciliação de disponibilidades dos participantes, alguns dados foram recolhidos fora do centro, (domicílio, café, local de emprego, etc.).

Os sujeitos foram directamente convidados a participar no estudo, através dos profissionais do centro e procedeu-se à aplicação dos questionários assegurando confidencialidade e o

consentimento informado. Após a recolha final de todos os instrumentos, procedeu-se à verificação dos dados e construção de base de dados em Microsoft Excel e posteriormente em SPSS 15,0 for Windows e de seguida foram sujeitos a análise estatística a fim de obter resultados de estudo.

### III. RESULTADOS

#### Análise Estatística

Com o fim de aferir as questões de investigação deste estudo, os dados obtidos nos instrumentos utilizados, foram trabalhados através das estatísticas de teste que se afiguraram as mais adequadas.

Após a recolha dos dados e de forma a verificar a existência ou não de relações significativas das variáveis criou-se uma base de dados que possibilitou um tratamento estatístico através do programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 15,0.

A análise é por um lado descritiva e percentual e por outro recorre a métodos de estatística não paramétrica, uma vez que a amostra é não probabilística, não provém de uma população com distribuição normal (K-S,  $p < 0,05$ ) e a escala utilizada é de tipo ordinal (likert).

A Escala de Resiliência foi submetida ao teste de consistência interna de alpha de Cronbach e obteve-se um valor de 0,788 para a amostra em estudo.

#### 7. Consistência Interna da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993)

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,788	,810	25

De forma a verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os Grupos 1 e 2 em estudo para a *variável resiliência*, e ainda verificar se existe alguma relação com as variáveis sócio-demográficas, foram utilizadas as estatísticas de teste de U de Mann-Whitney (comparação inter-grupos), análise correlacional do coeficiente de Spearman ( $r_s$ ) e coeficiente de contingência de Cramer V e de  $f_i$  para um nível de significância de 0,05.

## Análise descritiva

Na totalidade da amostra, observou-se que a variável resiliência apresentou uma média de 132,17 (DP=15,317), variando entre 77 (valor mínimo) e 166 (valor máximo). O valor mínimo correspondeu a um sujeito do Grupo 1 e o valor máximo a um sujeito do Grupo 2.

Através da Estatística de Teste U Mann-Whitney, verificou-se que a média das ordens para o Grupo 2 foi superior à do Grupo 1.

Ao nível descritivo, a ordenação média do Grupo 2 é superior à do Grupo 1, o que indicia níveis de resiliência mais elevados para o Grupo 2, uma vez que ordens superiores implicam valores absolutos da variável superiores, o que pode observar-se na Tabela 8.

**Tabela 8. Nível de Resiliência: Grupo1, Grupo2**

	Participantes	N	Mean Rank*	Sum of Ranks
Nível de Resiliência	Grupo 1 – SujTox	39	30,49	1189,00
	Grupo 2 – Suj NTox	31	41,81	1296,00
	Total	70		

\* U Mann Whitney

Para verificar se as diferenças eram significativas consultou-se a significância exacta bilateral, que neste caso é de 0,020 (exact sig tailed) o que significa que como  $U=409,000$ ,  $p<0,05$  pode afirmar-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 1 e 2 (Tabela 9). Os dados estatísticos apontam para que se confirme a primeira questão de investigação proposta, onde os sujeitos do Grupo 2 apresentam um nível de resiliência mais expressiva do que os sujeitos do Grupo1.

**Tabela 9. Estatística de Teste U de Mann Whitney**

Test Statistics(a)	Nível de Resiliência
Mann-Whitney U	409,000
Wilcoxon W	1189,000
Z	-2,313
Asymp. Sig. (2-tailed)	,021
Exact Sig. (2-tailed)	,020
Exact Sig. (1-tailed)	,010
Point Probability	,000

a Grouping Variable: Participantes

Verificou-se ainda que existiram diferenças significativas entre géneros (Tabela 10), observando-se que o grupo feminino apresentou um nível de resiliência superior em relação aos participantes do género masculino, para ambos os grupos em estudo (Grupo 1 e Grupo 2).

