

Mestrado Integrado em Psicologia
Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça

**Tratamento às dependências em contexto prisional: O exemplo do
Programa de Apoio ao Recluso Entrado Toxicodependente (PARET)**

Carlos Filipe-Saraiva

2017

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade do Porto

Tratamento às dependências em contexto prisional: O exemplo do Programa de Apoio ao Recluso Entrado Toxicodependente (PARET).

Carlos Augusto Filipe-Saraiva

Junho, 2017

Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Psicologia na área de especialização em Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça, sob orientação do Professor Doutor Jorge Negreiros (FPCEUP)

AVISOS LEGAIS

O Conteúdo deste relatório reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga no presente relatório quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Believe in the power of one.

Evan Tanner.

RESUMO

O presente relatório serviu para a realização de um exercício de reflexão relativo à nossa prática profissional; “*Tratamento às dependências em contexto prisional: O exemplo do Programa de Apoio ao Recluso Entrado Toxicodependente (PARET)*”, programa destinado a indivíduos reclusos entrados, em síndrome de privação de substâncias psicoativas, parte integrante da nossa intervenção terapêutica em contexto prisional, concretamente no Estabelecimento Prisional do Porto (EPP). Neste programa iniciamos a primeira parte do presente relatório, sobre as principais características do contexto prisional, considerando a visão Foucaultiana e analisando as principais características sociais e psicológicas do ambiente vivenciado neste tipo de instituições totais (Goffman, 1987), de caráter punitivo e totalitário, onde impera uma subcultura desviante; a prisionização (Clemmer, 1940), é dentro deste meio hostil paranóide e esquizóide, que o indivíduo em reclusão se adapta. Abordamos o modelo de adaptação à prisão de Gonçalves (1993), incidindo na tipologia dos reclusos inadaptados, caracterizador da população toxicodependente. Abordamos a relação droga-crime (Agra, 1997) para explicar a tipologia de consumos, bem como o enquadramento da população tipicamente toxicodependente-delinquente, que impera no PARET, bem como a pertinência do respetivo programa de desintoxicação, em contexto prisional.

Começamos a segunda parte, explanando considerações sobre os dados recolhidos junto da população PARET, a saber, questionário sócio-demográfico, aplicação de testes como o MMPI-2, BSI, IPQ-R, e EMBU. Os resultados permitiram-nos caracterizar a população PARET, a qual referimos ser maioritariamente solteira, reincidente, com escolaridade até ao segundo ciclo. A aplicação de escalas permitiu-nos compreender a presença de elevada sintomatologia psicopatológica, o Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) revelou-se inválido, não superando as escalas de validade, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) revelou-nos a prevalência de elevada sintomatologia entre outros nas escalas de depressão, obsessão-compulsão e ansiedade. Os dados das memórias de infância (EMBU), indicaram-nos a presença de ausência de suporte emocional por parte da mãe (0.45) e rejeição do pai (6.55). Os dados do IPQ-R, na categorização da doença revelam-nos o desgosto (11), companhias (9) e os problemas familiares (5) como estando na origem da doença (toxicodependência). Estes dados, permitiram-nos caracterizar a população e delinear a intervenção psicológica grupal, focada na abordagem de Ellis (1955) com o modelo Rational Emotional Behavior Therapy (REBT), a motivação para a mudança de Miller e Rollnick (2007), bem como componentes práticas do *behaviorismo*, não ignorando as variáveis ambientais totalitárias e normativas, propensas à constricção da nossa intervenção.

Palavras-chave: Intervenção psicológica, PARET, Psicólogo, Reclusão, Tratamento à toxicodependência.

ABSTRACT

The present report was useful as a reflection exercise to our professional practice; “*Addiction treatment in prison setting: The example of the Program of Support to the Incoming drug addicted inmate (PARET)*”, program destined to individuals incoming inmates, in privation syndrome of psychoactive substances, structured part of our therapeutic intervention in prison context, specifically in the Prison of Porto (EPP). We started the first part of the present reflexion report, about the principal characteristics of the prison context, considering the Foucaultian perspective and analysing the principal social and psychological characteristics of the environment lived in these type of total institutions (Goffman, 1987), of punitive and totalitarian character, where exists an devious subculture; prisonization (Clemmer, 1940), it is inside these hostile, paranoid and squizoid environment that the individual adjust himself. We approached the adaptation model to prison of Gonçalves (1993), focusing in the typology on maladjusted inmates, characteristic of the drug addicted population. We approached the relation drug-crime (Agra, 1997) to explain the tipology of consumption, as well as the framing of the typically drug addicted-criminal population, that is prevalent in the PARET, as well as the importance of the program of detoxification, in prison setting. We started the second part, explaining information about the data retrieved with the PARET population, specifically, the social-demographic questionnaire, application of psychological tests as the MMPI-2, BSI, IPQ-R, and EMBU. The data allowed us to characterize the population of PARET, which we can assume is mostly single, reicidivist, with second grade school level. The application of scales allowed us to understand the high presence of psychopatological symptoms, the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) had revealed us invalid, not surpassing the validation scales. The Psychopatological Symptoms Inventory (BSI) revealed us the high prevalence of psychological symptoms specifically in the depression, obsessive-compulsive and anxiety scale. The data of the infant memories (EMBU), showed us the presence of absent emotional support of the mother (0.45) and the parent rejection (6.55). The data of the IPQ-R, in the qualitative categories of the disease revealed us sadness (11), peer group (9) and family problems (5) as being in the origin of the disease (drug addiction). These data, allowed us to characterize the population and to design the group psychological intervention, focused on the Ellis (1955) approach without ignoring the environment variables normative and application of the Rational Emotional Behavior Therapy (REBT) model, the motivation to change of Miller & Rollnick (2007), as well as the practical components of the *behaviorism*, not ignoring the environment variables totalitarian and normative, that can restrain a proper psychological intervention.

Key-words: Psychological intervention, PARET, Psychologist, Incarceration, Drug addiction treatment.

RESUMÉ

C' est un exercice de réflexion sur notre pratique professionnelle; "Le Traitement des Toxicomanies dans le contexte carcéral: l'exemple du Programme de Soutien au Reclus Entrant Addict (PARET)" programme pour les personnes détenus entrants, en syndrome de sevrage de substances psychoactives, partie intégrante de notre intervention thérapeutique dans le contexte carcéral, en particulier dans Estabelecimento Prisional do Porto (EPP). Dans ce programme ont commencé la première partie de ce rapport sur les principales caractéristiques du contexte carcéral, considérant la vision foucaultienne et l'analyse des principales caractéristiques sociales et psychologiques de l'environnement expérimenté dans ce type d'institutions totales (Goffman, 1987), avec un caractère répressif et totalitaire, dominé par une sous-culture de déviation; la prisonnisation (Clemmer 1940), c' est dedans ce milieu hostile et paranoïaque schizoïde, que l'adaptation individuel se produit. Nous avons abordé le modèle d'adaptation à la prison proposé par Gonçalves (1993), mettant l'accent dans la typologie des prisonniers inadapté caractéristique de la population toxicomane.

Nous abordons la relation drogue-criminalité (Agra, 1997) pour expliquer le type de consommation, ainsi que le cadre de la population typique délinquant toxicomane, qui prévaut dans le PARET, aussi bien que la pertinence du respectif programme de désintoxication dans le contexte de la prison.

Nous avons commencé la deuxième partie, expliquant considérations sur les données recueillies auprès de la population, PARET, a savoir, questionnaire socio-démographique, l'application des tests comme le MMPI-2, BSI, IPQ-R, e EMBU. Les résultats nous ont permis de caractériser la population PARET, qui est la plupart du temps célibataire, récidivante, scolarisé jusqu'au deuxième cycle. L'application des échelles nous a permis de comprendre la présence de forte symptomatologie psychopathologique, se sont révélés invalides, ne dépassant pas les échelles de validité, l' Inventaire des symptômes psychopathologiques (BSI) nous a montré la prévalence élevée des symptômes, entre autres, sur les échelles de la dépression, la obsession, compulsif et de l'anxiété. Les données de souvenirs d'enfance (EMBU) nous ont indiqué la présence de l'absence OU l'absence de soutien affectif donnée par la mère (0.45) et le rejet du père (6.55). Les données IPQ-R, dans la classification de la maladie ont révélé le dégoût (11), des supports (9) et les problèmes de la famille (5) d'être la cause de la maladie (dépendance). Ces données nous ont permis de caractériser la population et décrire l'intervention psychologique du groupe, approche axée sur Ellis (1955) avec le modèle de thérapie rationnelle du comportement émotionnel (REBT), la motivation pour le changement de Miller et Rollnick (2007), aussi bien que les composants pratiques du behaviorisme, sans ignorer les variables environnementales, totalitaires et normatives, sujettes au rétrécissement de notre intervention

Mots-clé: Intervention psychologique, PARET, Psychologue, Reclusion, Treatment à la toxicodépendance.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer publicamente ao meu orientador, o Professor Doutor Jorge Negreiros, pelo apoio, incentivo, orientação e por acreditar neste projeto desde o primeiro momento.

Um agradecimento muito especial às mulheres da minha vida (como é que se diz tudo sem se dizer nada?):

À minha mãe,

À minha irmã,

À minha namorada.

Eu digo-vos pessoalmente.

ÍNDICE

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
RESUMÉ.....	viii
AGRADECIMENTOS	ix
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. A prisão: características do contexto prisional.	4
1.1. A instituição prisional: a visão Foucaultiana	5
1.2. A (sub)cultura prisional: A Prisionização	7
1.3. A adaptação do recluso à prisão.	9
1.3.1. Os Sobreadaptados.	10
1.3.2. Os Adaptados	10
1.3.3. Os Mal adaptados	11
1.3.4. Os Inadaptados	11
1.4. Droga e crime: A relação entre a reclusão e as “drogas”.	12
1.4.1. A perspectiva de Cândido Agra	13
1.4.2. O Delinquente-toxicodependente	13
1.4.2.1. O Especialista Droga-crime.....	13
1.4.2.2. O Toxicodependente-delinquente.....	14
1.5. As principais características do dependente de substâncias psicoativas.....	15
1.5.1. (DSM-5) transtorno por uso de substâncias	15
1.5.2. As principais características de personalidade do dependente de substâncias psicoativas.....	16
CAPÍTULO 2: REFLEXÃO PROFISSIONAL	18
2. Programa de Apoio ao Recluso Entrado Toxicodependente (PARET).	19
2.1. Resultados sócio demográficos e dos perfis de consumo/reclusão	19
2.1.1. Caracterização geral do programa.....	23
2.1.2. Objetivos e finalidades do Programa PARET	24
2.2. Enquadramento: A condição terapêutica no ambiente prisional.	24
2.3. Contemplanção retrospectiva sobre o Programa de acordo com a visão terapêutica..	25
2.3.1. Distorções cognitivas: os riscos da sobregeneralização e da rotulagem	29
2.4. Investigação: O que podemos constatar com a prática profissional?	32

2.4.1. MMPI-2	33
2.4.2. Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI).....	34
2.4.3. Escalas de vinculação EMBU	36
2.4.4. Análise qualitativa da escala IPQ-R Versão portuguesa	37
2.4.5. Intervenção eclética e a justificação da mesma.....	39
2.4.6. Caraterísticas do psicólogo clínico e da sua intervenção específica no PARET.....	43
CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Idade de início dos consumos opiáceos em liberdade (Filipe-Saraiva, 2016, p. 80).....	20
Figura 2: Estado civil.....	20
Figura 3: Habilitações Literárias	20
Figura 4: Zona de residência	21
Figura 5: Motivo de reclusão relacionado com os consumos (perspetiva do recluso) (Filipe-Saraiva, 2016, p. 81).....	21
Figura 6: Estado de reclusão.....	21
Figura 7: Consumos de iniciação em liberdade (Filipe-Saraiva, 2016, p. 79)	21
Figura 8: Consumos na data da atual reclusão (Filipe-Saraiva, 2016, p. 80)	22
Figura 9: Vias de consumo	22

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resultados MMPI-2 das escalas de validade.....	33
Tabela 2: Resultados BSI	35
Tabela 3: Resultados do EMBU	37
Tabela 4: Análise das respostas qualitativas de origem da doença IPQ-R.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association
BSI – *Brief Symptom Inventory*
Cid-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10
CP – Código Penal
DSM – IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*
DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*
EMCCDA – *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*
EMBU – Eгна Minnen av Barndorms Uppfostram
EP – Estabelecimento Prisional
EPP – Estabelecimento Prisional do Porto
EPESCB – Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo
EPPF – Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira
Escala F – (Infrequência)
Escala L – (Mentira)
Escala K – (Correção)
IDT – Instituto de Droga e Toxicodependência
IGS – Índice Geral de Sintomas
IPQ-R – *Illness Perception Questionnaire Revised*
ISP – Índice de Sintomas Positivos
ISP – Inventários de Sintomas Psicopatológicos
MMPI – 2 – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2*
NCETA – National Centre for Education and Training on Addiction
OBS – Observação
PARET – Programa de Apoio ao Recluso Entrado Toxicodependente
REBT – *Rational Emotional Behavior Therapy*
RET – *Rational emotional Therapy*
OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses
RAE – Regime Aberto Exterior
RAI – Regime Aberto Interior
SCL-90-R – *Symptom Checklist-90-Revised*
T – Terapeuta
TSR – Técnico Superior de Reeducação
TSP – Total de sintomas Positivos
U – Utente
U1 - Utente 1
U2 – Utente 2

INTRODUÇÃO

O nosso primeiro contato com o meio prisional iniciou-se por altura do nosso estágio académico, no âmbito da licenciatura em Psicologia clínica pela Universidade Fernando Pessoa no ano de 2005/2006.

O mesmo teve lugar no Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo (EPESCB), estabelecimento feminino. A nível profissional teve início formal em 2009 aquando da nossa entrada como psicólogo clínico no estabelecimento Prisional do Porto (EPP), que se prolonga até ao momento, sendo ainda acrescentada com a entrada no Estabelecimento Prisional de Paços de Ferreira (EPPF) em 2016.

Não tendo em mente focarmo-nos nestas experiências, no entanto permitiram e permitem-nos conhecer, refletir e observar o funcionamento, deste tipo de instituições totais, como referido por Goffman (1987).

A realidade prisional preenche o imaginário humano, sendo um local destinado a indivíduos que prevaricaram contra a lei, sendo punidos pela justiça, e enviados para as instituições prisionais com o objetivo de percecionarem os seus erros, e a necessidade de se reabilitarem (Rodrigues, 1998).

A vivência no quotidiano prisional é repleta de fenómenos variados, sendo esta marcada pela convivência comunitária numa sociedade homo social, marcada pelas regras da “hipermasculinização” (Viggiani, 2012), onde se baseia a sub-cultura prisional; a prisionização (Clemmer, 1940).

Para o presente relatório, focamo-nos na experiência resultante da intervenção no Programa de Apoio ao Recluso Entrado Toxicodependente (PARET), vulgo camarata OBS.

A pertinência deste programa prende-se com o facto de uma considerável franja da população prisional já ter tido algum tipo de consumo de substâncias psicoativas, de acordo com o *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (2012).

Torres e Gomes (2002/2009) referiram que nas prisões encontrávamos uma percentagem significativa de reclusos, cuja privação de liberdade se encontrava associada, ao consumos e/ou tráfico de “drogas”.

Associado a esta situação, temos a informação de que existe a presença de patologia mental, nas cadeias, superior às da população em geral (Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Sewald, 2012), bem como a presença de perturbações psiquiátricas serem superiores na população consumidora de substâncias psicoativas, do que na população em geral (Farges, 2002).

De acordo com estas informações, revela-se assim, fundamental intervir de forma incisiva na população entrada toxicodependente, visando ao mesmo tempo, prevenir a possibilidade de virem a ser vítimas de si próprios e de outros (reclusos) (Filipe-Saraiva, 2016).

Facilmente compreendemos que o foco deste programa consiste em recuperar reclusos entrados, toxicodependentes, em síndrome de privação.

Inicialmente o PARET foi pensado para a dependência das denominadas drogas ditas duras, (heroína e cocaína), posteriormente foi extensível à dependência alcoólica.

A nível de funcionamento, caracteriza-se por ser um programa de desabitação que visa a recuperação da privação primária e secundária, bem como a posterior reintegração no regime comum prisional.

Várias questões se foram colocando à prática profissional, tendo em conta constrangimentos de várias ordens, como os ambientais de foro institucional e normativo associados à reclusão, a presença da subcultura prisional, vulgo prisionização, passando para a existência de comorbilidade psiquiátrica, etc.

A nossa intervenção, vai para além da intervenção clínica individual e grupal. Abrange aspetos de foro comunitário, com a componente de recuperação clínica, de intervenção nos fatores criminógenos, e ao mesmo tempo como elemento punitivo (avaliando o cumprimento terapêutico do programa, e ao mesmo tempo sendo responsável pela retirada por incumprimento do mesmo, ou seja, assumindo características punitivas).

CAPÍTULO 1: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A PRISÃO: CARACTERÍSTICAS DO CONTEXTO PRISIONAL.

