

AUTOCONCEITO DE DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO PELA ESCALA REDUZIDA DE AUTOCONCEITO.

José Antônio Zago*

RESUMO

O objetivo deste estudo exploratório foi detectar o autoconceito de pacientes dependentes de substâncias psicoativas, em tratamento numa comunidade terapêutica, pela Escala Reduzida de Autoconceito (ERA).

Foi obtida uma amostra de 59 pacientes dividida em dois grupos: dos alcoolistas ($n = 28$) e o dos dependentes de drogas ilícitas ($n = 31$). Os resultados revelaram que a maioria da amostra (69,48%) obteve autoconceito desvalorizado ou mal estruturado em relação ao autoconceito bem estruturado (30,50%). Em média, os alcoolistas apresentaram respostas de mais valorização ao aspecto moral do autoconceito (55,0%), e de mais desvalorização ao físico (12,14%). E os dependentes de drogas ilícitas apresentaram respostas de mais valorização ao aspecto físico do autoconceito (34,51%), e de mais desvalorização ao moral (12,58%).

Palavras-chave: autoconceito, substâncias psicoativas, alcoolismo, cocaína-crack; escala de autoconceito.

ABSTRACT

The objective of this exploratory study went detect the self-concept of psychoactive substance dependents, in treatment in therapeutic community, by ERA.

It was obtained a sample of 59 patients divided in two groups: the alcoholics ($n = 28$), and of the illicit drug dependents ($n = 31$). The results revealed that most of the sample (69,48%) obtained devaluated self-concept or disorganized in relation to the well structured self-concept (30,50%). On average, the alcoholics presented answers of more valorization to the moral aspect of the self-concept (55,0%), and of more devaluation to the physical aspect (12,14%). And the illicit drug dependents presented answers of more valorization to the physical aspect of the self-concept (34,51%), and of more devaluation to the moral aspect (12,58%).

Key words: self-concept, psychoactive substances, alcoholism, cocaine-crack, self-concept scale.

* Psicólogo do Instituto Bairral de Psiquiatria. Mestre em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba.

INTRODUÇÃO

A idéia de realizar este estudo surgiu da observação do trabalho diário com dependentes de substâncias psicoativas, em tratamento num ambiente protegido, que verbalizavam sentimentos de culpa, vergonha e fracasso pela situação atual, revelando baixa auto-estima e preocupação com a auto-imagem ou conceito de si mesmo.

Embora o autoconceito, ou a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, e seu construto fundamental, o *self*, tenham sido objeto de pesquisas no campo da personalidade e da psicoterapia por Rogers, Snygg, Combs, Maslow, entre outros (LINDGREN & BYRNE, 1977), e, que, venha mesmo ocorrendo um crescente número de estudos sobre dependência de substância psicoativa, inclusive em nosso meio, em especial a partir de meados dos anos noventa (LARANJEIRA, 1995), a literatura relacionando ambos os temas é escassa.

Essas constatações serviram de justificativa para a realização deste estudo clínico exploratório, com o objetivo de detectar o autoconceito de pacientes dependentes de substâncias psicoativas. Ou seja, verificar a percepção que o dependente de substância psicoativa tem de si mesmo e que aspectos do autoconceito ou de sua auto-imagem estão mais valorizados ou mais desvalorizados, já que a dependência de substância psicoativa afeta negativamente o indivíduo com esse transtorno (JAFFE, 1999).

O instrumento escolhido foi a Escala Reduzida de Autoconceito (ERA) que aborda aspectos do “eu físico”, do “eu social” e do “eu moral”, desenvolvida por CORONA (1999) e inspirada na Escala de Autoconceito do Tennessee de H. Fitts. A escolha desse instrumento deveu-se não só por sua facilidade de aplicação, de avaliação e de classificação do autoconceito, mas principalmente por ter sido desenvolvido e padronizado para a população brasileira.