**Tabela 10. Média das ordens, Nível de Resiliência por género**

Género	Participantes	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Masculino	Grupo1 SujTox	34	20,43	694,50
	Grupo 2Suj NTox	8	26,06	208,50
	Total	42		
Feminino	Grupo 1 SujTox	5	6,50	32,50
	Grupo 2 Suj NTox	23	16,24	373,50
	Total	28		

**Tabela 11. Estatística de Teste para o Nível de Resiliência por género**

Género	Test Statistics(b)	Nível de Resiliência
Masculino	Mann-Whitney U	99,500
	Wilcoxon W	694,500
	Z	-1,170
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,242
	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,248(a)
Feminino	Mann-Whitney U	17,500
	Wilcoxon W	32,500
	Z	-2,403
	Asymp. Sig. (2-tailed)	,016
	Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,013(a)

a Not corrected for ties.

b Grouping Variable: Participantes

Na utilização do teste estatístico U-Mann-Whitney, como o valor da amostra é superior a  $n > 10$ , a estatística de teste é aproximada à distribuição Normal (z).

Na análise dos factores, observou-se que o Grupo 2 apresentou valores médios superiores para os Factores I, II e III, em relação ao Grupo 1 (Tabela 12). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto aos factores I ( $U=386,000$ ,  $p < 0,05$ ) e III ( $U=392,500$ ,  $p < 0,05$ ) e verificou-se que apenas o factor II (Tabela 13) não apresentou diferença significativa entre os grupos ( $U=586,500$ ,  $p < 0,05$ ).

**Tabela 12. Média das ordens dos Grupos 1 e 2 por factores**

	Participantes	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Factor I	Grupo 1 – SujTox	39	29,90	1166,00
	Grupo 2 - Suj NTox	31	42,55	1319,00
	Total	70		
Factor II	Grupo 1 – SujTox	39	35,04	1366,50
	Grupo 2 - Suj NTox	31	36,08	1118,50
	Total	70		
Factor III	Grupo 1 – SujTox	39	30,06	1172,50
	Grupo 2 - Suj NTox	31	42,34	1312,50
	Total	70		

**Tabela 13. Estatística de Teste para análise dos Factores**

	Factor1	Factor2	Factor3
Mann-Whitney U	386,000	586,500	392,500
Wilcoxon W	1166,000	1366,500	1172,500
Z	-2,587	-,214	-2,515
Asymp. Sig. (2-tailed)	,010	,831	,012

a Grouping Variable: Participantes

Observou-se ainda se houve alguma relação entre variável Resiliência com as variáveis sócio-demográficas. Assim, procedeu-se ao cruzamento da variável Resiliência com as seguintes variáveis independentes (Anexo D):

#### **Variáveis individuais** (idade, género, estado civil)

Para verificar a existência de relação entre as variáveis resiliência e género, utilizaram-se os coeficientes de correlação da Estatística de teste V de Cramer e de  $f_i$ . Não foram identificadas associações significativas entre a variável resiliência com as variáveis individuais, para a população neste estudo. As variáveis em análise (idade, género e estado civil) para os dois grupos não apresentaram associação significativa para um nível de significância de 0,05 (Anexo D).

#### **Variável nível socio-económico**

Para análise da associação destas variáveis os dados foram submetidos ao coeficiente de correlação ordinal de Spearman ( $\rho$ ), onde não se verificou a existência de correlação significativa para os grupos em análise ( $r_s=0,04$ ,  $p<0,01$ ).

#### **Variáveis familiares** (total de irmãos, fratria, coabitação)

Na análise destas variáveis, foi analisado o coeficiente de correlação ordinal de Spearman ( $\rho$ ). Quanto à variável *total de irmãos*, o valor de correlação indica ausência de associação com a resiliência,  $r_s = 0,215$ ,  $p<0,01$ . Quanto à *fratria*, concluiu-se não haver associação significativa entre as variáveis analisadas ( $r_s = 0,045$ ,  $p<0,01$ ). Para avaliar a correlação entre a variável *coabitação*, utilizou-se a estatística de teste V de Cramer, onde mais uma vez não se verificou associação significativa entre as variáveis ( $f_i=0,794$ ,  $p<0,05$ ) e grupos em estudo (Anexo D).

Da análise estatística apresentada, concluiu-se que foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos 1 e 2 em análise quanto ao nível de resiliência, bem como diferenças significativas para os factores I e III da Escala da Resiliência.