“O essencial da pena (...) é procurar corrigir, reeducar, “curar”; uma técnica de aperfeiçoamento recalca, na pena, a estrita expiação do mal...” (Foucault, 1999, p. 13).

A instituição prisional é um lugar de suposta expiação da culpa. Local de eleição para aqueles que prevaricaram contra a lei. De acordo com o código penal Português, a pena de cadeia visa a proteção dos bens jurídicos e a reintegração do indivíduo na sociedade, visando a sua reinserção, a proteção dos bens jurídicos e a defesa da sociedade (nº 1 do artigo 40º CP). Ou seja, este tipo de instituições tem como finalidade *“isolar o sujeito das relações sociais, mostrar a ele que errou e tentar ajudá-lo a se ajudar”* (Rodrigues, 1998, p.36).

O indivíduo é privado da sua liberdade por decisão judicial, enviado para um Estabelecimento Prisional (EP), para que possa assumir a culpa, e ser ajudado institucionalmente a mudar os seus comportamentos prevenindo a reincidência.

O EP é uma “instituição total”, termo indicado por Goffman (1987), nas palavras do mesmo autor; *“Like so many animals in their cages, the inmate population would be an aggregate rather than a social group, a mass of isolates rather than a society. The duties of the officials would consist primarily of administering to the physiological needs of their captives in their individual enclosures and the prisoner would interact only with himself”* (Goffman, 1987, p. 6).

Ou seja, um local de habitação e trabalho, por um período de tempo variável, onde o conjunto de indivíduos em reclusão leva uma vida administrada formalmente e encerrada ao exterior (Gonçalves, 1993). É um lugar de interdições, limitações e controlo. Marcado, de forma sucinta por um lado, pela presença do corpo de guardas, que têm como intuito vigiar e zelar pelo adequado cumprimento das normas e regras provindas da administração prisional, bem como pela vigilância dos reclusos. Por outro lado, temos a presença da direção do EP, que emana as regras e normas de conduta, sanciona castigos disciplinares, valida a ocupação laboral e formativa dos reclusos, com papel preponderante para a obtenção do Regime Aberto para o Interior (RAI) e para o Exterior (RAE), medidas estas que permitem ao recluso a obtenção de “pequenas liberdades”, como é o caso das saídas precárias (dias em contexto de liberdade), e autorização para trabalhar fora do perímetro prisional (RAI e RAE). Cada recluso tem nomeado um Técnico Superior de Reeducação (TSR), que visa o

acompanhamento durante o percurso prisional, tendo como objetivo a sua reeducação. Incluímos a presença do corpo clínico (Serviços Clínicos), garantindo os cuidados médicos físicos e psicológicos ao recluso, visando promover a saúde e o bem-estar do mesmo. Por último, temos a presença de indivíduos em reclusão (reclusos), que são desprovidos de individualidade, passam a ser designados por um número, num local de convívio (forçado), com os restantes elementos. O contato com o exterior é limitado, às visitas autorizadas (duas horas por semana, num local de convívio coletivo), o contato telefónico, cinco minutos diários para um número limitado de pessoas. O seu horário diário, o vestuário e apresentação e a alimentação imposta e controlada por outros. Sendo assim uma instituição de controlo social e em particular de controlo criminal, as funções que devem almejar correspondem à redução das taxas criminais (reincidência) (Lambropoulou, 1999).

1.1. A instituição prisional: a visão Foucaultiana

Michel Foucault, malgrado filósofo francês, é o autor do livro “*vigiar e Punir*”, no qual 5spectos555 a instituição prisional e aborda a sua evolução, ao longo dos tempos. Abordamos o (incontornável) autor, por considerarmos que o seu raciocínio, é perfeitamente 5spect e correto. De acordo com Foucault, a punição, ao longo do tempo, deixou de ser física e corpórea, passando a ser constituída pela privação da liberdade, de forma geral e global a marcar o castigo. Assim, “...a prisão, a reclusão (...) a interdição de domicílio” (Foucault, 1999, p. 14), rege a punição, imperando agora “*uma arte de sensações insuportáveis a uma economia de direitos suspensos*” (Foucault, 1999, p. 14).

De acordo com o mesmo autor, A privação da liberdade, da 5spectos55 sexual (heterossexual), o controlo alimentar, marcam uma época em que a punição visa não o corpo, mas a alma. A perda de um direito associado à condição humana: A liberdade. As “*penas isentas de dor*” (Foucault, 1999 p. 15). Isentas de dor física, mas inundadas de dor emocional.

A visão de Foucault era muito clara. Para este no interior do EP, o conjunto de restrições, o controlo, total de movimentos, a ausência de privacidade, associado a um local de constrangimentos, limitações, proibições e punições, assumiam uma função muito clara. Estas “*“medidas de segurança” que acompanham a pena (proibição de permanência, liberdade vigiada, tutela penal, tratamento médico obrigatório) e não se destinam a*

sancionar a 6spectos6, mas a controlar o indivíduo, a neutralizar a sua periculosidade...” (Foucault, 1999 p. 20).

A entrada no EP, conseqüente de uma “punição jurídica” gera uma tentativa de anular a perigosidade do indivíduo no ambiente prisional. O controlo institucional, o tratamento massificado, desindividualiza o ser humano em reclusão. O ambiente torna-se propício ao anonimato, ao silêncio e à depressão.

O que é perfeitamente compreendido com as palavras de Sykes (1958); *“In a very fundamental sense, a man perpetually locked by himself in a cage is no longer a man at all; rather, he is a semi-human object, an organism with a number.”* (P. 6).

A punição encontra-se associada ao efeito de dissuasão, visando o evitamento da reincidência no crime, futuramente gerando uma dissonância; a diminuição do apelo do crime, e o aumento do receio punitivo, criando um exemplo não só para o prevaricador mas também para os futuros prevaricadores, gerando um efeito dissuasor e preventivo da 6spectos66 criminal (Foucault, 1999). É a marca punitiva para os transgressores e para os seus familiares. Retirando um dos direitos fundamentais do ser humano; a liberdade.

Continuando na linha de raciocínio de Foucault, a punição afasta-se assim do olhar curioso do público, sendo executada entre quatro paredes, sob vigilância apertada. Num local regido por uma cultura muito particular ou uma sub-cultura prisional (que iremos abordar mais adiante). Neste ambiente, de convívio (forçado) 6spectos6, hostil e violento tanto física como psicologicamente, é um local que Foucault referiu, como sendo um local propenso à *“...à escuridão, a violência e à suspeita”* (Foucault, 1999, p. 95).

O EP é então um local simbólico de castigo, culpa e punição. Preenche o imaginário 6spectos6, devido às características acima expostas e ao mesmo tempo, por precariedade de informação veiculada tanto do exterior para o interior, como no sentido inverso, o que constatamos nas palavras de Foucault;

“O muro alto, não mais aquele que cerca e protege (...), mas o muro cuidadosamente trancado, intransponível num sentido e no outro, e fechado sobre o trabalho agora misterioso da punição, (...) a figura monótona, ao mesmo tempo material e simbólica, do poder de punir.” (Foucault, 1999 p. 96).

Rotula o seu ofensor com a denominação comum de “recluso”¹, visto este, encontrar-se em reclusão. Privado do direito à liberdade e à individualidade, imbuído de obrigações (Foucault, 1999).

Foucault leu muito bem as características físicas e simbólicas da cadeia. Facilmente podemos associar às mesmas, sentimentos negativos como medo, hostilidade, agressividade, frustração, vergonha, culpa, depressão e até desespero. Para o indivíduo em reclusão a vida terminou com a entrada na cadeia. Ou melhor, ficou suspensa. Esta na verdade existe no exterior. Na cadeia não se vive, dizem-nos os seus habitantes, sobrevive-se, depreende-se das suas palavras. Quantas vezes questionados sobre aspectos emocionais e vivenciais significativos nos questionam “*aqui dentro ou lá fora?*”, como que afirmando de forma simbólica, na cadeia não existe vida, ou nas palavras de um utente “*É o cemitério dos vivos*”. Porque a vida existe, onde existe a liberdade física e emocional. Não no EP.

Para além das situações acima expostas, temos ainda uma componente que não foi explorada; Como será o convívio com outros indivíduos em reclusão? Vamos conhecer o código da cadeia, a sub-cultura prisional: A prisionização.

1.2. A (sub)cultura prisional: A Prisionização

“...we may use the term prisionization to indicate the taking on in greater or lesser degree of the folkways, mores, customs, and general culture of the penitentiary” (Clemmer, 1940, p. 299).

O código da prisão pelo qual se regem os indivíduos em reclusão, doravante designado por prisionização foi estudado inicialmente por Donald Clemmer em 1940. A entrada na cadeia, com as condições situacionais referidas anteriormente, às quais acrescentamos a convivência massificada e desindividualizada com a restante população reclusa, na qual predomina um tipo de pensamentos e comportamentos tipicamente desviantes, são fatores que potenciam a existência de uma subcultura carcerária como forma de adaptação do eu (indivíduo) ao nós (reclusos) (Rodrigues, 1988). A perda de identidade

¹ Consideramos ser este termo muito redutor, anulando a condição humana e impondo o contexto situacional. A forma adequada de tratar estes indivíduos é claramente de indivíduo em contexto de reclusão. Algo que iremos abordar de forma mais sustentada na segunda parte deste relatório.

individual é reforçada pela privação de autonomia, opções e responsabilidades individuais, serem fatores centrais para a erosão da masculinidade e sentido de identidade pessoal (Jewkes, 2002). Para clarificar, recorreremos às palavras de Clemmer, (1940) sobre a prisionização:

"Every man who enters the penitentiary undergoes prisionization to some extent. The first and more obvious integrative step concerns his status. He becomes at once an anonymous figure in a subordinate group. A number replaces a name. (...) He is questioned and admonished. (...) And whether he uses the prison slang and argot or not, he comes to know it's meanings. Even though a new man may hold himself aloof from other inmates and remain a solitary figure, he finds himself in a few months referring to or thinking (...) and using the local nicknames to designate persons" (p. 299).

A prisionização implica a existência de um “código hostil aos códigos da sociedade: o triunfo de um significa o fracasso de outro” (Rodrigues, 1998, p. 36).

O termo subcultura encontra-se perfeitamente indicado, visto não se aplicar a cultura vigente, dita normal, no exterior. Pelo contrário. A adaptação a este, implica a deterioração identitária do próprio, uma subversão dos seus valores e a desadaptação aos valores normativos de convivência social, conforme os existentes no exterior, valorizando-se a masculinidade, agressividade, a força, como podemos constatar nas palavras de Clemmer (1940, p.300):

"Some for the first time in their lives, take abnormal sexual behavior. Many of them learn to distrust and hate the officers, the parole board, and sometimes each other, and they become acquainted with the dogmas and mores existing in the community. But these changes do not occur in every man. However, every man is subject to certain influences which we may call the universal factors of prisionization".

A prisionização implica a existência de um código hipermasculino (Karp, 2010). Um tipo de cultura ultracompetitiva, narcísica e até psicopata. O termo “dog eat dog” empregue por De Viggiani (2010) (p. 288), reflete sucintamente o seu significado. Uma subcultura brutal, onde o estatuto é essencial, no qual existem as vítimas e os agressores. A existência do “código do silêncio”, onde não existem “chibos” reflete a mesma. Na cadeia tudo se ouve e vê. Mas ninguém sabe de nada. Nem as vítimas. O motivo é simples, a prisionização impõe-

se pelo medo. E ninguém quer ser um “chibo”. A razão é peremptória; quem o for, é uma vítima da prisionização, faz parte da classe mais baixa da cadeia.

Para Moreira (2008), a entrada num estabelecimento prisional, é caracterizado pela privação; de liberdade, relacionamentos, estatuto, autonomia, segurança pessoal causador de mal-estar a todos os níveis, associado a um convívio com população delinquente, fatores geradores das sensações de medo e insegurança. A adaptação ao meio implica a interiorização da subcultura prisional como forma adaptativa, no seguimento da teoria da privação, consequente dos trabalhos de Clemmer (1940); Sykes (1958) e Goffman (1987). Com a entrada no EP, decorrem vários riscos, decorrentes da cultura desviante que impera, sendo compreensível o risco de vitimização, no novo período, de acordo com Gonçalves (2005) existirem cinco possibilidades de vitimização; (i) Física; (ii) Psicológica; (iii) Sexual; (iv) Económica; (v) Direta e indireta. O autor considera que um dos grandes motivos para este tipo de comportamentos encontra-se relacionado com a aquisição de “drogas”.

Não surpreendendo a afirmação de Moreira (2008) neste âmbito referindo que:

“A realidade prisional encerra inúmeros comportamentos desviantes: roubos, ameaças de morte, agressões a reclusos e staff, violações, tráfico e consumo de drogas.” (p. 15).

A informação exposta visa transmitir um cenário que é autêntico em contexto prisional; o risco de comportamentos violentos é real, ao qual acrescentamos que a população dependente de “drogas” se encontra em risco acrescido a serem vítimas potenciais da subcultura prisional e a apresentarem maiores dificuldades na adaptação à instituição e ao seu ambiente (desviante). O que é apreendido pelas palavras de Moreira (2008):

“As drogas são muitas vezes as principais responsáveis pelas agressões ocorridas em meio prisional, porque encontram-se frequentemente relacionadas com dívidas contraídas dentro da prisão” (Moreira, 2008, p. 111).

1.3. A adaptação do recluso à prisão.

“A entrada na prisão pode ser considerada um acontecimento significativo de vida. Estabelece-se como acontecimento distinto dos habituais, para o qual as experiências

passadas de pouco ou nada servem para facilitar a adaptação a esta nova realidade”
(Moreira, 2008, p. 93).

As palavras de Moreira (2008) são certas. A entrada e vivência numa prisão é um acontecimento de vida, diferente de todos os experienciados pelo indivíduo em reclusão. A reclusão é física, podemos pensar, mas na verdade condiciona a mente, psicologicamente. A privação de liberdade traz consigo uma readaptação a uma sub-cultura desviante, não só opostora aos valores vigentes em liberdade, mas também resistente a estes. Esta readaptação apresenta dificuldades para certo e determinado tipo de indivíduos. Para a realidade portuguesa, o trabalho de Gonçalves (1999) neste âmbito parece-nos perfeitamente atual. De forma sucinta vamos fazer uma breve referência ao mesmo.

Gonçalves (1999) referiu a prevalência de quatro tipos de reclusos: (i) Sobre adaptados; (ii) Adaptados; (iii) Mal-adaptados; (iv) Inadaptados.

1.3.1. Os Sobreadaptados.

Apresentam dificuldades em antecipar a vida pós-libertação, aparentemente preferem as vivências normativas e impositivas da prisão, do que a vida experienciada em liberdade. Tendem a serem reincidentes e a regressarem rapidamente à cadeia após libertação. Integram-se plenamente na dinâmica institucional e social, com bom comportamento (Gonçalves, 1999). É no exterior que o seu comportamento é desajustado, com a manutenção de comportamentos desviantes e a quebra sucessiva dos laços sociais (Gonçalves, 1999). Orientados para a vivência dentro da prisão, para obterem todos os benefícios que conseguirem (Gonçalves, 1999). A adaptação a este meio pode ser indicador, por um lado, de ausência percebida de apoios em liberdade, por outro lado, podem indiciar a presença de patologia psiquiátrica.

1.3.2. Os Adaptados

De acordo com Gonçalves (1999) tendem a serem primários condenados por crimes como homicídio, violação, de forma não planeada. Tendem cumprir com as regras e normas da cadeia, procuram as medidas flexibilizadoras da pena, e pretendem regressar para a liberdade o mais depressa possível. O tempo que pauta a sua permanência na prisão funciona como um contrarrelógio; quanto mais depressa passar, melhor. A sua vivência na cadeia

pauta-se por marcos temporais; a data da próxima precária, da avaliação da liberdade condicional, ou do fim da pena. O corpo destes encontra em reclusão. A mente está no exterior da cadeia, focada na família, emprego, etc.

1.3.3. Os Mal adaptados

São aqueles com maior propensão a sofrerem sanções disciplinares. A sua presença na cadeia é marcada por tentativas contínuas de “contornarem” o regime e as regras internas. Serão estes que tentarão as fugas, os motins, bem como a exploração da restante população reclusa. Os mais propensos a interiorizarem a prisionização, tendendo ao mesmo tempo a serem caracterizados como psicopatas (primários) (Gonçalves, 1999). Neste caso, a vivência temporal, metaforicamente comparada a um relógio, o qual se tenta manietar, contornar, sempre em benefício próprio.

1.3.4. Os Inadaptados

São aqueles que mais dificilmente se adaptam ao contexto prisional. Podem ser primários ou reincidentes nos seus delitos, apresentam maiores probabilidades de envolvimento com o consumo de substâncias psicoativas e desenvolvimento de “patologias de adaptação”² à cadeia (Abrunhosa, 2005). Este grupo revela maior probabilidade de apresentarem co-morbilidade psiquiátrica com maiores dificuldades de comunicação, e de serem vítimas no sistema prisional. Apresentam grandes dificuldades em lidarem com o *stress* prisional, acabam por serem um grupo difícil de caracterizar devido à “...sua heterogeneidade e, se assim quisermos dizer, a sua incapacidade para se assumir como um “grupo” de características próprias no seio da comunidade reclusa” (Gonçalves, 1999, p. 263).