A escala é fundamentada na teoria vocacional de Super, que recebeu influência de Carter e Rogers e de estudos sobre psicologia do desenvolvimento de Buehler, entre outros (CORONA, 1999). O autoconceito, auto-imagem ou autopercepção é uma capacidade inata e também dinâmica, pois o indivíduo vai formando e modificando sua autopercepção conforme incorpora novas experiências da vida, o que o torna determinante na escolha de papéis, status e vocação profissional. Por ser dinâmico e mutável, portanto, de elaboração contínua, a estabilidade ou a instabilidade do autoconceito está relacionada tanto com seus atributos internos quanto às condições do ambiente (SUPER, STRISHEVSKY, MATTLIN, & JORDAAN, 1963).

MÉTODO

LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido na Clínica Mirante do Instituto Bairral de Psiquia-

tria - Itapira, Estado de São Paulo, cujo programa terapêutico atende, em ambiente protegido, pacientes voluntários dependentes de substâncias psicoativas, de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 65 anos. O trabalho é feito nos moldes de comunidade terapêutica e coordenado por uma equipe multidisciplinar (ZAGO e cols., 1999).

SUJEITOS

A amostra foi constituída de pacientes em tratamento que cumpriam os critérios de inclusão, após serem informados e consentirem livremente participar da pesquisa, e, quando menor de 21 anos, pelo seu responsável.

MATERIAL

A escala é constituída de 30 itens distribuídos aleatoriamente na folha de prova, os quais têm igual número de afirmações positivas e negativas em relação à percepção que o sujeito tem de si mesmo. As respostas aos itens são assinalados na folha de resposta dentre cinco opções: *Discordo Totalmente*; *Discordo Parcialmente*; *Indeciso*; *Concordo Parcialmente* e *Concordo Totalmente*.

A somatória dos pontos, valores de 1 a 5 para cada item, foi realizada por meio da chave de apuração e registrada na folha dos resultados. De aplicação individual ou coletiva, sem limite de tempo, foi padronizada para ambos os sexos, estudantes do ensino médio e faixa etária de 18 a 53 anos. A validade da escala foi calculada pelo método das metades (coeficiente de 0,86) e pelo método do teste reteste índice de estabilidade (coeficiente 0,72).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram:

1. idade limite de 53 anos;
2. ambos os sexos;
3. escolaridade: a partir do ensino médio;
4. diagnóstico principal de dependência de substância, de acordo com os critérios da CID-10 (1993), elaborado por um dos psiquiatras da equipe na admissão do paciente. Embora registrada a freqüência de dependência de nicotina, não foi considerada como fator de inclusão ou de exclusão neste estudo;
5. tempo mínimo de internação (abstinência): 15 dias (consenso da literatura especializada; período em que praticamente já ocorreu a remissão dos sinais ou sintomas da abstinência) (MALBERGIER, 1998).

PROCEDIMENTO

Os dados para a inclusão e as informações clínicas foram obtidos por meio dos prontuários, e o paciente incluído no estudo era entrevistado individualmente para completar os dados sociodemográficos e para a aplicação da escala.

ANÁLISE DOS DADOS

A classificação do autoconceito de cada paciente em *supervalorizado*, *bem estruturado*, *mal estruturado* ou *desvalorizado* foi obtida com a somatória dos pontos da folha dos resultados comparada com os escores padronizados da escala.

Para detectar os aspectos (físico, social e moral) mais valorizados ou mais desvalorizados pelos pacientes, considerando que a escala, embora tridimensional, não fornece esses resultados, procedemos da seguinte forma:

1. foram agrupados os 10 itens relacionados a cada aspecto (físico, social e moral);

2. somatória das freqüências das respostas dos pacientes apenas para as concordâncias totais ou às discordâncias totais. Por exemplo, se num item de valorização a resposta do paciente fosse *Concordo Totalmente*, era então assinalada uma freqüência de valorização. Entretanto, se a resposta fosse *Discordo Totalmente* era assinalada uma freqüência de desvalorização. Ou, se num item de desvalorização a resposta fosse *Concordo Totalmente*, implicava uma freqüência de desvalorização; se fosse *Discordo Totalmente*, a freqüência anotada era de valorização.

A somatória das freqüências das respostas de valorização de cada agrupamento foi dividida por 10, obtendo-se a média. Por meio de uma regra de três simples obteve-se a proporção de respostas de valorização de cada paciente. O mesmo procedimento foi seguido quanto a freqüência acumulada de desvalorização de cada agrupamento.

