

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência



Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**DISFUNCIONALIDADES EMOCIONAIS NA
TOXICODEPENDÊNCIA: ESTUDO LONGITUDINAL NUMA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

Ana Catarina Baptista

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia das Emoções

Orientador:
Doutora Carla Moleiro, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Outubro, 2011

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento à Dra. Margarida Matos Beja por me ter guiado nos primeiros passos na área terapêutica e, em especial, por ter apoiado o meu crescimento pessoal de forma incondicional.

Agradeço aos Professores da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, em especial ao Professor Rui Paixão, e aos Professores do ISCTE, todos eles importantes na prossecução de mais um dos meus objectivos.

Agradeço à Professora Doutora Carla Moleiro, minha orientadora nesta dissertação, pela paciência, valorização e apoio em todas as fases deste projecto. À Dra. Filipa Machado Vaz pelas preciosas orientações, disponibilidade e por me ter facultado material que enriqueceu esta investigação.

Agradeço também à Associação Dianova Portugal e à Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas, sua Direcção de Intervenção em Programas e Direcção Técnica, por me ter permitido analisar e discutir a sua intervenção.

A todos os meus colegas de trabalho e em especial a ti, Sandra, por teres acreditado e por acreditares sempre.

Agradeço sinceramente a todos os meus pacientes, aos que participaram neste estudo e aos que não participaram, porque fizeram deste projecto uma certeza e porque sou hoje, um pouco de cada um de vós.

Agradeço a todos os que estiveram ao meu lado, amigos e família.

Ao Diogo por me ter incentivado e por me continuar a inspirar.

O meu mais carinhoso agradecimento vai para ti mãe, pai Adriano e Gafanhoto por serem um exemplo de força e determinação.

Resumo

O presente estudo procura explorar as dificuldades de gestão emocional e alexitimia em pessoas com dependência de substâncias. Para esse efeito foram desenhados 2 estudos. O primeiro estudo constituiu uma comparação entre uma amostra clínica e uma amostra não-clínica ao nível da alexitimia, o reportório e capacidade de diferenciação emocional, as dificuldades de regulação emocional, e a expressividade emocional. Neste estudo descritivo comparativo participaram 90 indivíduos, dos quais 37 estavam em comunidade terapêutica por dependência de substâncias e 53 eram o grupo comparativo não clínico. Os resultados indicaram, apesar da ausência de diferenças na alexitimia, que os participantes com dependência de substâncias tinham um menor reportório emocional e menor diferenciação emocional, bem como maiores dificuldades na regulação emocional (em particular no controlo dos impulsos, na tomada de consciência e na clareza das emoções). Finalmente, foi também o grupo clínico a manifestar menor expressão emocional. No estudo 2, alguns dos indivíduos em comunidade terapêutica do estudo 1 foram re-avaliados após 6 meses em tratamento. Os resultados deste estudo longitudinal revelaram que houve diferenças significativas nos valores reportados pelos pacientes ao nível de diversos processos emocionais, ao final de 6 meses de intervenção em comunidade terapêutica. São discutidas as implicações para a intervenção junto desta população e para futuros estudos na área.

Palavras-chave: Dependência de substâncias; processos emocionais; comunidade terapêutica; alexitimia

Códigos PsycINFO da Associação Americana de Psicologia

3233 Substance Abuse & Addiction

2360 Motivation & Emotion

Abstract

The present study aims to explore the difficulties in emotional regulation and alexithymia of substance dependent individuals. Two studies were conducted to that effect. The first study involved the comparison between a substance-dependent clinical sample and a non-clinical sample in terms of alexithymia, emotional repertoire and differentiation, difficulties in emotional regulation, and emotional expression. In this comparative descriptive study 90 participants were included, 37 of which composed the clinical group and 53 the non-clinical control group. The results showed that, even though no differences were found for alexithymia, the clinical (substance dependent) group had a smaller emotional repertoire and were less able to differentiate emotions. They also had more difficulties in emotional regulation (in particular, in controlling impulsivity, emotional awareness and clarity). Finally, the clinical group reported expressing less their emotions. In study 2, some of the clinical participants of study 1 were assessed after 6 months into treatment in a therapeutic community. The results of this longitudinal analysis revealed that there were significant differences found in several emotional processes reported by the patients, at the end of 6 months in a therapeutic community. Implications for intervention and future studies are discussed.

Keywords: Substance dependence; emotional processes; therapeutic communities; alexithymia.