#### IV. DISCUSSÃO

Os estudos acerca da resiliência psicológica têm vindo a demonstrar que os factores e características psicológicas individuais são determinantes na forma como cada sujeito enfrenta e interage com o meio envolvente. Neste sentido a resiliência deverá ser entendida como um processo dinâmico ao longo do desenvolvimento psicossocial do indivíduo e ainda, dependente de factores do contexto social, familiar e afectivo. (Masten & Coatsworth, 1998; Rutter, 2000; Pesce et al., 2004; Werner, 2005). Assim e na perspectiva da fratria, é importante realçar que, embora sujeitos de um contexto social e familiar partilhado, os irmãos são individualmente diferentes, com experiências afectivas diversas, o que implicará vivências e atitudes específicas necessariamente diferentes perante as situações adversas e de risco, como o uso e abuso de substâncias psicoactivas (Fernandes, 2002).

A análise estatística dos resultados da Escala de Resiliência (Wagnild & Young) indicou a existência de diferenças significativas entre os Sujeitos Toxicodependentes (Grupo 1) e os Sujeitos não toxicodependentes (Grupo 2). Quanto ao principal objectivo de investigação proposto neste estudo, os resultados demonstraram que o grupo de sujeitos sem problemas de toxicodependência (Grupo 2) apresentou um nível de resiliência mais elevado do que o grupo de sujeitos toxicodependentes (Grupo 1), concretizando-se assim o principal objectivo de investigação (Tabela 9).

Ao analisar-se a distribuição dos resultados da Escala de Resiliência para os dois grupos com os factores da escala, pôde observar-se que os valores para os factores I (Capacidade de Resolução acções e valores) e III (Autonomia e determinação na concretização de objectivos) mantêm-se superiores para o Grupo 2, embora o factor II (Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações inesperadas ou adversas) não evidencie diferenças significativas entre ambos os grupos (Tabelas 12 e 13).

Assim, destacaram-se o **Factor I** (Capacidade de Resolução acções e valores) e **Factor III** (Autonomia e determinação na concretização de objectivos), onde os irmãos não toxicodependentes obtiveram níveis de resiliência mais expressivos. Estes resultados vão no sentido da literatura consultada, em que vários autores identificam como características individuais dos sujeitos resilientes a capacidade de resolução de problemas, no sentido de uma atitude proactiva perante as dificuldades e por outro lado uma auto-determinação e perseverança perante a adversidade (Masten & Coatsworth, 1998; Pesce et al., 2004; Werner, 2005; Bonnano, 2006).

Estas características funcionam enquanto factores individuais de protecção face a situações adversas ao longo da vida, favorecendo a capacidade de tomada de decisão em situações de tensão e pressão de pares. Quanto aos sujeitos do Grupo 1, demonstraram maior vulnerabilidade face aos **Factores I e III**, o que provavelmente poderá indiciar dificuldades ao nível da tomada de decisão pelo que, em situações de grande tensão, cederiam a pressões externas, influenciando as suas escolhas e atitudes. Por outro lado, a própria situação de toxicodependência reforça a posição de dependência psicológica e afectiva, uma vez que os tratamentos prolongados, o percurso sinuoso da recuperação com alternância de períodos de recaída-abstinência, dificultam o processo de autonomia do sujeito (Ribeiro, 2001; Angel et al., 2002; Patrício, 2002).

Em relação ao **Factor II** (Autonomia e determinação na concretização de objectivos) não se encontraram discrepâncias entre os grupos, observando-se fragilidades para ambos os grupos em estudo. Tal como Luthar (1993) defende, os sujeitos com irmãos toxicodependentes apresentam vulnerabilidades psicológicas, e embora não desenvolvam comportamentos claramente de risco para a saúde, como a toxicodependência, admite-se que desenvolvam outras fragilidades, devidas à exposição permanente a um contexto familiar adverso. Em consonância, a autora Fernandes (2002), reforça que qualquer situação de patologia num dos elementos da fratria afectará a relação dos irmãos, desencadeando e potenciando afectos de diferentes dimensões como o ciúme, a agressividade e a rivalidade (Fernandes, 2003; Bank et al., 2004; Stormshak et al., 2004).

Relativamente à análise dos resultados para as variáveis sócio-demográficas, não se observaram associações estatisticamente significativas para nenhuma das variáveis em estudo, o que poderá ser explicado pelas características da amostra recolhida: o tipo de amostragem probabilístico e o método de selecção de conveniência, com desequilíbrio numérico quanto à equivalência de género. Por outro lado, a dimensão da amostra é reduzida (N=70) e a distribuição dos dados não segue uma distribuição normal, pelo que os resultados obtidos não poderão ser generalizados para a população. No entanto, procedeu-se à análise qualitativa dos dados obtidos das variáveis.