Por ser um estudo clínico, transversal e exploratório, os dados sócio-demográficos e clínicos e a classificação do autoconceito foram analisados em freqüências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Com base nos critérios de inclusão foi constituída a amostra de 59 pacientes, obtida no período de setembro de 1999 a agosto de 2000, a qual foi dividida em dois grupos: dos dependentes de substância lícita, excluindo a dependência de nicotina, (álcool, $n = 28$); e dos dependentes de substâncias ilícitas ($n = 31$). A amostra correspondeu a 22,16% de todos os dependentes de substâncias admitidos no serviço durante o período de coleta de dados. Dos pacientes selecionados, dois não consentiram participar do estudo.

De acordo com as freqüências relativas mais altas, apresentadas nas tabelas 1

e 2, a amostra (n = 59) foi constituída em sua maioria por sujeitos do sexo masculino (83,05%), faixa etária de 31 a 40 anos (42,37%), solteiros (45,76), de ensino médio (52,54%), empregados (69,49%), católicos (79,66%), com início no uso da substância psicoativa entre 16 e 20 anos (45,76%), dependentes de nicotina (93,22%), de primeira internação em clínica psiquiátrica (50,84%), com medicação psiquiátrica prescrita (61,01%) e autoconceito desvalorizado (44,06%).

Também, conforme as tabelas 1 e 2, o grupo de alcoolistas (n = 28) foi constituído em sua maioria por sujeitos do sexo masculino (75,0%), faixa etária de 41 a 53 anos (60,71%), casados (53,57%), empregados (75,0%), católicos (82,14%), com início do uso do álcool entre 16 e 20 anos (46,42%), dependentes de nicotina (85,71%), primeira internação em psiquiatria (50,0%), com medicação psiquiátrica prescrita (67,85%) e autoconceito bem estruturado (39,28%). Esse grupo correspondeu a 47,75% da amostra.

Ainda nas tabelas 1 e 2, o grupo de substâncias ilícitas (n = 31) em sua maioria foi constituída por sujeitos dependentes de cocaína-crack (35,48%), do sexo masculino (90,32%), faixa etária de 31 a 40 anos (51,61%), solteiros (67,74%), ensino médio (48,38%), empregados (64,51%), católicos (77,41%), com início no uso da substância psicoativa ilícita entre 16 e 20 anos (45,16%), dependentes de nicotina (67,74%), primeira internação em psiquiatria (51,61%), com prescrição de medicamentos psiquiátricos (54,83%) e autoconceito desvalorizado (58,06%). Esse grupo correspondeu a 52,54% da amostra.

Além disso, na tabela 2, 61,01% da amostra (n = 59) estavam recebendo tratamento medicamentoso e 38,98% estavam sem prescrição de medicação. Para 45,16% dos dependentes de substâncias ilícitas e para 32,14% do grupo álcool não havia medicação psiquiátrica prescrita. Os alcoolistas apresentaram um percentual maior (67,85%) de medicação prescrita em relação ao grupo de substâncias ilícitas (54,83%). Quanto ao número de internações psiquiátricas houve um equilíbrio, comparando o total dos que estavam internados pela primeira vez, 50,84% (n = 30), com o total dos que tinham mais de uma internação na vida, 49,14% (n = 29).

Como pode ser observado na tabela 3, a cocaína-crack foi a principal substância de uso pelo grupo de substâncias ilícitas, não só de uso exclusivo, mas também associada a outras substâncias, ou seja, 93,54% (n = 29). As substâncias mais associadas ao uso de cocaína-crack foram a cannabis, 38,70% (n = 12) e o álcool, 32,25% (n = 10). Apenas um caso de uso injetável, opiáceo, (3,32%).

As freqüências absolutas e relativas do autoconceito são apresentadas na tabela 4. O autoconceito *bem estruturado* foi obtido por 39,28% (n = 11) do grupo de alcoolistas e por 22,58% (n = 7) dos dependentes de drogas ilícitas, percebendo e valorizando mais os aspectos positivos do que os negativos de si mesmos, sugerindo boa auto-estima.