Propensos à passividade, não procuram, uma mudança ativa na sua vida, como por exemplo ocupação laboral ou frequência escolar (Gonçalves, 1999).

São estes últimos que iremos abordar com mais enfoque na intervenção terapêutica do tratamento às toxicodependências, com vários objetivos, que irão ser discutidos com maior pormenor, no segundo capítulo.

² De acordo com Gonçalves (2005) estas seriam caracterizadas como sendo de teor ansioso, depressivo, dissociativo, perturbações de comportamento, hipocondríacas e psicossomáticas (Gonçalves, 2005, p.138).

1.4. Droga e crime: A relação entre a reclusão e as “drogas”.

“O fenómeno das drogas, tanto no que diz respeito aos crimes como no que se refere aos consumos, domina o panorama prisional” (Torres & Gomes, 2002, p 213).

No primeiro relatório sobre drogas e cadeia de 2001, verificou-se que 72% dos reclusos estavam detidos por crimes relacionados com “droga” (Torres, 2009). Tendo em conta que as situações de detenção diretamente relacionadas com os consumos de opiáceos abrangiam, de acordo com Torres e Gomes (2002), cerca de 50,3% das detenções. A cadeia mudou com este facto. E com ela o seu ambiente. As dificuldades associadas à circulação e aquisição das ditas “drogas” foram sentidas tanto por consumidores, como por traficantes (Torres & Gomes, 2002). A necessidade de intervenção e tratamento a esta população revelou-se uma necessidade premente, tendo sido consagrado, na lei, a obrigatoriedade do mesmo de acordo com o Decreto-Lei n.º 51/2011, Artigo 10.º, nº. 1.

Agra (1997) estudou o fenómeno da toxicod dependência em contexto prisional. De forma resumida, apresentou algumas comparações entre o tipo de comportamento do indivíduo toxicod dependente e não toxicod dependente em reclusão, salientando-se a seguinte informação: (i) Os reclusos não consumidores cometem cerca de quatro vezes mais crimes violentos do que os consumidores; (ii) A frequência do crime de tráfico é mais elevada nos consumidores; (iii) As situações de reincidência são de cerca do dobro para a população consumidora; (iv) Os reclusos consumidores apresentam número superior de delitos anteriores oficiais; (v) São igualmente mais precoces no início de atividade delinvente: cerca de 30% iniciam-se antes dos 18 anos de idade; (vi) O contacto com instituições de controlo ocorre mais cedo; (vi) Vínculo mais instável à atividade laboral. (Agra, 1997 p. 124).

Constatamos que esta informação vai ao encontro da tipologia de indivíduos em reclusão inadaptados de Gonçalves (1999), o que salienta as características específicas e limitadoras do indivíduo toxicod dependente, condicionando a sua detenção, limitando a adaptação à cadeia e dificultando a sua reinserção pós-libertação. Desde muito cedo ouvíamos expressões sobregeneralistas de que todos os toxicod dependentes eram iguais. Algo, que não concordávamos. A relação droga – cadeia parecia-nos evidente. Mas não haveriam variáveis, que pudessem afetar o intervenção e tratamento? A resposta a esta questão surgiu-nos com a investigação de Agra (1997).

1.4.1. A perspectiva de Cândido Agra

O trabalho de Agra (1997) pioneiro em Portugal caracterizou a relação “droga” – crime, ou melhor, a relação que o indivíduo desviante apresenta com os consumos psicoativos. Dentro deste cenário, o autor define três tipologias; (i) Delinquente-toxicodependente; (ii) Toxicodependente-delinquente; (iii) Especialista Droga-crime. Como os próprios nomes indicam a relação com a “droga” e com a delinquência, diverge. Vamos em seguida abordar a caracterização das mesmas.

1.4.2. O Delinquente-toxicodependente

Denotam a existência de uma vinculação social frágil. Com agregado familiar numeroso, a relação intra-familiar é perturbada (alcoolismo do progenitor, clima agressivo, etc.), e por alterações estruturais de forma recorrente (separações, divórcios). A rutura ocorre em princípio antes dos 16 anos, seja por abandono voluntário, seja por internamento institucional (instituições de menores). Com percurso escolar muito irregular, na maioria marcado por desinteresse e absentismo escolar, com conclusão do 1º ciclo, para iniciar a atividade laboral (indiferenciada). O estilo de vida delinquente inicia-se precocemente associado ao estilo de vida do grupo de pares, (cerca dos 11 anos), de forma contínua, a par do absentismo escolar, evoluindo para pequenos furtos (como forma de sobrevivência). O contacto com drogas “leves” inicia-se antes dos 16 anos, inserido no contexto grupal. O consumo das drogas ditas “pesadas” ocorre, associado a uma escalada de consumos. O contacto com o sistema jurídico ocorre antes dos 20 anos (devido à aplicação de penas privativas e não privativas de liberdade).

1.4.2.1. O Especialista Droga-crime

Oriundos de famílias numerosas, com enquadramento familiar mais estruturado do que o anterior. As rupturas familiares ocorrem voluntariamente, derivado do desejo de autonomia, ou como forma de afastamento de meio familiar turbulento. Tendem ao (re)estabelecimento de laços familiares, com meio familiar alargado. Com boas estratégias de adaptação a meios estruturados, com percurso escolar regular (a maior parte conclui o 1º ou o 2º ciclo). O percurso escolar é marcado por trabalhos indiferenciados sendo iniciada a partir dos 16 anos, com crescente instabilidade.

O contacto com drogas “leves” inicia-se entre os 11 e os 19 anos em resultado de contactos com a sub-cultura delinquente e/ou com consumidores regulares de droga. O contacto com drogas ditas “duras” ocorre por volta dos 22 anos (associado ao tráfico de estupefacientes). O comportamento delinquente inicia-se entre os 17 – 19 anos (furto ou roubo),

instrumentalmente motivado por ganhos financeiros/melhoria de estatuto social. O contato com o sistema judicial ocorre antes dos 24 anos. Procura mais rapidamente tratamento e desvinculação dos consumos, (Agra, 1997).

1.4.2.2. O Toxicodependente-delinquente

Originários de famílias menos numerosas e menos instáveis, estruturalmente e sócio-economicamente, apresentam forte vinculação à família de origem, onde se encontram até à constituição de família própria.

Estudam em média até ao 2º, 3º ciclo. A inadaptação à escola manifesta-se na fase imediatamente anterior ao seu abandono (absentismo ou reprovações). O percurso profissional inicia-se em atividades não qualificadas de forma regular até cerca dos 20 anos. Os contactos iniciais com drogas ditas “leves” ocorrem por volta dos 14 -16 anos, e com drogas ditas “duras”, antes dos 19 anos. O comportamento delinquente regular (furto/roubo ou tráfico) inicia-se posteriormente ao consumo regular de drogas ditas “duras” – para sustentar os consumos. O contacto com a realidade jurídico-penal é antecedido pelo contacto com as instituições de controlo social, associados a internamentos e tratamentos para desintoxicação. Este tipo de toxicodependente apresenta vinculação aos consumos, de acordo com Agra, (1997) *“O coração do toxicodependente/delinquente está na droga”* (p. 123).

Nas palavras de (Agra, 1997); *“...este estudo revelou-nos três grandes configurações ou formas de vida desviante: a forma delinquencial, na qual se integra o delinquente/toxicodependente “especializado” na delinquência e “amador” em drogas; a forma toxicomaniaca, na qual se integra o toxicodependente/delinquente, “especialista” em consumo de drogas e “amador” em delitos; a forma de desviância nuclear, que integra “especialistas” ao mesmo tempo em droga e crime”* (p. 122).

Como podemos constatar a relação entre as substâncias psicoativas e a delinquência é distinta, nos três grupos. Para o delinquente-toxicodependente o comportamento delinquente é anterior à existência de consumos ativos. A relação com as “drogas” é associada ao grupo de pares (desviante) que integra. Apresentam maior propensão ao comportamento hedonista; a procura impulsiva, sem pensar nas consequências do bem-estar imediato.

O especialista droga-crime denota uma relação de teor instrumental e materialista com as substâncias psicoativas. Visa, essencialmente, os benefícios materiais associados aos seus ganhos. De acordo com o manual psiquiátrico DSM 5, este tipo de indivíduos, apresentam propensão ao diagnóstico da perturbação de personalidade antissocial (APA, 2013). Sendo ainda de referir que, de acordo com o mesmo manual, a presença de comportamento antissocial na vida adulta, torna-os propensos ao diagnóstico V71.01 (Z72.811) Comportamento antissocial em adulto. “...*traficantes de substâncias ilegais*” (APA, 2013, p. 726).

Por fim, o toxicodependente-delinquente apresenta uma relação precoce dependente com as substâncias psicoativas, que antecedem o seu historial delinvente. Este último visa garantir os meios económicos necessários para a subsistência dos consumos. Apresentam propensão para a degradação da estrutura familiar e social e dificuldade acrescida à desvinculação das “drogas”.

1.5. As principais características do dependente de substâncias psicoativas.

Começamos esta parte pelas principais características do indivíduo dependente. Como enquadramento, vamos seguir a nomenclatura do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM 5, da *American Psychiatric Association* (APA, 2013), para caracterizar a dependência de substâncias psicoativas. Destacamos o facto de estarem envolvidos critérios fisiológicos e cognitivos, de forma continuada (num período contínuo de doze meses) para a presença de indicadores de abuso de substâncias.

1.5.1. (DSM-5) transtorno por uso de substâncias

De acordo com o DSM 5 (APA, 2013) o diagnóstico por uso de substância é baseado num quadro de comportamentos patológicos relacionados com o uso da substância, sendo caracterizados da seguinte forma:

Critério A agrupados como sendo de baixo controle (critérios 1-4), deterioração social (critérios 5-7), uso arriscado (critérios 8-9), e critérios farmacológicos (critérios 10-11) (Adaptado de APA, 2013, p. 482).

Com maior probabilidade de ocorrer sintomatologia física nos casos do consumo de substâncias etílicas, opiáceas, estimulantes, hipnóticos e sedativos (Apa, 2013). O transtorno leve implica a manifestação de dois a três sintomas, moderados com quatro a cinco e grave na presença de seis ou mais sintomas (Apa, 2013).

O transtorno por uso de opióides em ambiente protegido e em remissão inicial, com quadro grave na sua maioria dos casos 304.0 (F11.20), eram integrados no PARET. Também foram incluídos indivíduos em reclusão associados a transtornos por uso de substâncias opiáceas, de cocaína e de álcool. Na fase consequente à integração em PARET, era frequente a manifestação de transtornos induzidos por opióides, como é o caso dos transtornos depressivos, de ansiedade, condicente com a informação apresentada no DSM 5.

1.5.2. As principais características de personalidade do dependente de substâncias psicoativas

Para este ponto, temos de discernir de imediato que vamos abordar as principais características do indivíduo dependente e não a personalidade do mesmo. Isto porque pensamos não ser possível falar de uma única personalidade dependente, mas sim de características comuns, existentes, no campo dos indivíduos com perturbação de dependências, o que reforçado pela literatura, por Pagés-Berthier (2002), "*Não há qualquer modelo único de personalidade toxicómano*" (p. 179). Há, isso sim, traços e perturbações da personalidade, com maior propensão ao consumo de substâncias psicoativas, bem como uma procura de novas sensações (*sensation seeking*), estilo impulsivo e evitação ativa da frustração (Zocali *et. al.*, 2007). A dependência integra-se na personalidade do indivíduo embora possam existir traços prévios comuns ao nível psicopatológico, como é o caso de: (i) Humor depressivo; (ii) Carências identificativas; (iii) Passagem ao ato (impulsividade) (Pagés-Berthier, 2002).

Os dependentes, ou ex-dependentes que acompanhamos, apresentavam traços em comum, como elevada propensão à apelatividade, impulsividade, e imaturidade, com grande dificuldade em lidarem com frustrações e contrariedades (Filipe-Saraiva, 2016).

Notamos, igualmente, a grande dificuldade em lidarem e resolverem problemas do foro quotidiano. Estas características, facilmente podem ser associadas a outras, presentes nas adições, como é o caso de traços disposicionais como é a impulsividade, neuroticismo, *sensation seeking*, extroversão e a personalidade antissocial (Grant, Schreiber, & Harvanko, 2012).

Constatamos a existência destes fatores na população toxicodependente em contexto

de privação da liberdade. Verificamos a existência não só dos fatores disposicionais, psicológicos e económico-sociais, similares aos expostos anteriormente. Num contexto tão específico como o PARET, a única grande diferença que podemos verificar, revelou-se com a personalidade antissocial. Descrita como associada à dependência e ao comportamento delinquente (o que ocorre em simultâneo nos utentes do PARET), no entanto não predomina a existência de indivíduos com perturbação antissocial de personalidade mas sim com traços comportamentais antissociais (Zocali et al., 2007) compatíveis, com o comportamento delinquente e toxicodependente, na vida adulta.

Para finalizar, compreendemos a relação entre o abuso/dependência de “drogas”, e os aspetos expostos anteriormente. Se o indivíduo apresenta algum tipo de sofrimento psíquico, procura mitigar ou anular o mesmo narcotizando-o através dos consumos. Reforçamos este ponto com a informação de que os receptores opióides, envolvidos no consumo de opiáceos, entre outras funções servem para a supressão da dor, (Madras, 2012), que pode ser física, como psicológica. A “droga” para o toxicodependente pode servir para harmonizar a sua relação com o mundo (Pagés-Berthier, 2002). De uma forma mais elaborada, a “droga”:

“A "droga". O que os une, o que os destrutura do mundo externo é a mesma, ou as mesmas substâncias que os estruturam no seu mundo interno. O seu equilíbrio, o seu bem-estar, a sua coesão grupal passava pelo mesmo objeto de consumo...” (Filipe-Saraiva, 2016, p. 58).

Complementando a citação anterior, constatamos a existência do reforço negativo (Koob et al., 1989) (característico da dependência de substâncias psicoativas) para estar “normal” (Grant, Schreiber, & Harvanko, 2012), como resposta para a anulação do sofrimento sentido.

CAPÍTULO 2: REFLEXÃO PROFISSIONAL

2. PROGRAMA DE APOIO AO RECLUSO ENTRADO TOXICODEPENDENTE (PARET).

Na primeira parte fizemos a contextualização ambiental prisional, para se proceder, na segunda parte, à apresentação e análise da intervenção terapêutica no âmbito do programa PARET. Seguidamente, apresentam-se os resultados de vários instrumentos e questionários aplicados, ao longo destes anos no PARET, que passamos a expor nos seguintes pontos; informação do questionário sócio demográfico (2.1.), MMPI-2 (2.4.1.), BSI (2.4.2.), EMBU (2.4.3.) e IPQ-R (2.4.4.). Os resultados das escalas são expostos em seguida.

2.1. Resultados sócio demográficos e dos perfis de consumo/reclusão

Consideramos pertinente começar a segunda parte deste relatório pela divulgação de dados recolhidos no âmbito do programa PARET.

Assim, efetuamos a recolha de dados a um total de setenta e oito elementos no período compreendido entre o segundo semestre de 2010 e o primeiro de 2012. Os nossos objetivos prendiam-se com o estudo da respetiva população, tendo sido divulgado parcialmente alguns dados (Filipe-Saraiva, 2016). Esta recolha, permitiu-nos obter muita informação e caracterizar a “População PARET”. Seguidamente vamos proceder à exposição da mesma.

Amostra

No primeiro semestre de 2010 entrevistámos 24 indivíduos, 41 no ano de 2011 e 13 no primeiro semestre de 2012, perfazendo o total de 78 participantes, integrantes no programa supracitado. Foram selecionados todos aqueles que tivessem superado a fase de síndrome de abstinência.

Metodologia

Foi efetuada uma análise descritiva e quantitativa dos resultados. Foi obtida a participação voluntária e garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Efetuamos a aplicação de um questionário incidindo as questões em informações sócio demográficas e relacionadas com o historial do consumo de substâncias.