Os resultados referentes ao **Número de Irmãos** indicaram que para ambos os grupos em estudo os valores mais frequentes das fratrias se situaram entre 1 a 3 irmãos. Quanto à posição na **Fratria** (Tabela 5) observou-se que, para o grupo de sujeitos toxicodependentes (Grupo1) a posição mais frequente foi a de primogénito (38,5%), enquanto que no grupo de sujeitos não toxicodependentes (Grupo 2) a posição mais frequente foi a segunda, na ordem de nascimento (48,4%). Em concordância com estes resultados e no âmbito do uso e abuso de substâncias, vários estudos longitudinais sugerem que o início do consumo de substâncias do irmão mais velho constitui uma situação de risco para o irmão mais jovem pela proximidade afectiva (Luthar & Rousanville, 1993; Fernandes, 2002; Stormshak et al., 2004). Segundo vários autores a relação entre irmãos é caracterizada como um subsistema familiar importante no desenvolvimento psicossocial (Luthar & Rousanville, 1993) com fortes influências emocionais mutuamente

recíprocas, com um maior impacto dos modelos de comportamento e de atitudes dos irmãos mais velhos junto dos irmãos mais jovens.

Por outro lado o primogénito poderá representar para os pais, aquele em quem são depositadas maiores expectativas de êxito na vida futura, desejos por vezes bastante idealizados (Angel et al, 2002). O receio de não corresponder a esta “idealização”, poderá tornar-se num constrangimento para o desenvolvimento psicossocial do filho primogénito, provocando ansiedades, sentimentos de inadequação e de insatisfação individual entre outras perturbações (Angel et al., 2002; Fernandes, 2002). Nesta perspectiva, o consumo de substâncias poderá aparecer como uma possível forma de resposta a pressões e funcionamentos rígidos de algumas famílias (Fleming, 1996; Angel et al.; 2002; Fernandes, 2002), o que geralmente coincide com o período da adolescência, dificultando os processos de autonomia psicológica e no desenvolvimento de competências sociais como a capacidade de tomada de decisão, estratégias para lidar com o stress e de tolerância à frustração.

A existência de uma situação disfuncional num dos elementos da fratria, como a toxicoddependência, desencadeará um conjunto de afectos ambivalentes no irmão saudável, influenciando ainda o seu papel na família. Perante a doença do irmão mais velho, os pais poderão delegar maiores expectativas no filho saudável, que poderá passar a assumir diferentes papéis na família, independentemente da sua posição na fratria (Luthar & Rousanville, 1993; Angel et al., 2002; Fernandes, 2002). O esforço do irmão mais jovem para se adequar e corresponder às novas exigências, determina uma hipermaturação e parentificação no sentido de este ser capaz de desempenhar o papel de cuidador da família, bem como de si próprio (Angel et al., 2002; Fernandes, 2002).

Quanto ao **Género** (Tabela 2) a composição da amostra em estudo apresentou um desequilíbrio, tendo-se observado que os sujeitos toxicoddependentes (Grupo 1) são maioritariamente do género masculino (87,2%) e os sujeitos não toxicoddependentes (Grupo 2) maioritariamente do género feminino (74,2%). Esta desproporção quanto ao género observada na amostra em estudo, reflectiu a evidência identificada nos relatórios epidemiológicos consultados, referentes quer à população portuguesa quer europeia, que dão conta de uma maior prevalência de sujeitos do género masculino na utilização de substâncias psicoactivas (E.M.C.D.D.A., 2005;; I.D.T., 2006; O.E.D.T., 2006). Na perspectiva da resiliência, alguns autores indicam como factor de vulnerabilidade e de protecção o género, de acordo com a especificidade do factor de risco. No caso do uso problemático de substâncias, os sujeitos do género masculino estão mais vulneráveis do que os do género feminino (Rutter, 1985; Abraão, 1998; Werner, 2005).

Neste sentido Rutter (1985) identificou uma maior vulnerabilidade do género masculino do que o feminino perante factores e comportamentos de risco externalizáveis, tornando-se mais evidente em famílias disruptivas e desarmoniosas. Werner (2005) também observou que os sujeitos do género feminino apesar de apresentarem um maior número de problemas de

interiorização na adolescência, no início da idade adulta estão mais capazes de superar e adaptar-se com sucesso na sua vida adulta.