O autoconceito *mal estruturado* foi obtido por 32,14% (n = 9) dos alcoolistas e por 19,35% (n = 6) dos dependentes de drogas ilícitas, significando que perceberam aspectos mais negativos do que positivos da auto-imagem.

O maior índice de autoconceito *desvalorizado*, 58,06% (n = 18), foi do grupo de drogas ilícitas, em relação aos alcoolistas, 28,57% (n = 8).

Porém, o total de pacientes que obtiveram autoconceito *bem estruturado*, 30,50% (n = 18) foi menor se comparado com a somatória do autoconceito *desvalorizado* e *mal estruturado*, 69,48% (n = 41). Não considerando a dependência de nicotina, todos os casos com outro transtorno psiquiátrico (n = 11), conforme apresentado na tabela 3, obtiveram na escala autoconceito *mal estruturado* ou *desvalorizado*. Nenhum paciente foi classificado com autoconceito *supervalorizado*.

Quanto à proporção média de respostas de cada paciente às concordâncias ou discordâncias totais para os itens agrupados da escala relacionados ao físico, social e moral, conforme descritos na tabela 5, os mais valorizados pelos alcoolistas foram: moral, 55,0%; social, 33,92% e físico, 29,64%. E os mais desvalorizados: físico, 12,14%; social, 8,92% e moral, 5,35%.

Para o grupo de drogas ilícitas, os mais valorizados foram: físico, 34,51%; social, 33,22% e moral, 21,93%. E os mais desvalorizados: moral, 12,58%; físico, 10,64% e social, 8,70%.

DISCUSSÃO

Alguns fatores contribuíram para delimitar o tamanho da amostra. Quanto ao próprio material utilizado, a idade limite de 53 anos impediu principalmente a inclusão de alcoolistas, o limite da escolaridade a de dependentes de substâncias ilícitas, onde foi observado que a evasão escolar era freqüente até mesmo antes do paciente completar os oito anos de ensino fundamental, já que muitos iniciaram o uso de drogas antes dos 15 anos; e o fato de pacientes desligarem-se do programa terapêutico antes de 15 dias de internação, haja vista que a internação é voluntária.

O fato de 69,49% (n = 59) estarem empregados vai contra a idéia de que todo dependente de substância psicoativa é improdutivo ou vive à margem do sistema produtivo. O uso da substância iniciou-se na adolescência, entre 16 e 20 anos (45,76%, n = 59) e antes dos 15 anos (25,0%, n = 28; 38,70%, n = 31 e 32,20%, n = 59), considerando que, além do caráter ilícito de certas substâncias, a bebida alcoólica que é lícita, mas que por lei é proibida a venda para menores de 18 anos, corroborando estudos sobre os riscos de progressão (abuso ou dependência) quando do uso inicial de bebida alcoólica na adolescência (SCIVOLETTO, 1998; DEWIT, ADLAF, OFFORD, & OGBORNE, 2000). As reinternações (49,14%) poderiam estar refletindo não somente a gravidade que é a dependência de substância psicoativa, já que sua superação requer cuidados terapêuticos contínuos a médio ou a longo prazo, mas, ao mesmo tempo, tentativas de superar o problema, ao menos em sua fase mais aguda. Além disso, o problema das reinternações tem se mostrado de difícil solução, mesmo em países de Primeiro Mundo (BANDEIRA, 1993). O único caso de uso injetável de droga confirmou a mudança ocorrida na forma do padrão de uso, principalmente da cocaína, explicável pelo fato de milhares de usuários

infectados com o HIV nos anos oitenta e início dos anos noventa e a nova forma de padrão de uso, a partir dos anos noventa, da cocaína fumada ou crack. (DUNN, LARANJEIRA, DA SILVEIRA, FORMIGONI, & FERRI, 1996; LARANJEIRA, RATTO, & DUNN, 1997).

Nenhum paciente foi classificado com autoconceito *supervalorizado*, o que é um dado positivo, pois tal classificação implicaria numa percepção idealizada, portanto, irreal de si mesmo.