Resultados

Os resultados foram os seguintes:

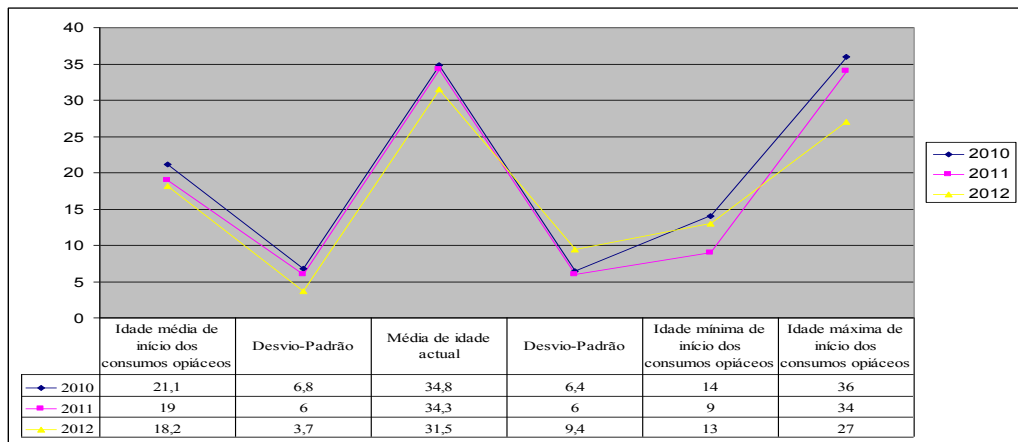


Figura 1: Idade de início dos consumos opiáceos em liberdade (Filipe-Saraiva, 2016, p. 80)

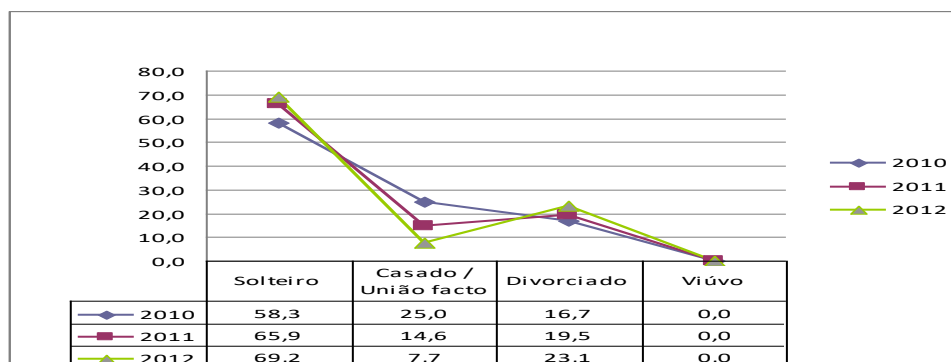


Figura 2: Estado civil

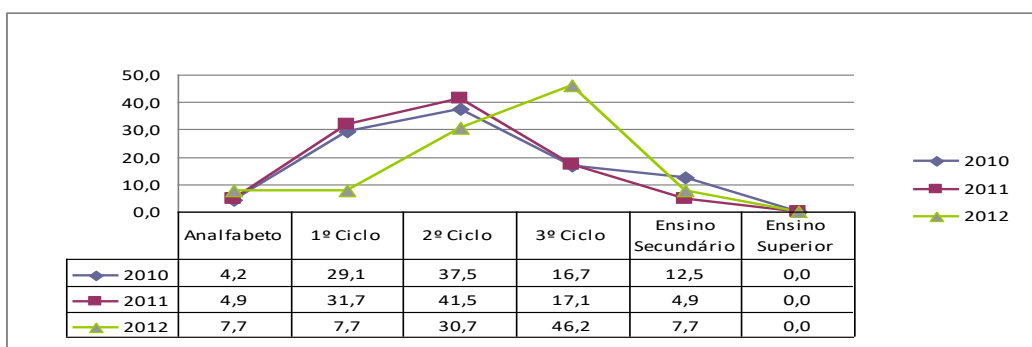


Figura 3: Habilitações Literárias

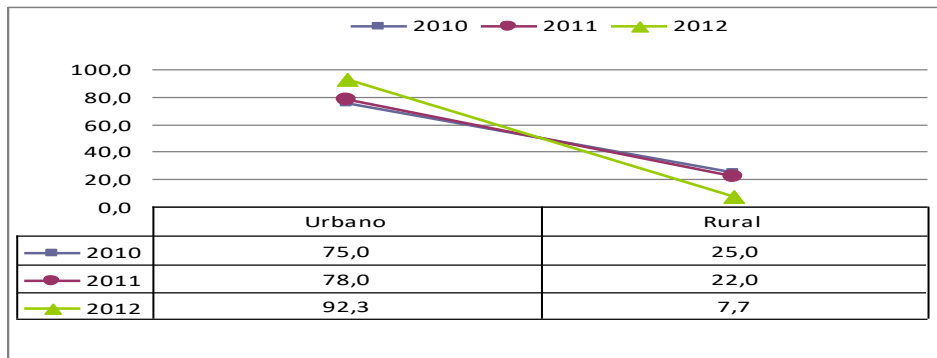


Figura 4: Zona de residência

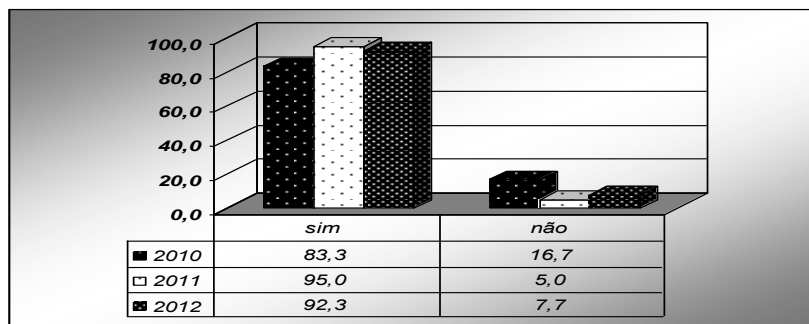


Figura 5: Motivo de reclusão relacionado com os consumos (perspetiva do recluso) (Filipe-Saraiva, 2016, p. 81)

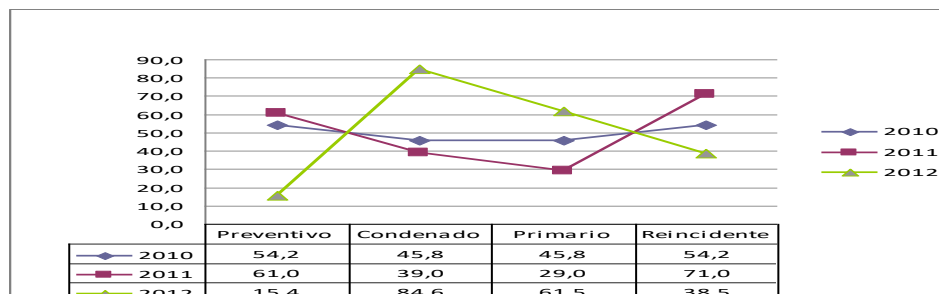


Figura 6: Estado de reclusão

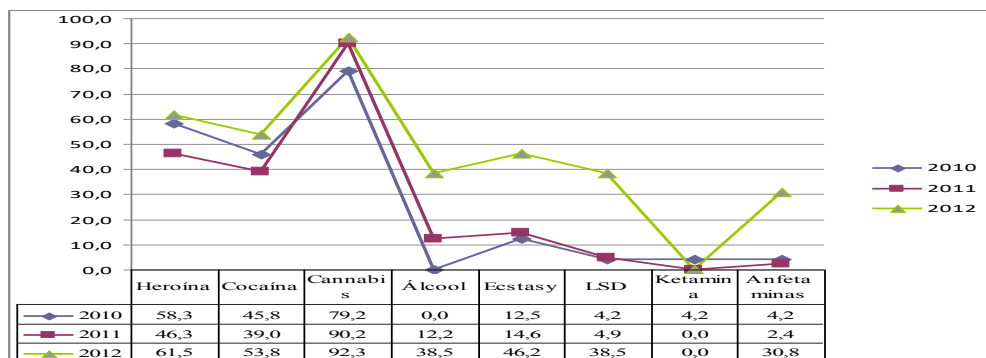


Figura 7: Consumos de iniciação em liberdade (Filipe-Saraiva, 2016, p. 79)

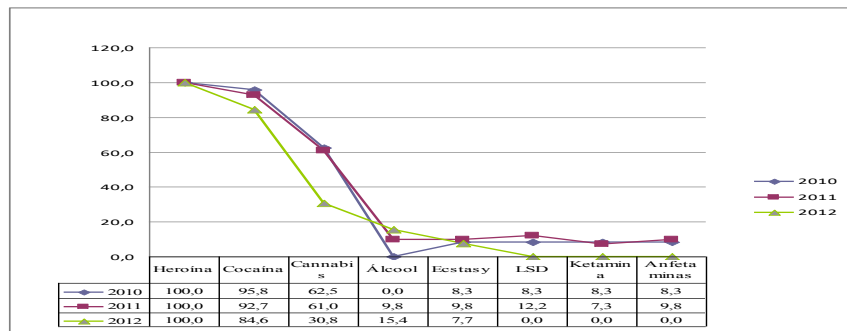


Figura 8: Consumos na data da atual reclusão (Filipe-Saraiva, 2016, p. 80)

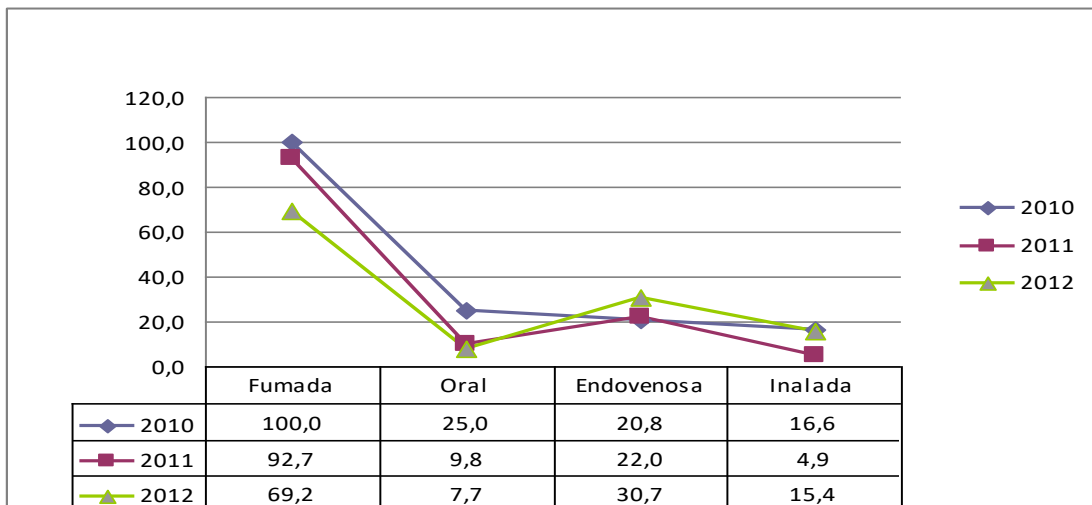


Figura 9: Vias de consumo

A análise de resultados encontra-se exposta no anexo 1 onde pode ser consultada com todo o detalhe.

Conclusão

No computo geral, conclui-se que a maior parte dos indivíduos inseridos no programa PARET são solteiros, residentes em meio urbano, com uma média de habilitações literárias até ao segundo ciclo. Relativamente ao motivo que levou à reclusão, os mesmos estão convictos que se encontram nesta situação por motivos relacionados com o consumo de opiáceos. Tipificando a situação jurídica nota-se um ligeiro predomínio dos reclusos preventivos e reincidentes em 2010 e 2011, podendo ocorrer uma mudança deste perfil em 2012. De acordo com Filipe-Saraiva, (2016), ao nível da iniciação de consumos, a *cannabis* revela-se a substância de iniciação mais consumida. Numa fase posterior, os consumos de drogas ditas “duras” (heroína e cocaína) passam a ser largamente dominantes – atingindo os

consumos de heroína a totalidade da amostra em questão (Filipe-Saraiva, 2016). Para finalizar, a iniciação dos consumos de opiáceos ocorreram nos finais da adolescência e os consumos abusivos ou dependentes surgiram numa fase posterior.

Estes dados serviram-nos para caracterizar a amostra e para refletir nos dados de Agra (1997) sugerindo estarmos perante uma população toxicodependente-delinquente.

2.1.1. Caracterização geral do programa

Com a entrada de população toxicodependente no contexto prisional, tornou-se imperioso tratar de forma específica esta patologia, de tal modo que se encontra consagrado no Decreto-Lei n.º 51/2011 de 11 de Abril Artigo 10 n.º1, a necessidade de assegurar os cuidados médicos imediatos ao recluso (...) com síndrome de privação de substâncias psicoativas ou alcoólicas.

Em 2007 foi criado o programa de observação (OBS), pelo então psicólogo clínico, e pelo chefe de guardas. OBS foi o nome inicial, dado ao programa PARET. Foi criado para ser um espaço de isolamento da restante população reclusa, visando, inicialmente a desabituação de drogas ditas de abuso (heroína e cocaína). Neste, os utentes permaneciam 22 horas por dia, tendo duas horas de recreio a céu aberto, e uma visita semanal. Neste espaço eram efetuadas praticamente todas as rotinas do quotidiano prisional dos seus utentes. Refeição, higiene e banhos eram confinados a este espaço.

PARET era, e é um híbrido. Por um lado, funciona como unidade de desabituação (física) aos consumos, por outro, servia como programa de recuperação (psicológica) dos seus utentes. A degradação física e psicológica numa fase inicial tornava-os muitas vezes incapazes de efetuarem as tarefas diárias como alimentação e higiene pessoal. A nível psicológico, denotavam uma clara vinculação aos consumos, sendo comum, na fase da recuperação manifestarem-se um, ou mais diagnósticos de perturbação de humor e de ansiedade. O período de permanência, no programa, foi estipulado num mínimo de trinta dias (a partir deste tempo os utentes podiam solicitar alta do programa, mas já fisicamente recuperados) e máximo de noventa dias, altura em que teriam alta terapêutica, sendo integrados no regime prisional comum, idealmente com integração laboral. Os critérios para a entrada neste programa eram os seguintes: (i) Ser indivíduo recluso, entrado no EP em síndrome de privação; (ii) Não estar integrado em nenhum tipo de programa terapêutico; (iii) a entrada neste programa é de cariz voluntário.

2.1.2. Objetivos e finalidades do Programa PARET

Os objetivos do programa passam pela recuperação física do indivíduo em reclusão, debelando, em primeiro lugar, o síndrome de privação (vulgarmente denominada de “ressaca”), para, posteriormente, recuperar, psicologicamente os seus utentes, permitindo-lhes adquirirem estratégias para lidarem com o quotidiano prisional, pós tratamento desvinculados dos consumos.

2.2. Enquadramento: A condição terapêutica no ambiente prisional.

“A cadeia não mata, mas a cadeia mói.

Se a tua vida pessoal não estiver bem, a cadeia dá cabo de ti”.

Esta afirmação foi-nos dita no início da nossa colaboração profissional. Claramente fazia menção ao ambiente vivenciado nas prisões e à noção da vigência de uma cultura desviante, marcada pela prevalência de pensamentos paranóides e esquizóides, relacionamentos interpessoais hostis, instrumentais, bem como sentimentos de foro depressivo e ansiogénicos. Não era à toa, pensávamos nós, que o síndrome de *Burnout*, doença de cariz profissional, era tão prevalente nos profissionais que trabalhavam com população reclusa (Senter, Morgan, Serna-McDonald, & Bewley, 2010; Gallavan, & Newman, 2013). Esta informação revelou-se valiosa. Era imperioso ajustarmos realisticamente as nossas expectativas bem como os nossos objetivos terapêuticos ao ambiente e às condições da prisão e dos indivíduos em reclusão. Neste ponto recorremos ao trabalho de Gonçalves, (1993) conhecedor da realidade prisional referindo-se à intervenção do psicólogo clínico como sendo marcada por *“desafio, confirmações, frustrações e puro risco físico”* (Gonçalves, 1993, p. 230), marcada por um dilema, em que a intervenção é dificultada, de acordo com Feldman, (1977): *“...a mudança de comportamento de pessoas (como os delinquentes) que beneficiem dos seus comportamentos desviantes é provavelmente muito mais difícil do que a mudança daqueles que não tirem benefício deste comportamento (como são os pacientes neuróticos)”* (Cit in Abrunhosa, 1993 p. 224). Assim, a nossa tarefa era, claramente complexa. Tínhamos a noção das dificuldades com que iríamos deparar-nos, como estruturarmos uma intervenção eficaz neste tipo de contexto?

2.3. Contemplação retrospectiva sobre o Programa de acordo com a visão terapêutica.

No momento inicial, quando assumimos o PARET em 2009, sentimos que apesar da falta de experiência tínhamos claramente a noção de que devíamos ter uma abordagem eclética, de modo a abranger várias componentes pertinentes para o sucesso terapêutico. Foi necessário proceder a um ajustamento no programa associado a vários motivos: (i) A substituição do terapeuta então adstrito ao programa, com características, próprias; (ii) A alteração do perfil do indivíduo entrado toxicodependente (com o tempo observamos um aumento gradual de indivíduos entrados em privação alcoólica, e mesmo indivíduos em síndrome de privação, integrados em programas de substituição); (iii) A noção de que o programa não funcionava de forma terapêuticamente linear. Ou seja, tínhamos indivíduos em diferentes fases de recuperação no PARET; (iv) A incapacidade temporal para avaliar a personalidade e motivação para o tratamento; (v) A compreensão que a motivação, para o tratamento podia ser instrumental; (vi) A elevada prevalência de co-morbilidade psiquiátrica; (vii) A baixa literacia desta população, associado limitações cognitivas e de *insight*; (viii) A noção de que a prisionização implicaria a existência de um clima de “desconfiança terapêutica”.

Se, inicialmente, aplicamos uma abordagem de teor comportamentalista, a aplicabilidade exclusiva desta caiu por terra (embora com aspetos válidos, que continuamos a empregar). Os motivos são simples; (i) não existe forma de avaliar o envolvimento dos utentes na mesma, sem termos forma de validar a veracidade e intencionalidade dos mesmos. (ii) Não tem em conta a *awareness* do utente. Ou seja, como avaliar se este tem a noção de que a prática é real, ou simulada?