As diferenças de género associadas à posição na fratria, poderão também ter uma influência importante, no caso do elemento toxicodependente ser o mais velho e do género masculino, no sentido reforçar a rivalidade fraterna, perante uma irmã mais nova, que sendo aproximadamente da mesma idade, será reforçada afectivamente pela família, enquanto o elemento que por comparação obtém melhores resultados nos seus desempenhos. Na realidade é o determinismo biológico inerente ao desenvolvimento psicosexual, que desencadeia um amadurecimento intelectual nas raparigas mais rápido do nos rapazes, o que reforça a valorização externa do desempenho escolar, a capacidade de autonomia e responsabilização de tarefas (Angel et al., 2002; Fernandes, 2002).

Em relação ao **Estado civil**, observou-se que os sujeitos toxicodependentes apresentam como situação mais frequente o estado de solteiro. Quanto à **Coabitação** (Tabela 3) este grupo apresentou com maior incidência a residência com a família nuclear (pais e irmãos). A análise conjunta destas duas variáveis remeteu para a dificuldade destes sujeitos acederem à autonomia afectiva e funcional, reforçando os resultados observados através da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993).

Em contraponto, os sujeitos não toxicodependentes apresentaram para o Estado Civil a situação de casado/união de facto como a mais frequente e para Coabitação com o companheiro e filhos. A capacidade de autonomia e a possibilidade para realizar um projecto de vida familiar, verifica-se aqui como uma das grandes diferenças entre os grupos analisados. De acordo com Werner (2001, 2005) a capacidade para estabelecer relações afectivas estáveis, o comprometimento numa relação amorosa e a capacidade para a constituir uma nova família, são critérios identificados como importantes para a identificação da resiliência no adulto.

Na análise da variável **Escolaridade** observou-se que os sujeitos não toxicodependentes apresentaram um nível mais elevado (entre o Ensino Secundário e Ensino Superior) do que os sujeitos toxicodependentes (entre o 2º e 3º ciclos). O contexto escolar é muitas vezes identificado como um factor de protecção em geral, pelo que no caso de jovens com famílias problemáticas, o ambiente escolar poderá ser investido como modelo positivo em alternativa a um meio ambiente familiar desfavorável (Masten & Coatsworth, 1998). No entanto, no caso de sujeitos com dificuldades específicas de adaptação, poderá desencadear desinteresse generalizado e abandono escolar precoce, favorecendo a experiência de comportamentos de risco, onde o uso de substâncias aparece como um dos factores de risco em potência (Patrício, 2002).

As variáveis **Situação profissional** e **Nível sócio-económico** (Tabela 4), encontram-se em estreita relação com o nível da escolaridade, pois uma baixa escolaridade deixa menos alternativas de acesso a empregos qualificados. Verificou-se então que os sujeitos toxicodependentes apresentam uma percentagem de desemprego elevada (29%) revelando

dificuldades de integração sócio-profissional com um nível sócio económico baixo (53,8%). O problema de toxicod dependência compromete a possibilidade do sujeito concretizar objectivos individuais em diferentes dimensões do seu projecto de vida: não lhe permite uma estabilidade económica para ser auto-suficiente na satisfação das necessidades básicas e consequentemente põe em causa a possibilidade da sua realização pessoal e social (Patrício, 2002).

Por outro lado, os sujeitos não toxicod dependentes (Grupo 2) apresentaram uma baixa percentagem quanto à situação desemprego (3,2%), e um nível sócio-económico médio (67,7%) o que aponta para a capacidade de investimento na sua formação académica e profissional. Estas características também são reconhecidas como indicadores de resiliência por diversos autores, revelando capacidade de superação das dificuldades e de adaptação com sucesso na vida adulta (Masten & Coatsworth, 1998; Werner, 2005).

## V. CONCLUSÕES

Como principais reflexões finais deste estudo, na relação entre a resiliência e toxicod dependência na fratria, identificam-se os irmãos não toxicod dependentes como mais resilientes. No entanto, os resultados na análise da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) apontam para fragilidades ao nível da **Autonomia e determinação na concretização de objectivos** (Factor II), o que poderá remeter para o reconhecimento de que de facto este é um grupo vulnerável, perante o contexto familiar vivido. Contudo, as variáveis sócio-demográficas analisadas como o estado civil, a coabitação e o nível sócio-económico apontam para uma capacidade de superação e de adaptação, perante as dificuldades vividas face ao contexto familiar, com um impacto importante no seu desenvolvimento (Luthar & Rousanville, 1993; Fleming, 1996; Angel et al., 2002; Fernandes, 2002).