É importante destacar que 69,48% da amostra (77,41% , n = 31 e 60,71%, n = 28) obtiveram autoconceito *desvalorizado* ou *mal estruturado* em comparação com os 30,50% (39,28%, n = 28 e 22,58%, n = 31) que obtiveram autoconceito *bem estruturado*. Ou seja, a auto-imagem da maioria dos pacientes era negativa.

A situação dessas pessoas, no papel de paciente, foi construída por cada uma em sua história de vida, isto é, a história do uso da substância na vida e os transtornos decorrentes (possíveis variáveis negativas) e a decisão pelo tratamento e a recuperação (possíveis variáveis positivas) poderiam estar relacionados com o autoconceito. A dúvida é se a pessoa iniciou o uso de uma certa substância para melhorar a imagem de si mesma ou se os transtornos decorrentes do uso da substância implicaram na diminuição da auto-estima. Ou ainda, dado que a maioria começou a fazer uso de substância na adolescência, período de transformações, de questionamento de valores, de busca identidade e do próprio sentido da vida, variáveis negativas ligadas ao consumo da substância quanto a percepção de si mesmo estariam mais sedimentadas no autoconceito?

CROCKER (1999) questionou as visões clássicas de que as imagens negativas e os estereótipos são internalizados nos estigmatizados. Argumentou que a auto-estima de pessoas estigmatizadas é construída na situação, dependendo da representação coletiva e do sentido compartilhado quanto a relevância ou não para a auto-avaliação. Assim, a auto-estima de uma pessoa estigmatizada pode estar alta, baixa ou igual a de pessoas não-estigmatizadas.

No entanto, a prática clínica tem mostrado que pessoas dependentes de substâncias lícitas ou ilícitas podem se sentir valorizadas com sua situação ou com boa auto-estima somente quando não conseguem perceber a gravidade que é o abuso ou a dependência de substância para suas vidas. A rigor são autovalorizações irreais e, ao mesmo tempo, entraves para a motivação ao tratamento e à mudança de vida.

Quanto aos aspectos mais valorizados e mais desvalorizados do autoconceito, os dependentes de álcool valorizaram mais seu autoconceito pelo aspecto moral (55,0%), enquanto que os dependentes de substâncias ilícitas valorizaram mais pelo aspecto físico (34,51%). O aspecto moral foi o mais desvalorizado no autoconceito dos dependentes de substâncias ilícitas (12,58%) e para os dependentes de álcool o mais desvalorizado foi o aspecto físico (12,14%).

O dependente de bebida alcoólica, quando admitido na comunidade terapêutica, geralmente está com sua condição física comprometida pelos efeitos que o

álcool causa no organismo, o que pode ter influído na desvalorização do aspecto físico do autoconceito do grupo de alcoolistas. Não que substâncias como a cocaína e o crack não causem problemas físicos, entre eles a perda de peso que pode influenciar na auto-imagem.

Por que então os dependentes de substâncias ilícitas valorizaram mais o aspecto físico?

Dois prováveis fatores interligados. Primeiro, por serem de faixa etária mais jovem que os alcoolistas, o que pode contribuir para que a recuperação física ocorra mais rapidamente. Segundo, quando se configura o abuso ou a dependência de drogas ilícitas na adolescência, parece que a evolução emocional estaciona (ZAGO, 1988). Ou seja, dependentes acima de 20 anos e que iniciaram o uso de drogas na adolescência, parecem manter certas características emocionais dessa época, como a dificuldade de aceitar limites, baixo limiar à frustração e a preocupação excessiva com a aparência física. Vale salientar que a aparência física é muito valorizada na adolescência (PAPALIA & OLDS, 1979). Desse modo, permaneceu a valorização da aparência física e, um outro argumento favorável a isso, são esses pacientes que mais se dedicam às atividades esportivas no cotidiano da comunidade terapêutica.

Sobre o fato do aspecto moral ter sido o mais valorizado no autoconceito dos alcoolistas e o mais desvalorizado no autoconceito dos dependentes de substâncias ilícitas, é importante considerar que a maioria da amostra (77,96%, n = 59) começou a ter seus primeiros contatos com a substância na adolescência.