Referimos um episódio em que intervínhamos na prevenção da recaída:

Terapeuta (T): “...*imaginem que têm uma dose de heroína em cima da mesa, um colega ofereceu-a. Como é que vocês reagem?*”

Utente (U): “*Ó dr. Eu posso fazer isso, mas na verdade não está a aqui dose nenhuma, por isso eu não posso saber como ia reagir. Uma coisa é eu imaginar, outra coisa é ter na mão, na realidade*”.

Este argumento deitou por terra o nosso condicionamento de resposta. O choque com a simplicidade da argumentação obrigou-nos a repensar a forma como trabalhávamos, reforçados pela crença de que não dispúnhamos formas reais de avaliação deste modo as crenças individuais de cada um. Ainda por cima, de acordo com a literatura, para que as estratégias *behavioristas* funcionem é necessário que: (i) o sujeito queira colaborar, (ii) o seu nível de *awareness*, (iii) é preciso ter em conta os *countercontrols* que o sujeito pode e exerce (Russell, S/D p. 132). Para finalizar esta parte, citando Russell (S/D) “*They work, with some cost, in a coercive environment; they work well enough with patients desiring change to be recommended for certain limited psychopathological conditions; but there is no evidence that they work at all in an open society with people who do not wish to have their behaviour changed*” (p. 132).

Assim, decidimos seguir uma estrutura que considerássemos ser a mais ajustada terapeuticamente e com a qual nos identificássemos. Foi do nosso entender, que uma intervenção exclusivamente cognitiva comportamental, com uma população que apresentava uma literacia tão baixa, poderia não apresentar os resultados pretendidos. Decidimos planificar a intervenção, ajustada às capacidades dos nossos utentes, com a noção de que a intervenção terapêutica é positiva visto que:

“...*the dilemma is that even the most intensive and costly kind of treatment does not necessarily guarantee recovery. But no treatment almost certainly results in no recovery and ultimately results in death in many cases. The state of our present knowledge and art is such that we may not be able to “save any given individual alcoholic”. However, without intervention that individual will most likely be doomed*” (Ellis, McInerney, DiGiuseppe & Yeager, 1988, p. 20).

A intervenção terapêutica é justificada pelos benefícios imediatos para o utente, mesmo que estes possam não ser mantidos de forma permanente. Tivemos, de repensar a relação terapêutica, focados nas características específicas ambientais (o facto de ser uma população desviante em contexto prisional).

Assim, focamos a nossa atenção no modelo de Albert Ellis, criado em 1955, o *Rational Emotional Behavior Therapy* (REBT), modelo de abordagem cognitivo-comportamental. Este modelo ajuda os seus clientes ativamente, a desafiarem e a disputarem as suas crenças disfuncionais e irracionais, focado no aqui e no agora (Ellis et al., 1988). O

REBT foca a sua atenção nas crenças e autoafirmações atuais do indivíduo com origem no seu estado emocional, disputando as suas crenças.

“Beliefs can be, for example, cognitions, thoughts, attitudes, self-statements, or images, and are the primary determinants of emotions. Inappropriate emotions are preceded by rational beliefs. Beliefs are not facts; they are hypotheses” (Ellis et al., 1988, p. 6).

Acrescentamos, a pertinência deste modelo trabalhar as emoções em conjunto com as cognições: *“Thinking creates emotion. Human thinking and emotion do not constitute two disparate of different processes, but significantly overlap”* (Ellis, 1977, p. 37).

As crenças, tal como os comportamentos podem ser modificadas, podendo desencadear respostas emocionais positivas. Referimos que a nossa intervenção, não se cola ao modelo REBT, mas incorporamos aspetos terapêuticos, e filosóficos. A exploração das crenças irracionais foi até ao momento o ponto mais difícil de explorar e no qual encontramos mais resistência por parte dos nossos utentes. No entanto, permitia-nos estabelecer uma base para a intervenção e para trabalharmos as atitudes e comportamentos face ao consumo e à delinquência.

Outro aspeto relevante foi o trabalhar a autoestima e o autoconceito do indivíduo em reclusão, bem com aspetos relacionados com a imagem pessoal. A entrada em reclusão, e a degradação associada à dependência são aspetos que devem ser trabalhados em consentâneo. A recuperação física potencia a recuperação psicológica, considerando que: *“Stopping from rating one`s self or one`s totality is probably the most difficult thing for clients to comprehend and do”* (Ellis et al., 1988, p. 8).

É necessário trabalhar a motivação para a mudança de comportamentos. Para tal, abordávamos vários aspetos para o desenvolvimento de competências sociais, tais como o treino de soluções práticas, resolução de problemas, processo de tomada de decisões e comunicação assertiva. Ellis abordou o tratamento à população alcoólica, de forma consistente, mas os seus ensinamentos pareciam-nos de extrema pertinência, para os nossos utentes (tanto assim é que no PARET temos utentes com dependência alcoólica), a descoberta dos padrões disfuncionais, e a identificação das crenças disfuncionais, atitudes e consequências dos comportamentos dos próprios uma vez que o comportamento pessoal (dos consumos) apresenta consequências (prisão, saúde, família, emprego) que o dependente rejeita, visto as considerar como sendo negativas e desagradáveis. No entanto, existe a

atração pelos consumos, sendo os seus efeitos encarados como positivos. Esta ambivalência é abordada no PARET:

“RET advocates that therapists work to discover clients` emotional behavioral and social problems (Cs) and work to change them by changing the thoughts, feelings and actions from which they result. While most alcoholics wish to continue to drink, they do not want the aversive consequences and problems attendant upon their drinking” (Ellis et al., 1988, p. 13).

Constatamos a veracidade a ambivalência desta afirmação na nossa população, que muitas vezes pretende manter o padrão de consumos, mas sem as consequências negativas:

Utente (U): *“Boa tarde Dr Carlos”.*

Terapeuta (T): *“Boa tarde X. Sabe porque é que o chamei?”*

U: *“Sei, o Dr. Vai-me expulsar, não vai?”*

T: *“Sim. Sabe que comportamento violento não é tolerado dentro do programa, por isso lamento, mas vou ter de o retirar do mesmo”.*

U: *“Eu já sabia, tinha dito aos meus colegas que sabia o que fiz e sabia que o Dr. Carlos não me ia perdoar. São as consequências”.*

A expressão “são as consequências”, reforçam o foco da nossa intervenção. Os comportamentos geram consequências. E os comportamentos negativos apresentam maiores probabilidades de gerarem consequências negativas. Esta abordagem servia-nos para a consciencialização das consequências dos comportamentos individuais, relativamente ao comportamento aditivo, e ao desviante. Isto, porque, voltando a Ellis e ao modelo REBT, os consumos, juntamente com as crenças irracionais, apresentam vários tipos de reforços como por exemplo, as crenças de que o álcool reduz a tensão, melhora a performance social, e previne o desconforto emocional, o que pode estar na origem da aprendizagem para a iniciação e manutenção do padrão de consumos mal adaptativos (Ellis et al., 1988). Neste sentido, Marlatt (1983), referiu que muitos dependentes recaem, quando confrontados com acontecimentos desagradáveis. Frequentemente estes referem o recurso aos consumos psicoativos *“To feel numb or just to escape”* (Marlatt, 1983, Cit in, Ellis et al., 1988, p. 31).

A negação pode ser mantida durante longos períodos, porque existe uma distorção da realidade, e porque o dependente, não se revê como tendo um problema, ou problemas associados aos consumos. Esta situação decorre da falta de tolerância à frustração que justifica os consumos, e o evitamento de qualquer tipo de desconforto, porque os consumos permitem-lhes continuar a funcionar num registo anestésico (Ellis et al., 1988). O confronto com esta situação só ocorre quando: *“They may lose a job, a place to live, be alone, not have food, or be in jail. Then, they cannot escape by intoxication and may admit there really is a problem”* (Ellis et al., 1988, p. 33).

Questionamos, e que melhor local do que num EP, para trabalharmos a questão da recuperação das dependências? A prisão, como referiu Ellis na citação anterior.

2.3.1. Distorções cognitivas: os riscos da sobregeneralização e da rotulagem

“Prisons are social communities where people commonly conform to normative institutional and cultural values and ideologies”. (Viggiani, 2012, p. 271).

Frases como: *“Os reclusos são todos iguais” “Só querem consumir” “São todos uns enganadores”*, são referenciadas de forma recorrente no ambiente prisional, pelos mais diferentes membros do *staff* prisional, não se inibindo de as referenciar diante dos indivíduos em reclusão.

A população em contexto de reclusão, muitas vezes auto referencia-se de modo desindividualizada, anónima e grupal. As referências ao próprio, como *“nós”* ou *“os reclusos”*, são comuns. Esta reconstrução identitária coletiva e grupal encontra-se associada à subcultura prisional. Compreensivelmente, este fenómeno é extensível à população toxicod dependente, sendo estes auto-referenciados como *“somos toxicod dependentes”*. A presença destas distorções cognitivas, recorrentes e transversais, levantaram-nos várias questões e reflexões.

- A forma como o *staff* prisional encara a população em reclusão, e ao mesmo tempo, até que ponto não enviesada a forma como interagem com estes e, como os avaliam?
- De que modo a incorporação destas distorções cognitivas condiciona a forma como a população em reclusão incorpora esta visão pessimista e sobregeneralizada – dificultando a evolução terapêutica – o que pode ser um

factor desculpabilizante face aos seus comportamentos aditivos, e à sua responsabilidade pessoal?

- De que forma esta visão pode “contaminar” a nossa postura profissional?

Para respondermos a estas questões, vamos abordar as mesmas de forma diferenciada.

Em primeiro lugar, a forma como o *staff* encara a população reclusa.

No EP, a população reclusa é encarada de forma impessoal, parte integrante do grupo como um todo. Justificada pelo fenómeno da “(...) *impersonalization (...) our inmates have been conditioned to this general type of relationship before they came to prison, and the organization of the penitentiary facilitates the continuances of such roles*” (Clemmer, 1940, p. 85).

Esta impersonalização, faz parte da comunicação que se estabelece no EP, entre os indivíduos em reclusão, e com quem interagem: “...*the techniques of communication which lead to, and at the same time are, the social relationships between prisoners themselves, between prisoners and persons without walls*” (Clemmer, 1940. p. 83).

Uma parte integrante do fenómeno da prisionização, de acordo com Clemmer (1940) passa pelo rótulo de “*Acceptance of an inferior rôle*” (p. 300), dos indivíduos em reclusão: “*Every man who enters the penitentiary undergoes prisionization to some extent. The first and most obvious integrative step concerns his status. He becomes at once an anonymous figure in a subordinate group*” (p. 299).

Consideramos que a prisionização, é extensível, aos indivíduos em reclusão, e o *staff* prisional. Esta reciprocidade interativa condiciona a forma como são encarados os indivíduos reclusos, rotulados como um grupo homogéneo de toxicodependentes.

No que concerne à população em reclusão, apresentam características similares, resultado da prisionização, os relacionamentos interpessoais destes são caracterizadas como “*It is a world of individuals whose only relationships are impersonalized*” (Clemmer, 1940, p. 298), mais, o vocabulário por estes empregue é o resultado dum processo de aprendizagem: “*The use of the vocabulary results from a learning process. Our prisoners use these words because former prisoners used them, and how the language is handed down*”(Clemmer, 1940, p. 90) sendo através da linguagem institucionalizada que se

estabelece a cultura prisional “...prisons, like other social groups, has a culture” (Clemmer, 1940, p. 85).

Para estes últimos, podemos considerar que este fenômeno cultural é parte integrante das distorções cognitivas. Fazemos um breve enquadramento de distorções cognitivas, tal como indicadas por Aaron Beck, referem-se à crença num padrão de pensamentos, marcado pela conceção irracional dos mesmos. A constatação da existência de distorções cognitivas, tal como teorizado (Pretzer & Beck, 1996) referem-se a distorções ao nível do pensamento, que indiciam falhas nos processos cognitivos, sendo estas disfuncionais e associadas à memória e interpretação dos acontecimentos.

De acordo com a nossa experiência, parece-nos transversal a existência de duas distorções cognitivas; Sobregeneralização e a rotulagem.

A sobregeneralização, tal como o próprio nome indica, refere-se a uma tendência a sobregeneralizar as situações ocorridas, do particular para o geral. Sobregeneralização: Neste erro cognitivo o utente parece dizer: “*Overgeneralization seems a normal (through foolish) part of the human condition. Thus, you easily start with a sensible observation, “I failed at that test,” and then you overgeneralize to “I will always fail; I have no ability to succeed at it.”*” (Ellis, 1977 p. 19).

No caso da Rotulagem, aplica-se um rótulo cognitivo geral e global, ao indivíduo, mesmo que se refira a uma situação ou acontecimento em particular. Como exemplo desta podemos indicar; “*I am the center of everyone`s attention – especially my bad performances. I am the cause of misfortunes*” (Marlatt, 1985, p. 251). Estas distorções ou erros cognitivos foram referenciados por Beck como sendo “*pressupostos depressnogênicos*” (Marlatt, 1985, p. 251) que podem conduzir a erros cognitivos, em indivíduos depressivos. No entanto, verificamos a existências destas de forma similar no caso de indivíduos toxicodependentes, e na forma como os outros os percecionam.

De acordo com Marlatt, (1985), nos casos de recaídas, verifica-se a existência destas distorções cognitivas. A nossa intervenção passa por algumas considerações específicas, e preparados para disputar ativamente estas distorções. Como exemplo das mesmas, apresentamos um excerto de intervenção terapêutica no PARET:

Utente (U): “*Ô Dr. Nós vamos ser sempre uns toxicodependentes.*”

Terapeuta (T): “*Vão? Sempre? Todos? Vocês nasceram toxicodependentes?*”

(U): “Não.”

(T): *“Nasceram na condição de seres humanos e não como toxicodependentes. Então se não nasceram toxicodependentes, podem deixar de o ser. É por isso que estão aqui, é para isso que estamos aqui.”*

(U): *“Tem razão Dr.”*

Esta disputa é integrada no espírito interventivo do modelo RET, de Ellis. A construção de que a mudança é possível, e de que o comportamento (negativo) apresentado no passado, não tem de ser um castigo simbólico e permanente.

2.4. Investigação: O que podemos constatar com a prática profissional?

“Rather than being involved in advising senior management, training prison staff, assessment or treatment, ideally the major task of prison psychologists should be research”. (Farrington, 1980 p. 857).

A citação de Farrington sempre fez todo o sentido. O manancial de informação que pode ser trabalhado e recolhido em contexto prisional é incalculável. No entanto, por motivos vários não é o que se verifica, levando-nos concordar com Farrington. Visando, em primeiro lugar publicar estudos pertinentes para a área e, em segundo lugar, recolher informação que nos permitisse caracterizar a “população PARET”, propusemo-nos a recolher informação, aplicando questionários sócios demográficos, escalas e testes de personalidade, numa fase inicial, e em momentos diferentes aos utentes PARET.

A metodologia foi similar em todos os momentos: (i) O tempo de presença em PARET foi definido como mínimo de trinta dias; (ii) Foi garantida a confidencialidade de informação em todos os momentos da recolha de informação; (iii) a participação era voluntária; (iv) Previamente ocorria uma sessão de esclarecimentos quanto à finalidade e aplicação das escalas; (v) A aplicação dos instrumentos foi efetuada em contexto grupal; (vi) Obtivemos autorização para a aplicação de todas as escalas adaptadas, aferidas e construídas, para a população portuguesa. O critério temporal (vii) foi definido por ser um período de tempo em que considerávamos estar debelado o síndrome de abstinência primária e ao mesmo tempo, pensávamos nós, estarem criadas as bases da aliança terapêutica com o grupo.

2.4.1. MMPI-2

A aplicação do instrumento de avaliação psicológica *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), publicado inicialmente em 1942 por Hathway e McKliney, criado para a identificação de desordens do foro psiquiátrico. Ao longo do tempo, sofreu várias revisões, sendo considerado um teste com validade clínica, sendo aceite a sua empregabilidade com a população toxicodependente (Manita, 2002). Este apresenta dez escalas clínicas (Hipocondria; Depressão; Histeria; Desvio Psicopático; Masculinidade-feminilidade; Paranóia; Psicastenia; Esquizofrenia; Hipomania; Introversão Social), oito escalas de validade, trinta e uma subescalas clínicas, quinze escalas de conteúdo, vinte e sete de componentes e vinte e cinco escalas suplementares (Manita, 2002). Apresenta 567 questões de resposta verdadeiro ou falso (Galli, Pozzi, Frustaci, Allena, Anastasi, Chirumbolo, Ghiotto, Guidetti, Matarrese, Nappi, Pazzi, Quartesan, Sances, Tassorelli, 2012). Considerado o instrumento mais utilizado para acedermos à personalidade dos toxicodependentes (Craig, 1979; 1982a; 1982b. *Cit in* Craig, 1984). Estas informações motivaram-nos para a aplicação do MMPI-2 aos indivíduos alocados ao programa PARET. Para tal, seleccionamos trinta (30) indivíduos, com período de permanência mínima de trinta dias no programa.