A fratria é considerada por vários autores como um subsistema familiar relevante, onde os sujeitos precocemente ensaiam as competências relacionais e sociais, num contexto privilegiado de aprendizagem (Angel et al., 2002; Fernandes, 2002; Stormshak et al., 2004). Por outro lado a posição na fratria, impõe determinantes básicos na construção da personalidade e identidade no desempenho de papéis diferenciados na família. Na toxicod dependência as dificuldades observadas nas famílias correspondem geralmente a padrões de funcionamento rígidos, pouco favorecedores do desenvolvimento da autonomia psicológica, com falhas na capacidade de comunicação e expressão de afectos, o que promove constrangimentos e perturbações na clarificação e diferenciação de papéis e funções (Geada, 1994; Fleming, 1996; Angel et al., 2002).

Destacam-se também as diferenças de género e a posição na fratria, o que reforça por um lado o determinismo biológico e por outro a influência dos modelos educativos parentais e dos papéis sociais que condicionam atitudes e comportamentos face a um mesmo factor e situação e

risco. Esta perspectiva permite levantar possíveis hipóteses para futuros trabalhos e investigação, quanto à compreensão da influência dos factores de risco de acordo com a diferença de género.

Quanto a aspectos metodológicos deste estudo destaca-se a dificuldade em encontrar diversidade de estudos e literatura científica acerca da relação entre resiliência e a toxicodependência nas fratrias. Este facto demonstra a necessidade de valorizar a situação de vulnerabilidade dos sujeitos com irmãos toxicodependentes, não apenas em relação à exposição de factores de risco relacionadas como o abuso de substâncias psicoactivas, como ainda face ao ambiente familiar desfavorável.

Por outro lado, a contribuição de mais estudos nesta área poderão enriquecer os conhecimentos acerca dos processos subjacentes à resiliência psicológica na área da toxicodependência, procurando identificar os factores de protecção e de risco, compreender a relação entre os irmãos ao longo das etapas de desenvolvimento até à idade adulta, bem como a sua relação com os pais e família alargada e ainda aspectos da integração e participação sócio-comunitária.

As limitações deste estudo prendem-se fundamentalmente com a dimensão da amostra (N=70), devido à dificuldade que houve em aceder aos irmãos de sujeitos toxicodependentes, em que alguns demonstraram resistência em colaborar no estudo por dificuldades relacionais na fratria decorrentes dos problemas de toxicodependência. Quanto à utilização da Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) utilizada, apesar de ter apresentado resultados bastante positivos para a amostra em estudo (Tabela 7), não deixa de ser limitada quanto a uma análise mais pormenorizada dos processos de resiliência psicológica. Seria bastante importante em próximos estudos utilizar instrumentos complementares que permitam identificar factores de risco e de protecção presentes, bem como análise de outras variáveis psicológicas como a auto-estima ou estratégias de coping como exemplos.

Como nota final, procurou-se com este trabalho contribuir para a compreensão da resiliência no contexto da toxicodependência. A partir da evidência clínica de um problema de toxicodependência, reconhece-se no percurso de desenvolvimento do sujeito a existência de factores de risco e de protecção, de vulnerabilidades e contextos, onde numa perspectiva preventiva se poderá vir a implementar e reforçar mecanismos eficazes de promoção e prevenção de estilos de vida saudáveis, junto de crianças, adolescentes e respectivas famílias, facilitando processos de resiliência individual e uma melhor capacidade de adaptação ao longo do ciclo de vida humano.

## REFERÊNCIAS

Abraão, I. (1999). Factores de risco e factores protectores para as toxicodependências. Uma breve revisão. *Revista Toxicodependências*, 5 (2), 3-11.

Ahern, N., Kiehl, E., Sole, M., Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103–125.

Almeida, L. (1998). O raciocínio diferencial dos jovens: avaliação, desenvolvimento e diferenciação. Instituto Nacional de Investigação Científica. Porto.

Anaut, M. (2005). A resiliência: ultrapassar os traumatismos. Psicológica de bolso. Climepsi Editores.

Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). Toxicomanias. Climepsi Editores

Aroian, K.J., Norris, A.E. (2000). Resilience, stress and depression among Russian immigrants to Israel. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (1), 54-67.