Entendemos que um adolescente ao ter seus primeiros contatos com a bebida alcoólica, mesmo sendo proibida a venda para menores, é geralmente tolerado pela sociedade, já que o álcool é legalizado e inserido na cultura. De modo geral, quando um adolescente usa bebida alcoólica, e por ser uma substância lícita, não sente necessidade de esconder seu ato. Não é raro beber com os próprios familiares. Se no futuro atingir um quadro de abuso ou de dependência, os transtornos decorrentes serão associados mais aos problemas atuais do que resultantes de um processo de longos anos. Entretanto, quando um adolescente começa a fazer uso de uma substância ilícita (maconha, cocaína, crack, etc.), a situação é diferente. Por usar ou portar uma substância ilegal já está transgredindo, além de não poder expor que esteja fazendo uso de tal substância. Então, no processo do uso à dependência, esse adolescente procura manter com a família, escola, trabalho, etc., a aparência de uma vida saudável, ao mesmo tempo que esconde sua relação com a substância ilícita: uma vida em duplicidade, a qual é mantida durante o processo do uso à dependência com atuações como a mentira, a manipulação e a violação de normas sociais. Dessa maneira, os dependentes de uma substância lícita, no caso o álcool, estariam com seu comportamento moral mais preservado que os dependentes de substâncias ilícitas que aprenderam e internalizaram transgressões às normas de conduta. Embora em período de abstinência e em recuperação, os dependentes de substâncias ilícitas apresentaram percepções de mais desvalorização, pois isso

era o que estava mais historicamente sedimentado em seu autoconceito quanto a moralidade.

FIERRO (1995) citou que, tanto para Piaget quanto para Kohlberg, é característica da adolescência chegar a uma moral autônoma, a partir do estágio das operações formais. Piaget definiu a moral autônoma em termos de contrato social e Kohlberg, além do contrato, de princípios éticos. Entretanto, Fierro argumentou que o desenvolvimento moral pressupõe, é evidente, um certo grau de desenvolvimento cognitivo, o pensamento formal, como concluiu Piaget, porém, ressaltou que essa condição, embora necessária, por si só não é suficiente para a aquisição ou internalização da moralidade. Em outras palavras, não basta saber diferenciar o certo do errado ou de forma abstrata conhecer os princípios éticos. O desenvolvimento moral na adolescência, e que permanece na vida adulta, inclui elementos do raciocínio, entre eles o pensamento formal, mas inclui também elementos da consciência, da identidade, de atitudes e de valores direcionados a comportamentos de cooperação e de solidariedade, quer dizer, a capacidade de distanciar-se de seu próprio ponto de vista assumindo a perspectiva dos outros (FIERRO, 1995).

Assim, a capacidade de distanciar-se de seu próprio ponto de vista, assumindo a perspectiva dos outros, estava mais embotada nos dependentes de substâncias ilícitas do que nos dependentes de bebida alcoólica. Um dado concreto que corrobora essa proposição é que no ambiente de comunidade terapêutica é constatado que os pacientes diagnosticados com alcoolismo aceitam e respeitam de modo mais natural as normas de convivência comunitária, enquanto que os dependentes de substâncias ilícitas apresentam mais dificuldades de observar as normas sociais da comunidade e o respeito para com o semelhante. Entretanto, vale ressaltar que dependentes de bebida alcoólica podem também apresentar transtornos da moralidade, pois não é raro no alcoolismo déficit cognitivo e comprometimento do comportamento social (FRANCES & FRANKLIN JR., 1992; SCIVOLETTO & ANDRADE, 1997).

Com base nos resultados e nos argumentos apresentados quanto ao aspecto moral do autoconceito, é provável que o consumo de substâncias ilícitas, principalmente quando se inicia na adolescência, pode ser um fator impeditivo da expressão prática de uma moral responsável.

Embora esses pacientes estivessem voluntariamente em tratamento em ambiente protegido, em abstinência e com um projeto de vida nova, o autoconceito da maioria da amostra (69,48%) foi classificado como *mal estruturado* ou *desvalorizado*. Portanto, parar de usar a substância é um importante e necessário começo, porém apenas um começo. Programas de tratamento que incluem somente grupos de psicoeducação enfocando os males das substâncias psicoativas têm sua relevância, mas não devem ser a única abordagem. Este estudo exploratório reforça a premissa fundamental do trabalho em comunidade terapêutica com dependentes de substâncias psicoativas: o problema da dependência de substância é a pessoa, não a droga (ZAGO, 1995; DE LEON, MELNICK, & KRESSEL, 1997). Em outras palavras, o trabalho terapêutico deve ser facilitador de mudanças internas quanto a valo-

res e auto-atualização para um posicionamento mais construtivo no mundo.