Os resultados das escalas de validade encontram-se expostas na tabela 1:

Tabela 1: Resultados MMPI-2 das escalas de validade

Escala MMPI			
Número	F	L	K
1	4	2	20
2	9	4	23
3	10	9	21
4	4	3	37
5	6	5	21
6	7	2	25
7	7	2	31
8	18	9	18
9	8	4	13
10	7	4	18
11	6	2	38
12	16	2	18
13	9	4	23
14	12	5	13
15	10	5	15
16	12	2	16
17	8	0	16

18	10	1	12
19	12	5	18
20	11	6	10
21	8	5	19
22	12	7	9
23	8	3	30
24	6	3	20
25	5	1	31
26	12	6	16
27	2	1	27
28	12	4	24
29	8	3	19
30	9	2	21

Os resultados das escalas de validade são explorados com todo o detalhe no anexo 2.

Na altura, os resultados sugeriam a invalidade dos testes, mas foram considerados pertinentes para a nossa intervenção. Serviram para perceber que trabalhamos com população toxicodependente, em contexto desviante, sendo expectáveis estes resultados, o que serviu de base para;

- Ajustarmos a nossa expectativa à população com que trabalhávamos.
- Recalibrarmos as nossas cognições, ajustadas ao contexto em que nos inseríamos, e ao tipo de população com a qual trabalhamos.
- Repensarmos a construção da aliança terapêutica.

Tendo em mente as características desta população, impunha-se o estabelecimento de uma aliança terapêutica ajustada e de confiança. Impunha-se a reflexão.

2.4.2. Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é a versão portuguesa do *Brief Symptom Inventory* (BSI) de L. Derogatis em 1982, adaptado por Canavarro (1999) visa avaliar três índices gerais, indicadores de perturbação emocional e nove dimensões primárias: (i) Somatização; (ii) Obsessões-Compulsões; (iii) Sensibilidade Interpessoal; (iv) Depressão; (v) Ansiedade; (vi) Hostilidade;(vii) Ansiedade Fóbica; (viii) Ideação Paranóide; (ix) Psicoticismo.

Índices gerais:

- Índice Geral de Sintomas (IGS): Representa o mal-estar experienciado de acordo com o número de sintomas pontuados.
- Índice de Sintomas Positivos (ISP): Revela a intensidade média dos sintomas assinalados.
- Total de sintomas Positivos (TSP): Indica o número de queixas sintomáticas referenciadas. Revelam a complexidade da sintomatologia assinalada.

População-alvo:

O BSI pode ser aplicado a uma ampla franja populacional. Desde doentes psiquiátricos, até à população geral. O tempo de aplicação previsto situa-se entre os 8 a 10 minutos, com uma escala de pontuação likert, entre os 0 a 4 de pontuação. É de referir, que revela um indicador de sintomatologia psicopatológica e de bem-estar emocional, mas não revela por si só um diagnóstico de personalidade (Canavarro, 2007).

O estudo de Almeida, Vieira, Almeida, Rijo e Felisberto (2005), com população toxicod dependente entre os 17 – 45 anos de idade, revelou resultados inferiores aos estudos de validação emocional do instrumento para a população com perturbação emocional, mas superiores aos índices de população não-clínica (Canvarro, 2007). A sua aplicação tem-se revelado válida para amostras de indivíduos com comportamentos aditivos (e.g. Blume, Schmalting, & Marlat, 2001; Robinson, Brower, & Gomberg, 2001, cit in, Canavarro, 2007, p. 325). Reforçados pela informação acima exposta, avançamos com a aplicação do inventário a vinte indivíduos integrados em PARET. Os resultados encontram-se expostos na tabela 2:

Tabela 2: Resultados BSI

BSI		
Escalas	Média	Média de população com perturbações emocionais (Adaptado de Canavarro, 1999)
Somatização	4.9	1.355
Obsessão-compulsão	7.85	1.924
Sensibilidade interpessoal	4.75	1.597
Depressão	8.8	1.828
Ansiedade	6.75	1.753
Hostilidade	4.85	1.411
Ansiedade fóbica	3.45	1.020
Ideação paranoide	5.85	1.532
Psicoticismo	6.4	1.403
Inválidos	6.4	

Soma de itens	59.75	
IGS	1.13	1.430
TSP	29.25	37.349
ISP	2.086	2.111

A análise das escalas mais relevantes pode ser constada no anexo 3.

A presença num EP, inseridos num programa de desintoxicação, podem a nosso ver reforçar esta pontuação. Referimos a elevada pontuação a Obsessão-compulsão, o que pode estar associado a *“cognições, impulsos e comportamentos que são percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral”* (Canavarro, 1999, p. 305).

A toda esta informação, parece-nos facilmente condicente com a situação de reclusão, à qual associamos a pontuação elevada na escala Obsessão-compulsão à privação de substâncias psicoativas.

2.4.3. Escalas de vinculação EMBU

Para avaliar a memória da infância, nasceu o EMBU.

Que nas palavras de Canavarro (1996): *“O Embu é atualmente um dos dois questionários mais referidos na literatura, de entre os instrumentos para avaliar as memórias que os adultos possuem das práticas educativas ocorridas durante a sua infância e adolescência”*. (p. 5).

A versão portuguesa da escala EMBU, foi denominada de *Memórias de Infância*, (versão reduzida). A sua denominação original deriva das siglas referentes às autoras da versão original Sueca: Eгна Minnen av Barndorms Uppfostram (EMBU) (Canvarro, 1996). A primeira versão do Inventory for Assesing Memories of Parental Rearing Behaviour (EMBU) foi elaborada por Perris, Jacobson, Lindstrom, Van Knorring, e Perris em 1980, procurando medir a recorrência de comportamentos ocorridos em certas práticas educativas (parentais) no período que compreendia a infância e adolescência do indivíduo avaliando, separadamente as práticas educativas da mãe e do pai, em relação às memórias que o indivíduo (adulto), refere (Canavarro, 1996). Emprega uma escala Likert de auto-resposta de quatro pontos.

Arrindell et al., (1994), efectuaram uma análise factorial com rotação varimax os 81 itens, concluindo que 64 itens se distribuíam por quatro dimensões, a saber: Rejeição, Suporte Emocional, Sobreprotecção e Preferência em relação aos Irmãos, (Canavarro, 1996). A versão portuguesa ficou com 23 itens adaptados para Portugal por Canavarro (1996).

Os 23 itens avaliam três factores conceptuais distintos; (i) Rejeição; (ii) Suporte Emocional; (iii) Sobreprotecção; (Canavarro, 1996).

A escala, versão portuguesa apresentou bons resultados para a estabilidade temporal, e para a validade de constructo, da versão portuguesa, relativamente à versão longa (Canavarro, 1996). É ainda de referir que o item 21, não apresenta validade interna para as práticas parentais (Canavarro, 1996).

Finalmente, Clayer, Campbell e Ross (1984) verificaram a existência de correlações significativas entre os factores do inventário e as escalas de Neuroticismo, Psicoticismo e de Extroversão, do Questionário de Personalidade de Eysenck (Canavarro, 1996).

Esta escala foi aplicada a vinte utentes da população integrada no PARET.

Os resultados foram os seguintes:

Tabela 3: Resultados do EMBU

EMBU				
Factores	Média		Média EMBU (Canavarro, 1996)	
	Mãe	Pai	Mãe	Pai
Suporte Emocional	0.45	8.15	19.344	18.059
Rejeição	0.25	6.55	13.530	11.069
Sobreprotecção	8.05	7.05	16.233	13.517

Uma breve análise da escala encontra-se exposta no anexo 4

2.4.4. Análise qualitativa da escala IPQ-R Versão portuguesa

Para finalizar, empregamos a versão portuguesa da escala IPQ-R, que é uma escala de saúde, sobre a doença. Para o emprego desta passamos previamente a seguinte indicação a vinte utentes do PARET a seguinte indicação: “Na aplicação da IPQ-R (versão

Portuguesa) dever ser entendido doença como toxicodependência. Obrigado pela atenção!”. Focamos a nossa atenção especificamente na indicação dos utentes nas três causas que consideravam estarem na origem da sua doença (toxicodependência). Dezanove elementos responderam à mesma, um elemento não preencheu, sendo as opções de resposta principais categorizadas nas seguintes opções:

Tabela 4: Análise das respostas qualitativas de origem da doença IPQ-R

IPQ-R	
Categorias	Total
Desgosto	11
Companhias	9
Problemas (familiares)	5
Curiosidade	4
Stress ou preocupação	3
Auto-conceito	2
Ambiente	2
Solidão	2

A análise às respostas encontra exposta no anexo 5.

Discussão de Resultados

Estes resultados, interpretados individualmente ou na sua totalidade, encontram-se repletos de informação relevante. Assim referimos a indicação de presença de sintomatologia psicopatológica acima da população dita normal (BSI), a tendência a apresentarem uma imagem negativa de si próprios (MMPI-2), com memórias vinculativas da infância caracterizadas por ausência de suporte emocional da mãe (0.45), rejeição paterna (6.55), e uma tendência geral à sobreproteção dos pais (8.05 – mãe e 7.05 - pai). Salientamos que na globalidade as pontuações de respostas da nossa amostra serem claramente inferiores à da população representativa da amostra de validação do EMBU para a população portuguesa. A estes, acrescentamos as respostas qualitativas ao IPQ-R, versão portuguesa, indicador de dificuldades, por parte da nossa amostra, em lidar com sentimentos, e problemas. A totalidade destas informações servia-nos como base para pensarmos na intervenção terapêutica de forma ponderada e eficaz. Um modelo interventivo focado em emoções, cognições, e na construção dum ambiente e de uma relação terapêutica securizante.

2.4.5. Intervenção eclética e a justificação da mesma

A evolução terapêutica foi o resultado da nossa aprendizagem prática e da recolha de informações bibliográficas. Resumidamente, a intervenção no PARET foi estabelecida com base no modelo REBT de Albert Ellis, de acordo com a informação anteriormente exposta. Para além da mesma acrescentamos a necessidade de trabalharmos com várias condicionantes, como é o caso do tempo limitado de intervenção. Neste aspeto específico, a componente psicoeducativa exercida de forma ativa e diretiva, pelo modelo REBT (Ellis, 1977), é uma excelente opção. No entanto, referimos a empregabilidade de outras correntes como é o *behaviorismo*, aplicado ao funcionamento do quotidiano PARET, e até na exploração de situações de risco para os consumos, gatilhos ativadores e mecanismos de proteção face aos mesmos.

Passamos a explicar que a aplicação do estímulo–resposta, encarado numa lógica de comportamento–consequência, é muito útil quando aplicado a questões do foro da logística quotidiana, como a higiene pessoal e do espaço, alimentação, recreio e até regras de civismo. O que pode parecer senso comum revelava-se essencial para a estruturação de indivíduos altamente degradados, ao ponto de não terem rotinas produtivas em meio livre, nem horários de higiene, de alimentação, etc. A obrigatoriedade de cumprimento das mesmas, visa a aquisição de regras de civismo, fundamentais para a estruturação de vida funcional, visando assim, por um lado, trabalhar o cumprimento de regras em meio social, e por outro, como forma de avaliar a motivação para a recuperação do indivíduo. A rigidificação das regras, parte integrante da nossa “postura terapêutica”, estava relacionada com a noção clara de que o indivíduo toxicodependente em contexto prisional pode apresentar tendência à passividade e ao comportamento manipulador³ (Filipe-Saraiva, 2016), face à terapia, bem como uma certa inadaptação às regras do PARET. Logo é importante criar a ideia da necessidade do compromisso, através de uma postura frontal, e assertiva, condicente com os ensinamentos de Ellis (1977), e ao mesmo tempo rígida, visto termos a noção de que, o nosso comportamento, a nossa atitude é um elemento com impacto na relação terapêutica e na resposta ao tratamento da população toxicodependente (Miller, 1985).

Todos estes elementos interagem e formam a relação, e o contexto terapêutico, tão importantes num ambiente desviante.

³ Fazemos a ressalva que o comportamento manipulador do indivíduo em reclusão pode estar associado ao ambiente prisional, ao código da prisionaização, conivente com o comportamento desviante, e não com características intrínsecas à personalidade do indivíduo integrado no PARET.

Acrescentamos a estes dados, a importância de outro fator, a motivação para a mudança.

Neste ponto, seguimos os ensinamentos de Miller e Rollnick, (2007). Com base no trabalho destes autores, realçamos três pontos que consideramos serem pertinentes na nossa intervenção;

- (i) A motivação para a mudança de comportamentos aditivos;
- (ii) A ambivalência face à mesma;
- (iii) Por último a resistência terapêutica.

(i) A motivação para a mudança de comportamentos aditivos.

Focamo-nos na ideia que constatamos em contexto terapêutico, o mais difícil não era a cessação de consumos, o mais difícil é manter a abstinência dos mesmos. Tínhamos a noção de que a motivação para a mudança é variável. O que de acordo com as palavras de Miller e Rollnick (2007): *“Largar uma droga, reduzir o consumo de álcool ou perder peso é um passo inicial, seguido pelo desafio de manter a abstinência ou a moderação”* (p. 33). Ou seja, a motivação para a mudança é variável, e depende de vários fatores. Neste caso, é muito importante a nossa avaliação em contexto terapêutico. Qual é a motivação individual? Passa pela abstinência temporária, ou permanente? Reforçado por que tipo, ou tipos de variáveis? Todos estes aspetos são pertinentes. Então como proceder? Visto o programa apresentar uma forte componente grupal em contexto punitivo, passava por uma estratégia-base focada no ambiente prisional; a forma como os utentes encaravam a privação de liberdade, no seguimento de intervenção focada nos comportamentos-consequências, e ao mesmo tempo avaliar os fatores protetores face aos consumos.

(ii) A ambivalência face à mesma.

A ambivalência, ou o *“Quero, mas não quero”* (Miller & Rollnick, 2007, p. 48), é um aspeto marcante na relação entre o indivíduo toxicod dependente e a sua dependência.

“(…), muitas vezes reconhecem os riscos, os custos e os danos envolvidos em seu comportamento. Ainda assim, (...) são muito apegados e atraídos ao comportamento adictivo por várias razões. (...) Eles querem beber (ou fumar, ou vomitar, ou jogar), mas não querem. Eles querem mudar e não querem” (Miller & Rollnick, 2007, p. 49).

Então o que fazer? Sucintamente trabalhar a “*balança decisional*” (Miller & Rollnick, 2007 p. 52), reforçando os custos e benefícios de cada situação (abstinência vs consumos) (Miller & Rollnick, 2007 p. 53). Neste ponto o grupo pode revelar-se um aliado poderoso ou um inimigo destrutivo. Esta relação deve ser avaliada com atenção e termos uma postura atenta, incisiva, com intervenções pontuais e assertivas, mantendo o enfoque em que aceitamos as atitudes dos nossos utentes, mas não podemos reforçar comportamentos que seja claramente auto ou hetero-lesivos.

Acrescentamos um sub-ponto, por nós verificado. A negação, condizente com os postulados de Miller e Rollnick, (2007). Com o passar do tempo, verificamos que os nossos utentes afirmavam verbalizações como; “*drogas nunca mais*”, “*nem me passa pela cabeça*”, etc. Confessamos, era o que queríamos ouvir enquanto terapeutas, no entanto, tal não correspondia à verdade. Neste ponto tínhamos de trabalhar a sinceridade no *setting*, permitirmos aos utentes a liberdade, para deixar fluir os seus pensamentos, (de forma idêntica ao modelo de Ellis). Ou seja, evitar atitudes que se assemelhe a um ataque às cognições pessoais mas sim, deixar que a relação flua, num diálogo sereno que devolva aos utentes a responsabilidade pelas crenças e comportamentos tidos, evitando a resistência destes (Miller & Rollnick, 2007).

Sentimos que existia uma mudança, quando os nossos utentes começavam a verbalizar que queriam consumir. De tal modo, que transcrevemos um excerto nesse sentido, em contexto grupal:

Terapeuta (T): “*...Meus senhores, peço então que digam como se sentem neste momento, o que vos passa na cabeça, no aqui e no agora*”.

Utente1 (U1): “*Dr., eu estou bem, não quero consumir, nem me lembro da droga...*”

Utente2 (U2): “*(Para utente1) Olha, podes dizer a verdade, podes dizer que queres consumir, o Dr. Não se importa, a sério.*”

Esta situação foi por nós encarada como um ponto de viragem fundamental para o estabelecimento da aliança terapêutica e para o reforço da intervenção.

(iii) A resistência terapêutica.

A resistência à mudança é um facto incontestável. A noção de que a mudança de comportamentos que anteriormente assumiram aspetos centrais na vida pessoal, não é tarefa fácil. Esta acarreta sentimentos assustadores, implica alterações de vida, companhias,

atitudes, comportamentos e mesmo rotinas ambientais, não é claramente uma tarefa nem desejável, nem agradável. Logo, a resistência pode acontecer. Neste aspeto é muito importante termos a noção de que *“A argumentação é contraproducente. Defender gera atitudes de defesa. A resistência é um sinal para a mudança de estratégia. A rotulação é desnecessária”* (Miller & Rollnick, 2007, p. 67).