PsycINFO Classification Categories:

3233 Substance Abuse & Addiction

2360 Motivation & Emotion

Índice Geral

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	Viii
1. Introdução.....	1
Parte I	
2. Enquadramento Teórico	
2.1. Toxicodependência.....	3
2.1.1. Conceptualização histórica, teórica e científica do conceito de toxicodependência.....	3
2.1.2. O comportamento aditivo e as abordagens teóricas explicativas.....	6
2.1.3. Intervenções nas toxicodependências e a Comunidade Terapêutica..	10
2.2. Emoções e Processos de gestão emocional.....	15
2.2.1. Alexitimia.....	17
2.2.2. Processos de gestão emocional: activação, diferenciação, regulação e expressão.....	18
2.3. Para uma visão integradora dos conceitos: Disfuncionalidades emocionais, toxicodependência e o papel regulador das CT.....	20
2.4. Objectivos do presente estudo.....	23
Parte II	
Estudo 1	
3. Método	
3.1. Desenho do estudo.....	25
3.2. Participantes.....	26
3.2.1. Caracterização da amostra não-clínica.....	28
3.2.2. Caracterização da amostra clínica.....	28
3.3. Instrumentos.....	
3.3.1. Questionário sócio-demográfico.....	31
3.3.2. Questionário de história toxicológica e tratamentos.....	31
3.3.3. Escala de Alexitimia de Toronto.....	31

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

3.3.4. Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional.....	33
3.3.5. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional.....	35
3.3.6. Escala de Expressão Emocional.....	36
3.4. Procedimentos.....	37
4. Resultados.....	39
Estudo 2	
5. Método	
5.1. Desenho do estudo.....	45
5.2. Participantes.....	48
5.3. Instrumentos.....	49
5.4. Procedimentos.....	50
6. Resultados.....	51
7. Conclusões dos estudos e Discussão.....	55
8. Referências.....	65
Anexos.....	73

Índice de Quadros

Quadro 2.1 - Síntese das diferentes abordagens ao fenómeno da toxicodependência.

Quadro 3.1. – Características Socio-demográficas da amostra.

Quadro 3.2 – Estatísticas descritivas do tempo de programa, anos de consumo, idade de início de consumo e idade de início de consumo de substância principal.

Quadro 3. 3 – Tabela de intercorrelações das sub-escalas e escala total da TAS 20 e valor de alpha de Cronbach.

Quadro 3.4 - Tabela de intercorrelações e alpha de Cronbach para sub-escalas e escala total da EARCDE

Quadro 3.5. - Tabela de intercorrelações e alpha de Cronbach para sub-escalas e escala total da EDRE

Quadro 4.1. – Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste t relativamente às sub-escalas e escala total da TAS 20.

Quadro 4.2. – Frequência (N) de acordo com pontes de corte de Alexitimia na comparação grupo clínico e não clínico.

Quadro 4.3. - Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste t relativamente às sub-escalas e escala total da EARCDE.

Quadro 4.4. - Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste t relativamente às sub-escalas e escala total da EDRE.

Quadro 4.5. - Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste t relativamente à EEE.

Quadro 6.1.- Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste F (teste ANOVA: medidas repetidas).

Índice de Gráficos

Gráfico 3.1 – Distribuição do tempo de programa.

Índice de Anexos

Anexo 1 – Caderno de Avaliação (1 - Consentimento Informado, Questionário sócio-demográfico e Questionário de história de consumos e tratamentos anteriores; 2 – Escala de Alexitimia de Toronto; 3 - Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional; 4 – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional; 5 – Escala de Expressão Emocional).

1 - Introdução

O presente trabalho foca-se na temática das dependências de substâncias, em particular nas disfunções emocionais presentes nos pacientes com estas perturbações e na transformação desta disfuncionalidade durante um processo terapêutico. Comumente definida como uma “doença dos sentimentos congelados” (Zigon, 2010, p.326), a toxicodependência pode ser entendida como uma patologia das emoções, o que tem sido frequentemente revisto quer em estudos nacionais (e.g. Fabião, 2002; Gago & Neto, 2001; Marques-Teixeira, 2001; Queirós, 1997; Santos & Freitas-Magalhães, 2010) quer em investigação realizada noutros países (e.g. Carton et al. 2010; Fernández-Serrano, Lozano, Pérez-García & Verdejo-García, 2010; Gomez, Eizaguirre & Aresti, 1997; Wang et al., 2010), indicando que as mesmas parecem ser responsáveis pela manutenção do comportamento aditivo.

Deste modo, a presente dissertação é composta por dois estudos distintos, operados em momentos diferentes da investigação, que pretendem assumir-se com um cariz comparativo e longitudinal. Neste sentido, o trabalho apresenta dois estudos empíricos, tendo o funcionamento emocional (ou as disfunções nessa regulação emocional) como variável dependente. Num primeiro estudo procurou-se descrever e comparar uma amostra clínica, em comunidade terapêutica, com problemas de dependências de substâncias com uma amostra não-clínica. Num segundo estudo, procurou-se avaliar a amostra clínica num segundo momento, após uma média de 6 meses de tratamento em comunidade terapêutica.