A escala utilizada foi adequada como instrumento de investigação, além de possibilitar que assuntos relacionados ao autoconceito pudessem ser abordados e discutidos nos contatos individuais quando das entrevistas devolutivas, contribuindo desse modo para com o tratamento dos pacientes envolvidos neste estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDEIRA, M. (1993). Reinserção de doentes mentais na comunidade: fatores determinantes das re-hospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 42, 491-498.
- CORONA, L.C.G. (1999). *Escala Reduzida de Autoconceito (ERA)*. Rio de Janeiro: CEPA.
- CROCKER, J. (1999). Social stigma and self-esteem: situational construction of self-worth. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 89-107.
- DE LEON, G., MELNICK, G. & KRESSEL, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community treatment among cocaine and other drug abusers. *American Journal Drug and Alcohol Abuse*, 23, 169-189.
- DEWIT, J.D., ADLAF, E.M., OFFORD, D.R. & OGBORNE, A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 745-750.
- DUNN, J., LARANJEIRA, R., DA SILVEIRA, D.X., FORMIGONI, M.L.O.S. & FERRI, C.P. (1996). Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Substance Use & Misuse*, 31, 519-527.
- FIERRO, A. (1995). Relações sociais na adolescência. Em C. COLL, J. PALACIOS & A. MARCHESI (Eds.). *Desenvolvimento Psicológico e Educação*, 1 (pp. 299-305). Porto Alegre: Artes Médicas.
- FRANCES, R.J. & FRANKLIN JR., J.E. (1992) Transtornos por uso de álcool e outras substâncias. Em J. TALBOTT, R. HALES & S. YUODOFSKY (Eds.). *Tratado de Psiquiatria*, (pp. 235-266). Porto Alegre: Artes Médicas.
- JAFFE, J.H. (1999). Transtornos relacionados a substâncias: introdução e visão geral. Em I.H. KAPLAN & B.S. SADOCK (Eds.). *Tratado de Psiquiatria Compreensiva* (pp. 815-837). Porto Alegre: Artmed.

- LARANJEIRA, R. (1995). Editorial: O abuso e dependência de álcool e drogas e a psiquiatria. *Revista ABP-APAL*, 17, V.
- LARANJEIRA, R., RATTO, L. & DUNN, J. (1997). Heroína: a próxima epidemia de drogas no Brasil? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46, 5-7.
- LINDGREN, H.C. & BYRNE, D. (1977). *Psicologia: tratado sobre las ciencias de la conducta*. Barcelona: Labor.
- MALBERGIER, A. (1998). Transtornos psiquiátricos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV. *Álcool e Drogas Revista da ABEAD*, 1/2 Dezembro, 27-50.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PAPALIA, D. E. & OLDS, S. (1979). *W. A Child's World: Infancy through Adolescence*. New York: McGraw-Hill.
- SCIVOLETTO, S. (1998). Tratamento psiquiátrico ambulatorial de adolescentes usuários de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25, 191-193.
- SCIVOLETTO S. & ANDRADE, A.G. (1997). Complicações psiquiátricas pelo uso do álcool. Em S.P. RAMOS & J.M. BERTOLOTE (Eds.). *Alcoolismo Hoje* (pp. 111-129). Porto Alegre: Artes Médicas.
- SUPER, D.E., STRISHEVSKY, R., MATTLIN, N. & JORDAAN, J.P. (1963). *Career development self-concept theory*. New York: College Entrance Examination Board.
- ZAGO, J.A. (1988). *Drogas: Condições Psicossociais da Dependência*. São Paulo: Ícone.
- ZAGO, J.A.(1995). Drogadição; o tratamento na comunidade terapêutica. *Informação Psiquiátrica*, 14, 133-137.
- ZAGO, J.A., SALZANI, J.C., SANTOS, S.A.M, SAMORA, C.B., TOFANELLO, J.M., VIRGA, C.C., FERREIRA, J.R.G., FOCESATO, J.A. & PEREIRA, P.S.R. (1999). Programa terapêutico para dependentes de drogas e álcool do Instituto Bairral de Psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48, 563-571.