Jay Haley referiu o *“judô psicológico”* (Cit in., Miller & Rollnick, 2007, p. 67), ou seja, jogar com a argumentação e consequentes desequilíbrios desencadeados por esta, nunca personalizando a verbalização dos utentes, mantendo o foco terapêutico, na sessão, no *setting* na interação simbólica. Como exemplo desta situação podemos transcrever:

Utente1 (U1): *“Para mim, consumos nunca mais, mas quando chegar lá fora vou fumar um caneco.”*

Terapeuta (T): *“Disse que consumos nunca mais, mas quando chegar lá fora, vai fumar um caneco, isso não é ir consumir?”*

(U1): *“Não, é só para me despedir, não é para voltar aos consumos”.*

Utente2 (U2): *“(Para utente1) Então estás aqui este tempo todo sem consumires e dizes que vais consumir mal chegues lá fora, estás a enganar a quem? Vais é recair!”*

(U1): *“Não! É só um caneco!”.*

(U2): *“E depois? Quantos mais vais fumar? Vais é recair.”*

Visávamos evitar o erro de estabelecer algum tipo de confrontação da nossa parte visto que desta podem resultar resultados prejudiciais (Lieberman, Yalom & Miles, 1973, Cit in., Miller & Rollnick, 2007, p. 24), sendo até prejudicial para aqueles que apresentem baixa autoestima (Annis & Chan, 1983, Cit in., Miller & Rollnick, 2007, p. 24). Acrescentamos a estas informações, a blindagem ao nível dos mecanismos de defesa dos indivíduos alcoólicos, nomeadamente ao nível da regressão, racionalização, negação, e até projeção (Ruth Fox, 1967 Cit in., Miller & Rollnick, 2007, p. 25), as quais constatamos existirem na generalidade da população dependente.

De acordo com a nossa perspetiva, a confrontação direta é, claramente, um erro. No entanto, em certos momentos efetuamos algo que designamos por *“confrontação simulada”* com efeitos arriscados para o indivíduo, mas benéfica para o grupo. Ou seja, por exemplo, suspeitas de introdução de substâncias psicoativas no programa:

Utente1 (U1): *“Dr. O X pediu à mulher para trazer droga pela visita, ela vinha nas fraldas do filho. Nós ouvimos a conversa!”*

UtenteX (UX): *“Não é verdade Dr. Acha que eu fazia uma coisa dessas?”*

Terapeuta (T): *“(Para UX) Meu caro estou certo que não ia fazer uma coisa dessas. Mas, vamos imaginar que o tinha feito, tinha pedido à mulher para trazer droga nas fraldas*

do seu filho, não estou a dizer que disse, vamos imaginar! Nesse cenário UX, que raio de marido, pai, e homem era você para fazer uma coisa dessas?”

(UX): (Silêncio).

Finalizamos esta parte, revelando que considerando as limitações ao nível de auto-conceito e de auto-estima que a nossa população pode apresentar, trabalhávamos o reforço positivo, suportados pela literatura que refere “*As expectativas do próprio terapeuta quanto às chances de recuperação de um paciente podem ter um forte impacto no resultado*” (Leake & King, 1977; Parker, Winstead & Willi, 1979, Cit in., Miller & Rollnick, 2007, p. 68).

Admitimos que a mudança é possível, sendo relevante demonstrarmos que acreditamos na capacidade de recuperação dos nossos utentes, através da nossa comunicação, atitudes e comportamentos. A transmissão de confiança reforça a crença de que são capazes, reforçado pelo lema do PARET; “*Tu consegues, com a ajuda de todos*”.

2.4.6. Caraterísticas do psicólogo clínico e da sua intervenção específica no PARET.

“Accept the fact that you are and will always be, in some essential respects, alone in this world-and that it is usually good to be responsible for your own decisions” (Ellis, 1994, p. 125).

A informação que apresentámos anteriormente parece-nos suficiente para ilustrar as dificuldades inerentes ao trabalho profissional no contexto prisional, no entanto, encontram-se longe de fazerem justiça à carga emocional e até cognitiva.

Desde cedo percebemos que não era adequado, ético, nem profissional, o envolvimento emocional próximo com qualquer elemento neste tipo de contexto. O psicólogo em contexto prisional é um profissional que estabelece relações cordiais, positivas e suportivas com todos os intervenientes. O distanciamento protege-nos de enviesamentos desnecessários e suscetíveis a pré-conceitos ou outro tipo de contágios emocionais, indesejáveis e desnecessários à prática profissional.

Ao mesmo tempo a noção da evolução pessoal e profissional estiveram sempre a par. Tivemos sempre presente a noção de que devíamos aceitar as (diferentes) atitudes por parte de todos os intervenientes e somos a melhor classe profissional para observar e compreender as interações humanas. Neste ponto, seguimos a ideologia filosófica de Myamoto Musashi,

(1644) postulada no seu livro *“The book of Five Rings”*, Musashi referindo-se à ideologia de foro marcial, mas, na qual encontrávamos aplicabilidade:

“1. Do not think dishonestly. 2. The Way is in training. 3. Become acquainted with every art. 4. Know the Ways of all professions. 5. Distinguish between gain and loss in worldly matters. 6. Develop intuitive judgement and understanding for everything. 7. Perceive those things which cannot be seen. 8. Pay attention even to trifles. 9. Do nothing which is of no use”. (Musashi, 1644, p. 11).

Estes ensinamentos fazem parte da nossa filosofia e da nossa intervenção. Assumirmos de forma consciente a necessidade de sermos honestos e congruentes connosco próprios, com a necessidade de refletirmos e de evoluirmos continuamente.

Assim, destacamos as seguintes qualidades, que consideramos serem necessárias para a prática da psicologia neste contexto específico:

- **Compreensão pelas condicionantes ambientais**

Pelo que demonstrámos, este não é um contexto fácil de trabalhar. Por conseguinte, a importância de sermos o elemento, que escuta para além do discurso verbal, que explora o mundo simbólico, que diferencia, que compreende e que potencializa a mudança. A noção de que a recaída pode ocorrer entre 40% a 60% dos consumidores (drugabuse.gov, 2000), implica que temos de ser realistas e aceitar as várias facetas da dependência, sem nos deixarmos envolver por variáveis potenciadoras de frustração. Dentro destas incluímos as desistências ou fracassos terapêuticos, a desmotivação para o tratamento. É de forma consciente que temos de saber superar a frustração.

- **Sermos autênticos e congruentes**

A autenticidade e congruência interna, passa pela prática de auto-análise, analisarmos da transferência e contratransferência, bem como os nossos sentimentos e cognições. O modo como nos relacionamos com os outros transmite essa mesma forma de estar. Não nos podemos esquecer que num ambiente paranóide e esquizóide, a postura e o comportamento que apresentarmos é observado pelos outros, logo, avaliado. A congruência revela aspetos do relacionamento terapêutico que na nossa opinião têm de ser transparentes. A aliança terapêutica estabelece-se quando existe confiança, quando os utentes consideram previsíveis as normas terapêuticas encontradas.

- Aceitação positiva

Termos a consciência de que não podemos forçar a mudança de comportamentos. Esta pode ser potenciada mas deve ser decidida pelo próprio, tal como referenciando: *“Reinhold Niebhur said, do your best to change what you can change, to have the serenity to accept what you cannot change, and to have the wisdom to know the difference”* (Ellis, 1994, p. 129). Aceitarmos a capacidade de compreender o que podemos, ou não fazer, e que o utente, tem o papel de decidir o que quer na sua vida, incluímos essa capacidade e essa aceitação (Ellis, 1994). O que pode parecer uma redundância, mas, é imperioso aceitar que as escolhas, atitudes e comportamentos de cada um, são escolhas pessoais, logo temos de as aceitar (mesmo que discordemos destas), No entanto, não podemos obrigar à mudança comportamentos nem de atitudes. Ressalvamos, a necessidade de trabalharmos a consciencialização das consequências, visto estas serem inexoráveis.

- Profissionalismo

Refere-se entre outros aspetos à atualização de conhecimentos, na procura de evolução, cumprimento dos critérios éticos e deontológicos emanados do Código de Ética e Deontologia da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2016), aplicação e intervenção de técnicas psicológicas adequadas e estruturadas para a evolução do utente, procurar realizar investigação, etc.

- Resiliência.

Mediante a informação anteriormente exposta, facilmente podemos compreender a importância da capacidade de sermos resilientes, ou seja, resistentes às inúmeras variáveis que minimizam ou condicionam o sucesso terapêutico, ou causam o fracasso do mesmo. É de todo importante termos a noção de que não somos seres onnipotentes nem responsáveis exclusivos pela motivação para a mudança de comportamentos, nem para a mudança de condições ambientais e situacionais para que a mesma possa ocorrer. Sabermos ser autênticos connosco próprios e com as condicionantes ambientais é um fator protetor para o nosso equilíbrio. Todas estas referências, fazem parte da necessidade da nossa auto-atualização, da intervenção com critérios éticos, profissionais, e simultaneamente, respeito, pelos utentes, por nós e pela nossa profissão.

CONCLUSÃO

Não podíamos terminar este relatório sem uma reflexão.

De forma sucinta, tentamos explorar os três vértices que na nossa opinião interferem com o trabalho psicológico realizado em contexto prisional; (i) as normas institucionais; (ii) a adaptação à reclusão e à prisionização; (iii) a humanização da intervenção psicológica.

No seguimento da informação exposta na primeira parte, Foucault (1999), abordou de forma pertinente e atual a realidade prisional. Um ambiente propenso, às proibições, ao isolamento; um local de castigo, para os seus habitantes (indivíduos em reclusão) e respetivas famílias. A adaptação ao mesmo, marcado por uma cultura desviante e pelo código da prisionização (Clemmer, 1940), revela-nos a revolta dos seus habitantes, a oposição aos valores normativos da convivência em meio livre social. Um local de sentimentos negativos, como revolta, frustração, medo e raiva, predisponentes à depressão, ansiedade e solidão. A castração social imposta, mitiga, anula e tolda a condição humana, reforçada pelo desindividualização e anonimato ambiental alimentado pelo convívio homo social, até à glorificação da hipermasculinização (Viggiani, 2012).

As manifestações de *burnout* no staff prisional (Senter, Morgan, Serna-McDonald, & Bewley, 2010; Gallavan, & Newman, 2013), são lógicas, como é possível, num ambiente tão inóspito não existir desgaste emocional/psicológico persistente?

Até que ponto, estas manifestações não potenciam a propensão à apatia e indiferença, à desumanização das relações humanas?

Estas questões são reforçadas pela componente social que vigora no ambiente prisional a adaptação individual face ao grupo (Rodrigues, 1998), reforçada pelas teorias originárias da psicologia social, nomeadamente da conformidade social, na formação das normas (Sherif, 1935/1937, Cit in, Myers, 2005, p. 210), pressão do grupo (Asch, 1955 Cit in, Myers, 2005, p. 212), e nos estudos sobre a obediência (Milgram, 1965/1974 Cit in, Myers, 2005, p. 215), bem como as atribuições situacionais (White, 1991, Cit in., Myers, 2005, p. 86), que “*produzem mudanças internas*” (White, 1991, Cit in Myers, 2005, p. 86) em todos aqueles que interagem no ambiente prisional.

A dada altura, questionamos, até que ponto o fenómeno da prisionização se torna contagioso, afeta internamente a população em reclusão, e ao mesmo tempo o *staff* prisional.

No seguimento desta exposição, referimos que a instituição prisional tem como objetivo a punição, visando a ressocialização do indivíduo. Este castigo é claramente marcado pela elevada normatividade imposta nas instituições totais (Goffman, 1987), regulamentadas pelo *staff* prisional, não tendo sido estas geradas de forma a ajustarem-se à intervenção terapêutica, sendo necessário verificar-se o processo inverso, para a adequada prossecução da mesma. Estas questões servem como introdução para o papel do psicólogo neste contexto. O ambiente, claramente perturbante, desviante e paranóide, propício a dificultar a intervenção e o sucesso terapêutico. As condicionantes ambientais, associadas às características de personalidade da população toxicodependente, condicionam o sucesso terapêutico, reforçado com a noção de que o ambiente prisional potencia o uso de substâncias psicoativas (Stark, Herrman, Ehrhardt, & Bienzle, 2006), bem como a noção de que as características ambientais e sociais vivenciadas num EP propiciam a existência de pressões por parte do grupo de pares para os consumos, potenciada pelo ambiente existente no EP propiciar a procura de consumos por parte da população em reclusão, como forma de evasão da monotonia vivenciada no EP (Woodall, 2011).

Assim, tivemos de ajustar a nossa postura e a nossa intervenção à realidade em que trabalhamos. A informação recolhida reforça a consciencialização das fragilidades e limitações de foro social e psicológico da população PARET.

Efetuada o enquadramento ambiental e psicológico, explicadas as noções dos constrangimentos à prática profissional, focamo-nos na postura profissional e nos fundamentos orientadores para a prática profissional, respondendo à questão, como pode o psicólogo intervir de modo ajustado a este cenário?

A nossa intervenção, balizou-se com princípios de conduta e comportamento interpessoal, o respeito e reforço da condição humana, porque estamos a intervir com seres humanos integrados em ambiente prisional, não sendo esta a sua condição, mas sim a sua situação. O respeito, a dignidade, frontalidade, visam criar uma estrutura suportiva proativa para a recuperação das dependências.

O reforço de que o ser humano pode mudar, se procurar ativamente a mudança através da consciencialização das suas atitudes, e consequências e dos seus comportamentos.

A nossa intervenção visa a procura da mudança de comportamentos, com a dotação de estratégias que potenciem esta mudança, mas, no seguimento do trabalho de (Ellis et al., 1988), acompanhamos os nossos utentes neste processo, em conjunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, C. (1997). *Droga-Crime. A experiência portuguesa: programa de estudos e resultados*. Ministério da Justiça.
- Almeida, D., Viera, C., Almeida, Rijo, D., & Felisberto, A. (2005). Toxiocdependência e comorbilidade psiquiátrica: Sintomatologia do Eixo 1 e perturbações da personalidade. *Psiquiatria Clínica*, 26(1), 55-70.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4º Ed*. Lisboa: Climepsi.
- American Psychiatric Association (2013). *O DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Artmed: Porto Alegre.
- Arrindell, W. A., Perris, C., Eisemann, M., Van der Ende, J., Graszner, P., Iwaawki, S., Maj, E., & Zhang, J. (1994). Parental rearing behaviour from a cross-cultural perspective: a summary of data obtained in 14 nations. In Perris, C., Arrindell, W.A., e Eisemann, M. (eds.), *Parenting and psychopathology*. New York, John Wiley & Sons.
- Brazão, N., Motta, C., Rijo, D.,E Pinto-Gouveia, J. (2015). The prevalence of personality disorders in Portuguese male prison inmates: Implications for penitentiary treatment. *Análise psicológica*, Vol. 33(3): pp. 279-290. DOI: 10.14417/ap.975
- Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, pp. 5-18.
- Canvarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M.R. Simões, M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II; pp. 87-109). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, Machado, C., Gonçalves, M. M., & Almeida, L. S. (Eds), *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*. (Vol. III; pp. 305 - 330). Braga: SHO/APPORT.

- Clayer, J. R., Campbell, R. L. & Ross, M. W. (1984). *Child-rearing patterns and dimensions of personality*. *Social Behavior & Personality: an international journal*. Vol. 12 (2), pp. 153-156
- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. Boston: The Christopher Publishing House.
- Craig, R. (1984). A Comparison of MMPI Profiles of Heroin Addicts Based on Multiple Methods of Classification. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 48(2): pp 115 - 120.
- Ellis, A. (1977). Fun as Psychotherapy. Eds. Ellis, A. & Grieger, R. *In Handbook of Rational-Emotive Therapy*. PP: 262-272. New York: Springer publishing company.
- Ellis, A. (1977). Research data supporting the clinical and personality hypotheses of RET and other cognitive-behavior therapies. Eds. Ellis, A. & Grieger, R. *In Handbook of Rational-Emotive Therapy*. PP: 35-71. New York: Springer publishing company.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of Rational-Emotive Therapy. Eds. Ellis, A. & Grieger, R. *In Handbook of Rational-Emotive Therapy*. PP: 3-34. New York: Springer publishing company.
- Ellis, A. (1994). *Reason and Emotion in Psychotherapy. Revised and updated*. New York: A birch Lane Press Book.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1977). *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer publishing company.
- Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R. J. (1988). *Rational-Emotive Therapy with Alcoholics and Substance Abusers*. New York: Pergamon Press.
- Farges, F. (2002). Toxicomania e perturbações mentais: a questão da co-morbilidade. In P. Angel, D. Richard & M. Valleur. *Toxicomanias*. (pp.188-194). Lisboa: Climepsi.
- Farrington, D. (1980). The professionalization of english prison psychologists. *Professional Psychology: Research and practice*, Vol. 11(6). Pp. 855-862.
<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.11.6.855>

- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorders in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, Vol. 359(9306) pp. 545-550. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1)
- Fazel, S, & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 200(5) pp. 364-373. <http://doi/1192/bjp.bp.111.096370>
- Fernandes, L., & Silva, M. (2009). *O que a droga fez à prisão. Um percurso a partir das terapias de substituição opiácea*. Lisboa: IDT.
- Filipe-Saraiva, C. (2016). *“Drogas”: Conhecer para prevenir. A experiência do psicólogo clínico em contexto prisional*. Lisboa: Chiado editora.
- Gallavan, D.B., & Newman, J.L. (2013). Predictors of Burnout among correctional mental health professionals. *Psychological Services*. Vol. 10(1), pp. 115-122. <http://doi.org/10.137/a0031341>
- Galli, F; Pozzi, G., Frustaci, A., Allena, M., Anastasi, S., Chirumbolo, A., Ghiotto, N., Guidetti, V., Matarrese, A., NAppi, G., Pazzi, S., Quartesan, R., Sances, G., & Tassorelli, C. (2012). Differences in the Personality Profile of Medication-Overuse. Headache Sufferers and Drug Addict Patients: A Comparative Study Using MMPI-2. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. Vol. 51(8). Pp. 1212–1227. <http://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.01978.x>
- Gerstley, L.J., Alterman, A. L., McLellan, A.T., & Wood, G.E. (1990). Antisocial personality disorder in patients substance abuse disorders: a problematic diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, Vol. 147(2): 173-178. <http://doi.org/10.1176/ajp.147.2.173>
- Goffman, E. (1987). *Manicômios, Prisões e Conventos*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Gonçalves, R., A. (1993). *A adaptação à prisão. Um processo vivido e observado*. Lisboa: Direcção-geral dos serviços prisionais.