Retrieved May 05, 2006 from the World Wide Web:

<http://www.resiliencescale.com>

Bank, L., Burraston, B., Sneyder, J. (2004). Sibling conflict and ineffective parenting as predictors of adolescent boys' antisocial behavior and peer difficulties: additive and interactional effects. *Journal of Research on Adolescence*. 14(1), 99-125

Beauvais, F., Oetting, E. (1999). Drug Use, resilience and the myth of the Golden Child. Em: M.Glantz e J.Johnson (eds.), *Resilience and development: positive life adaptations*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. New York.

Bonanno, G. A., Galea, S. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671–682.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20–28.

Bowlby, J. (1982). Formação e rompimento dos laços afectivos. Martins Fontes Editora. São Paulo.

Brook, J., Whiteman, M., Gordon, A., Brook, D. (2001). The role of older brothers in younger brothers's drug use viewed in the context of parent and peer influences. *The Journal of Genetic Psychology*, 151(1), 59-75.

Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.

Castro, M.I.P. (2004). Do prazer à dependência. *Revista Toxicodependências*, 10(3), 49-56.

Corcoran, J., Nichols-Casebolt, A. (2004). Risk and Resilience ecological framework for assessment and goal formulation. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(3), 211-235.

Cosden, M. (2001). Risk and resilience for substance abuse among adolescents and adults with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 34 (4), 352-358.

Escohotado, A. (2004). História elementar das drogas. Editora Antígona. Lisboa

E.M.C.D.D.A.(2005). Differences in patterns of drug use between women and men. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Feijão, F., Lavado, E. (2004). Inquérito nacional em meio escolar – 2001 – Ensino Secundário: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas. Instituto da Droga e Toxicodependência. Lisboa.

Fernandes, O. (2002). Semelhanças e diferenças entre irmãos. Coleção sistemas, famílias e terapias. Cilmepsi Editores. Lisboa.

Ferros, L. (2003). Jovens, drogas e famílias – Uma breve revisão da literatura. *Revista Toxicodependências*. 9 (2), 71-83.

Fleming, M. (1996). Família e toxicodependência. Edições Afrontamento. Porto.

Folkman, S., Lazarus, R. et al, (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (3), 571-579.

Friborg, O., Martinussen, M. et al. (2003). A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.

Geadá, M. (1994). Sentido interno de coerência, clima familiar e comportamentos de risco de consumo de drogas na adolescência. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 315-321.

Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the search for protective factors. In: Recent research in developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*. (pp. 213-233) (4). – Oxford, Pergamon Press.

Garnezy, N., Masten, A. (1994). Chronic adversities. In: Child and adolescent psychiatry modern approaches. (pp. 191-208). Blackwell Scientific. London

Instituto da Droga e Toxicodependência (2006). A Situação do País em matéria de drogas e toxicodependências. Relatório Anual de 2005. IDT, Núcleo de Estatística.

Jessor, R., Van Der Blos, J., Vanderryn, J., Costa, F. (1995). Protective factors in adolescent problem behaviour: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31 (6), 923-933.

Kaplan, H. (1999). Toward an understanding of resilience: a critical review of definitions and models. Em: M.Glantz e J.Johnson (Eds.), *Resilience and development: positive life adaptations*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. New York.

Kotliarenco, M., Cáceres, I. e Fontecilla, M. (1997). Estado de arte en resiliência. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Lourenço, I., Trigo, L. (1999). Prevenção Primária das perturbações emocionais: factores de risco e protecção na clínica geral. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, (1), 27-37.

Luthar, S. (2003). Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities. Cambridge University. Press UK

Luthar, S., Rounsaville, B. (1993). Substance Misuse and Comorbid Psychopathology in a High-Risk Group: A Study of Siblings of Cocaine Misusers. *Substance Use & Misuse*, 28, (5), 415 – 434.

Luthar, S., Anton, S., Merikangas, K., Rounsaville, B. (1992). Vulnerability to drug abuse among opioid addicts' siblings: Individual, familial, and peer influences. *Comprehensive Psychiatry*, 33 (3), 190-196.

Maroco, J., Bispo, R. (2003). Estatística Aplicada às ciências sociais e humanas. Cilmepsi Editores. Lisboa.

Martins, A. C. (2002). Famílias: o tempo parado na (tóxico)dependência. *Revista Toxicodependências*, 8(2), 63-70.