ANEXOS

Tabela 1: Análise descritiva e comparativa das variáveis sócio-demográficas em frequências absolutas e relativas.

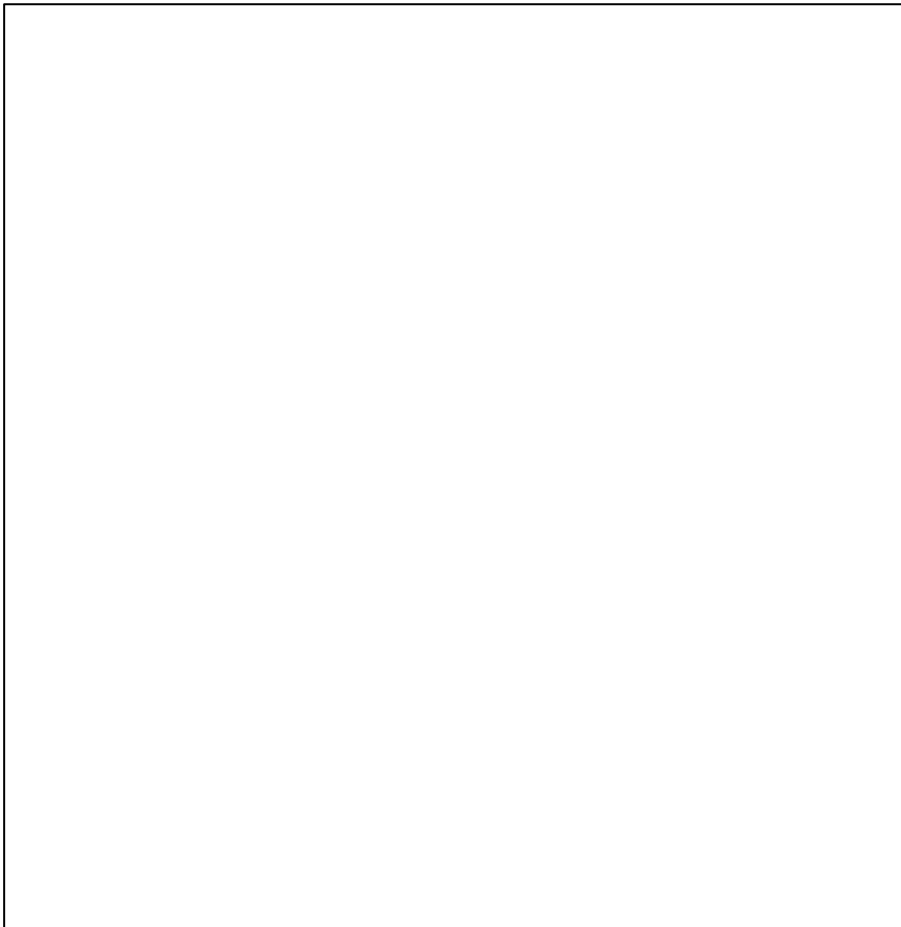



Tabela 2: Análise descritiva e comparativa de outras categorias clínicas em frequências absolutas e relativas.

A large empty rectangular box intended for the content of Tabela 2.

^a Atual.

^b Atual ou ao longo da vida.

Tabela. 3: Descrição das substâncias ilícitas em frequências absolutas e relativas.

A large empty rectangular box intended for the content of Tabela 3.

Tabela 4: Classificação do autoconceito em frequências absolutas e relativas.


A large empty rectangular box with a black border, intended for the data of Tabela 4.

Tabela 5: Proporção média de respostas de mais valorização e de mais desvalorização de cada paciente aos itens relacionados ao físico, social e moral.

A large empty rectangular box with a black border, intended for the data of Tabela 5.

^a Mais valorizado

^b Mais desvalorizado