- Gonçalves, R., A. (1999). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão*. Braga: Centro de estudos em educação e psicologia
- Gonçalves, R., A. (2005). *Stress e vitimização em contexto prisional*. In Pinto, A. M., & Silva, A. L. (Coords.), *Stress e bem-estar*. PP: 135-149. Lisboa: Climepsi.
- Grant, J. E., Schreiber, L. R. N., & Harvanko, A. M. (2012). Neurobiology of addiction: Support for a syndrome model of addiction. (Eds.) Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., & Nelson, S. E. (In) *APA addiction syndrome handbook, Vol 1: Foundations influences and expressions of addiction*. pp. 121-146.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1996). *MMPI-2 Inventaire Multiphasique de Personality du Minnesota-2*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Karp, D. R. (2010). Unlocking Men, Unmasking Masculinities: Doing Men`s Work in Prison. *The Journal of Men`s Studies*, Vol. 18(1). pp. 63-83. <http://doi.org/10.31.49/jms.1801.63>
- Koob, G., & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: Hedonic homeostatic dysregulation. *Science* 278(5335), pp. 52-58.
- Lambropoulou, E. (1999). The sociology of prison and the self-referential approach to prison organization and to correctional reforms. *Systems Research & Behavioral Science*. Vol. 16(3) pp. 239-252.
- Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: das estruturas aos processos. *Toxicodependências* Vol 8(3) pp 11-25.
- Marlatt, G. A., (1985). Cognitive Assessment and Intervention Procedures for Relapse Prevention. pp. 201-275. (Eds). Marlatt, G., A., & Gordon, J., R. (In) *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Washington: The Guilford Press.
- Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, Vol. 98(1), pp. 84-107.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2007). *Entrevista Motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. São Paulo: Artmed.
- Myers, D. (2005). *Social Psychology – 8th ed.* New York: McGraw Hill.
- Moreira, N. C. (2008). *Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão*. Coimbra: Quarteto.
- Pagès -Berthier, J. (2002). Personalidade e toxicomania: abordagem psicanalítica. In P. Angel, D. Richard, & M. Valleur. *Toxicomanias*, pp. 179-184. Lisboa: Climepsi.
- Rodrigues, S., S., M. (1998). O trabalho do psicólogo junto ao sistema penitenciário – tratamento penal. *Aletheia*, 7: 35-39.
- Russell, E. W. (1974). The power of behavior control. *Journal of clinical psychology*. Vol. 30(2) PP: 111-136.
- Stark, K., Herrmann, U., Ehrhardt, S., & Bienzle, U. (2006). A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany. *Epidemiology and infection*, Vol. 134(4) pp. 814-819. DOI: 10.1017/S0950268805005613.
- Senter, A., Morgan, R., Serna-McDonald, C., & Bewley, M. (2010). Correctional psychologist burnout, job satisfaction, and life satisfaction. *Psychological Services*, Vol. 7(3) pp. 190-201. <http://doi.org/10.1037/a0020433>
- Torres, A. (2009). *Drogas e prisões Portugal 2001 – 2007*. Lisboa: IDT.
- Torres, A., & Gomes, M. (2002). *Drogas e prisões em Portugal*. Lisboa : IDT.
- Viggiani, N. (2012). Trying to be Something you are not: Masculine performances within a prison setting. *Men and Masculinities* 15(3). 271-291. <http://doi.org/10.1177/1097184X12448464>
- Woodall, J. (2011). "Social and environmental factors influencing in-prison drug use", *Health Education*, Vol. 112 Issue: 1, pp.31-46, doi: <http://dx.doi.org/10.1108/09654281211190245>.

Zocali, R., Ruscatello, M. R. A., Bruno, A., Bilardi, F., De Stefano, C., Felletti, E., Isgrò, S., Micalizzi, V., Micò, U., Romeo, A., & Meduri, M. (2007). Temperament and Character Dimensions in Opiate Addicts: Comparing Subjects Who Completed Inpatient Treatment in Therapeutic Communities vs Incompleters. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5) pp. 707-715. <http://doi.org/10.1080/00952990701522635>

Bibliografia consultada online:

Drugabuse.gov. (S/D). Disponível em: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/treatment-recovery>_Consultado em 09/01/2015.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *Prisons and drugs in Europe: the problem and responses*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison>_Consultado em: 2015/08/25.

Foucault, M. (1999). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/121335/mod_resource/content/1/Foucault_Vigiar%20e%20punir%20I%20e%20II.pdf Consultado em: 2017/01/03.

International Consortium in Psychiatric Epidemiology (Cit in Kuhar, 2014 Coursera Addicted Brain. Emory University).

Instituto de Droga e Toxicodpendência (2009). *Tendência por drogas – Cannabis*. Disponível em: <http://www.idt.pt/PT/Estatistica/Documents/TendenciasPorDrogas09/Cannabis09.pdf> Consultado em 25/04/2011.

Jewkes, Y. (2002). *Captive Audience. Media, Masculinity and Power in Prisons*. Disponível em: <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=5IG3AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=POa4M1XUf5&sig=n->

TKUpTr-UQwqTx6an1CdCRNkBQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Consultado em: 2017/02/27.

National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA) Consortium (2004). *Alcohol and Other Drugs: A Handbook for Health Professionals*. Australian Government Department of Health and Ageing. Disponível em: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/E5203E6D5CBAA696CA257BF0001E02ED/\\$File/cover.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/E5203E6D5CBAA696CA257BF0001E02ED/$File/cover.pdf) Consultado em: 2014/02/14.

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016). Código Deontológico. Disponível online: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf

Pretzer, J. L. & Beck, A. T. (1996). *A cognitive theory of personality disorders*. In J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press. Disponível em: [https://books.google.pt/books?id=elucB0qlM4kC&pg=PA53&lpg=PA53&dq=\(Pretzer+%2+Beck,+1996\).&source=bl&ots=jVcJzaOdC&sig=7fi8XlvAqy9qGhjWz0KYVtmtSZY&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwjMluep2vnTAhVDNhoKHTUeBZEQ6AEIMjAB#v=onepage&q=\(retzer%20%26%20Beck%2C%201996\).&f=false](https://books.google.pt/books?id=elucB0qlM4kC&pg=PA53&lpg=PA53&dq=(Pretzer+%2+Beck,+1996).&source=bl&ots=jVcJzaOdC&sig=7fi8XlvAqy9qGhjWz0KYVtmtSZY&hl=ptPT&sa=X&ved=0ahUKEwjMluep2vnTAhVDNhoKHTUeBZEQ6AEIMjAB#v=onepage&q=(retzer%20%26%20Beck%2C%201996).&f=false)

Sabo, D. F., Kupers, T. A., & London, W. J. (2001). *Prison Masculinities*. Temple University Press. Disponível online: https://books.google.pt/books/about/Prison_Masculinities_edited_by_Don_Sabo.html?id=3InK6Ue6ot4C&redir_esc=y

Sykes, G. M. (1958). *The Society of Captives. A study of a Maximum Security Prison*. Disponível em https://books.google.pt/books?id=_YjooNYRMQQC&pg=PA3&hl=ptPT&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false

Musashi, M. (1644). *The book of five rings*. Disponível online: <http://www.holybooks.com/wp-content/uploads/The-Book-of-Five-Rings-by-Musashi-Miyamoto.pdf> Consultado em: 2017/04/20.

ANEXOS

Anexo 1 - Análise dos resultados do questionário sócio demográfico.

Após análise dos dados em questão, podemos constatar que no segundo semestre de 2010, a população predominante em Programa PARET, era solteira (58,3%) (Figura 2) e adulta (34,8 anos de idade, com desvio padrão de 6,4). A idade média de início de consumos é de 21,1 anos de idade e desvio padrão de 6,8. (Figura 1), com habilitações literárias predominantes até ao segundo ciclo (70,8%) (Figura 3) e residente em meio urbano (75%), (Figura 4). Quanto à situação jurídica, (Figura 5) existe um ligeiro predomínio de reclusos sem julgamento concretizado – preventivos – (54,2%), com reclusões anteriores – reincidentes – (54,2%), sendo que a maior parte dos indivíduos considerarem estarem em reclusão por crimes relacionados com a toxicod dependência (83,3%) (Figura 5). Relativamente ao consumo de substâncias verifica-se que no perfil de iniciação (Figura 7) existe um predomínio da utilização de cannabis (79,2%), heroína (58,3%) e cocaína (45,8%), com o ecstasy em quarto lugar (12,5%). Já no que diz respeito, ao perfil de consumos anteriores à reclusão (Figura 8), temos a utilização de drogas ditas “duras”, como predominantes, nomeadamente, os opiáceos, na totalidade da amostra (100%), seguida da cocaína (95,8%). A cannabis apresenta uma ligeira descida de consumos, surgindo em terceiro lugar (62,5%). As vias de consumos preferenciais (Figura 9) eram a fumada (100%) e a oral (25%). A via endovenosa aparece em terceiro lugar (20,8%). A idade em média de início de consumos de opiáceos, ocorre no início da idade adulta (21,1).

A amostra de 2011 apresenta características muito similares à anterior. A principal diferença tem a ver com os consumos de álcool, como podemos constatar seguidamente: mantêm-se o predomínio de indivíduos solteiros (Figura 2) (65,9%), adultos, com média de idades de 34,3 anos (desvio padrão de 6) e em que os consumos ocorrem pelos 19 anos de idade com desvio padrão de 6 (Figura 1), as habilitações literárias até ao segundo ciclo (78,1%), (Figura 3), predominando a residência em meio urbano (78%) (Figura 4). No que diz respeito à situação de reclusão (Figura 6), a maioria é preventiva (61%), e reincidente (71%). A maioria considera estar detida por crimes relacionados com toxicod dependência (95%) (Figura 5). Os consumos principais de iniciação (Figura 7) são a cannabis (90,2%) seguido da heroína (46,3%) e cocaína (39%). Os consumos de álcool (12,2%) surgem pela primeira vez. Nas substâncias consumidas anteriormente à reclusão atual (Figura 8), temos um aumento absoluto dos consumos de heroína (100%), seguidos pelos de cocaína (92,7%). É de referir

uma quebra nos consumos de cannabis (61%). Mantêm-se os consumos de álcool, com uma ligeira diminuição (9,8%). As vias de consumo (figura 9) referidas são a fumada (92,7%) e a endovenosa (22%).

Finalmente, na amostra de 2012, constata-se uma similaridade de características sócio demográfica com as amostras anteriores. A avaliação retrospectiva do historial de consumos traduz uma população com tendência a iniciar os consumos de heroína em idades mais jovens (Figura 1) (18,2), com desvio padrão de 3,7 e mais nova (31,5 anos em média com desvio padrão de 9,4). A esmagadora maioria são indivíduos solteiros (Figura 2) (69,2%), habitando (Figura 5) em meio urbano (92,3%). O perfil mostra tratar-se de uma população em situação de reclusão condenada (Figura 6) (84,6%) e primária (61,5%). A esmagadora maioria da amostra considera estar detida por crimes relacionados com os consumos (92,3%) (Figura 4). Verificamos um aumento da literacia (Figura 3), sendo que os indivíduos com estudos até ao segundo ciclo (46,1%), diminuem, em contraste com as amostras anteriores, e observa-se o aumento de reclusos com estudos do terceiro ciclo (46,2%) e do ensino secundário (7,7%). Como substâncias de iniciação (Figura 7) mantém-se a utilização de cannabis (92,3%), como droga preferencial, a heroína mantém-se como segunda escolha (61,5%), seguida da cocaína (53,8%), ecstasy (46,2%), álcool (38,5%) e anfetaminas (30,8%). Nas substâncias consumidas anteriormente à reclusão atual (figura 8), parece manter o mesmo perfil com a prevalência da heroína (100%) e da cocaína (84,6%), cannabis (30,8%), álcool (15,4%), ecstasy (7,7%). A utilização das vias de consumo tende a manter-se constante (Figura 9), parecendo, no entanto, surgir uma tendência no aumento da via endovenosa (30,7%) relativamente às outras vias (fumada (69,2%), inalada (15,4%) e oral (7,7%).

Anexo 2 – Análise aos resultados das escalas de validade do MMPI-2.

A escala K revela-nos resultados de baixo percentil, o que é um indicador de uma imagem desfavorável do próprio, com sistema de defesas precárias e com pouco controlo de comportamentos em 28 dos 30 indivíduos, podendo ser um indicador de falsificação dum sentido negativo, ou mais negativo do próprio (Hathaway & Mckinley, 1996).

A escala F indica-nos que quase 50% da amostra (14 indivíduos) denotam uma imagem inconformista, com problemas de identidade, 7 elementos apresentam pensamento negativo, inconformista e desviante, 7 elementos com desorganização psicótica e por fim 2 elementos com ausência de *stress* ou com negação/simulação de problemas. A elevação desta escala sugere um protocolo inválido (quando pontuam acima dos 90%) e de validade duvidosa quando pontuam entre os 71% e os 90% (Hathaway & Mckinley, 1996).

Por último a escala L, indicou-nos que 15 elementos revelaram resultados indicadores de transmissão de imagem muito patológica, ou sendo pouco convencionais e independentes, 12 elementos admitem selectivamente certas falhas, 2 elementos autocríticos frustrados e por fim 1 elemento com limitação ou simulação cognitiva, tendendo a transmitir uma imagem positiva. No entanto, salientamos que de acordo com o manual do MMPI-2 é frequente a presença de baixos scores de pontuação na escala L, associados a uma população oriunda de classe sócio económica desfavorecida (Hathaway & Mckinley, 1996).

Considerando que os resultados baixos dos percentis K e L abaixo da média na serem um indicador deliberado dos sujeitos para exagerarem nos problemas afectivos e nas dificuldades de adaptação (Hathaway & Mckinley, 1996, p. 27).

Para finalizar os scores apresentados por 14 elementos (quase 50% da amostra), revelam resultados indicadores de presença de patologia (1 a 7, 11, 14, 23 a 25, 27, 28 e 30).

Anexo 3 – Análise às respostas da BSI.

Os dados são simplesmente impressionantes. Na comparação com a amostra de Canavarro (1999) de uma população perturbada emocionalmente, verificamos a presença de efeitos abismais. O que não nos surpreendeu, na sequência dos resultados obtidos com a aplicação do MMPI-2 e com o suporte bibliográfico encontrado por nós. Salientamos as escalas de depressão (8.8); Obsessão-compulsão (7.85); Ansiedade (6.75); Psicoticismo (6.4) e Ideacção Paranóide (5.85).

Anexo 4 – Análise às respostas da escala EMBU.

Destacamos alguns dados referentes à rejeição por parte do pai (6.55), suporte emocional reduzido por parte da figura materna (0.45) e para finalizar, verificamos a presença de sobreprotecção por parte da mãe (8.05) e do pai (7.05). Na sua globalidade, os resultados indicam pontuações inferiores, quando comparadas com os dados de Canavarro (1996), o que hipotetizamos estarem relacionados com a recordação percecionada de menor vinculação na infância. Esta hipótese pode ser corroborada com os resultados do BSI e do MMPI, indicadores de maior prevalência de sintomatologia psicopatológica.

Anexo 5 – Análise das respostas à IPQ-R.

Destas respostas categorizadas referimos a importância dada à componente emocional: (desgosto, problemas (familiares), stress ou preocupação, auto-conceito e solidão) perfizeram um total de 23 respostas. A categoria ambiental (companhias e ambiente) com um total de 11 respostas. Referimos que estes dados devem ser encarados com alguma subjetividade, visto ser uma interpretação qualitativa, integrante num teste de teor clínico da saúde, e não dum teste de teor absoluto para a população toxicodependente.