Martinez, L., Ferreira, A. (2007). Análise de dados com SPSS. Coleção sistemas, famílias e terapias. Escolar Editora. Lisboa.

Masten, A., Coatsworth J. (1998). Development of competence in favourable and unfavourable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, (2), 205-220.

Matos, M.G., Camacho, I. (2006). Práticas parentais, escola e consumo de substâncias em jovens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 317-327.

Mendes, F. (2000). Toxicodependência e Prevenção Familiar: uma política para a Europa. *Revista Toxicodependências*, 6 (3), 61-68.

Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência. (2006). A evolução do Fenómeno da Droga na Europa. Relatório Anual de 2006.

Patrício, L. (2002). Droga, para que se saiba. Editora Figueirinhas.

Pesce, R., Assis, J., Santos, N., Oliveira, R. (2004). Risco e protecção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143

Pesce, R., Assis, J., Avanci, Santos, N., Malaquias, J., Carvalhaes, R.(2004). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.

Ribeiro, J. (1998). Dependência psicológica versus dependência física. *Revista Toxicodependências*, 4 (2), 45-53.

Ribeiro, J. (2001). Tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), 73-78.

Ribeiro, J. (2003). Aspectos fenomenológicos das recaídas em heroín dependentes. *Revista Toxicodependências*, 9(1), 65-71.

Rutter, M. (1985). Family and school influences: meanings, mechanisms and implications. Em: A.R Nicol (Ed.). *Longitudinal Studies in Child Psychology and Psychiatry* (pp. 357-403). New York.

Rutter, M., O'Connor. T. (1996). Risk mechanisms in development: some conceptual and methodological considerations. *Developmental Psychology*. 32(4), 787-795.

Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. Shonkoff, & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 651-682). Cambridge University.

Silva, R. P.(2004) Prevenção das toxicodependências – porquê eu? *Análise Psicológica*, 22(1), 269-271.

Silva, A. S., Deus, A.A. (2005) Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo. *Análise Psicológica*, 23 (2), 151-172.

Simões, H. & Simões C. M. (1998). Resiliência e tarefas de desenvolvimento: A educação e as diferentes etapas da vida. *Psicologia, Educação e Cultura*, II(2), 345-360.

Spence, S., Matos, M. (2000). Intervenções preventivas com crianças e adolescentes. In: Desenvolvimento de competências da vida na prevenção do desajustamento social. (pp. 17-33). Faculdade de Motricidade Humana. Instituto de Reinserção Social. Ministério da Justiça. Lisboa.

Stormshak, E., Comeau, C., Shepard, S. (2004). The relative contribution of sibling deviance and peer deviance in prediction of substance use across middle childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 32(6), 635-649.

Vara, M., Sani, I. (2006). Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993). Em: Carla Machado et al. (Ed.). *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (pp. 333-340). Psiquilíbrios. Braga

Vinagre, M.G., Lima, M.L. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7(1), 73-81.

Vorst, H., Engels, R., Meeus, W., Dekovic, M., Leeuwe, J. (2007). Similarities and bi-directional influences regarding alcohol consumption in adolescent sibling pairs. *Addictive Behaviors*.32 (9), 1814-1825.

Vultos, J. (2003). Abordagem imagiológica na toxicod dependência. *Revista Toxicod dependências*, 9(2), 23-71.

Wagnild, G.M., Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. [Abstract]. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.

Retrieved May 05, 2006 from the World Wide Web:

<http://www.resiliencescale.com>

Werner, E. (1993, Fevereiro). *A longitudinal perspective on risk for learning disabilities*. Paper presented at the 30<sup>th</sup> Annual Conference of the learning disabilities association of America, San Francisco.

Werner, E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (3), 81-85.

Werner, E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. Shonkoff, & S. Meisels, (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 115-132). Cambridge University.

Werner, E. (2004). As crianças da ilha-jardim. In: Slater, A. & Muir, D. (Eds.). *Psicologia do desenvolvimento*. (pp. 573-584). Instituto Piaget. Lisboa.

Werner, E., Johnson, L. (2004). The role os caring adults in the lives of children of alcoholics. *Substance & Use Misuse*, 5 (39), 699–720.

Werner, E. (2005). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies. In: Sam Goldstein, Robert B. Brooks (Eds.). *Handbook of resilience in children*. (pp. 91-105). Kluwer Academic. Plenum Publishers. New York.