Assim, o presente trabalho apresenta neste primeiro capítulo a revisão da literatura, culminando na definição do problema e dos objectivos do presente trabalho. É seguidamente apresentado o Estudo 1 (descritivo comparativo), nos capítulos 3 e 4, respectivamente referentes à metodologia e aos seus resultados. O Estudo 2 é apresentado nos capítulos 5 e 6, com a metodologia e os resultados deste estudo longitudinal. Finalmente, apresenta-se um capítulo de discussão dos resultados, que integra os dois estudos, e que apresenta algumas conclusões e implicações do presente trabalho.

2 – Enquadramento Teórico

2.1. Toxicodependência

2.1.1. Conceptualização histórica, teórica e científica do conceito de toxicodependência

“(...) eu hoje olho para trás e não sei explicar muito bem. Começa por ser um consumo esporádico. E depois estás agarrado.”

Rui¹

O consumo de substâncias psicoactivas tem vindo a ser considerado um fenómeno crescente que se insere numa esfera social, cultural, económica e pessoal. A procura incessante de intervenções dirigidas à toxicodependência tem-se massificado nos últimos anos, construindo um conjunto de respostas tão diversas e complexas como a realidade do próprio fenómeno. Talvez por isso, os estudos acerca desta temática sejam quase tão antigos como a procura dos indivíduos em alterar o seu estado de consciência (Delrieu, 1988). Assim, tal como o consumo de substâncias psicoactivas tem acompanhado os avanços civilizacionais, também a conceptualização do conceito de toxicodependência se encontra profundamente enraizada em constrangimentos culturais e históricos donde se percebe que, na contemporaneidade do seu estudo, a grande questão se prenda, não tanto com a noção de toxicodependência, mas sim com a facilidade com que indivíduos recorrem a consumos, como forma de organizar a sua realidade (Alarcão, 2000).

O estudo deste fenómeno tem despertado o interesse dos investigadores ao longo de décadas de investigação (Delrieu, 1988). A centração no seu estudo parece estar relacionada, por um lado, com a proliferação de diferentes prismas que conduzem a formas diferentes de entender a toxicodependência e, por outro, com a insatisfação permanente das respostas encontradas face à diminuição dos consumos e incapacidade social de os controlar.

Exemplo desta panóplia de informações e definições é a hierarquização operada por Helen Nowlis. Para a autora (1979), existem 4 formas de perceber a utilização

¹ (citado por Vasconcelos, 2003, p.28)

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

de substâncias psicoactivas e os seus principais agentes (substância, indivíduo e contexto): o ponto de vista jurídico-moral; o ponto de vista médico ou de saúde pública; o modelo psicossocial; e o modelo sociocultural. Estas formas representam modos de encarar a toxicodependência enfrentando os diferentes entendimentos e interrelações passíveis de se estabelecer e apoiando a conclusão que este fenómeno não deve ser lido como afectando apenas a pessoa que consome, mas também todos os sistemas em que a mesma se insere (Cardoso, 2001; Carrasco 2002).

Sendo a toxicodependência uma área em que se geram inúmeras questões de definição (Farate, 1996), importa que nos debrucemos sobre o avanço do conceito e sobre as evoluções teóricas que, actualmente, apoiam um entendimento mais integral do mesmo e, por isso, mais isento de subentendidos ideológicos e diferentes sentidos.

Em 1950, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a primeira sistematização do conceito de toxicodependência (na altura, toxicomania, mais tarde substituído por dependência) como um estado de intoxicação periódico ou crónico gerado pelo consumo repetido de uma droga (natural ou sintética). Estava presente um desejo incontável de continuar a consumir a droga, com aumento gradual das doses, potenciando assim uma dependência física e psicológica que conduzia, necessariamente, à desvirtuação das consequências dos consumos para si e para os outros (Sequeira, 2006). Deste modo, a OMS sublinhava o papel do indivíduo tomado isoladamente e o da droga como factor causal determinante, fechando o fenómeno numa díade indivíduo-droga.

Esta definição continuou a ser permanentemente revista sendo que, actualmente, e particularmente depois da alteração da denominação para dependência em 1964 (Sequeira, 2006), a OMS passou a dar mais relevo à interacção que se estabelece entre um indivíduo e um produto tóxico, assinalando as modificações de comportamento daí resultantes que incluem a manutenção do abuso de forma a pôr fim a um mal-estar específico e experimentar formas de prazer (Almeida, 2006).

A evolução e modificação desta definição apoiaram uma maior clareza conceptual por ter colocado a ênfase em duas questões transversais a todas as descrições patenteadas a partir desse momento: dependência física e dependência psicológica.

Por dependência física entendemos o aparecimento de um conjunto de sintomatologia física por motivo de cessação do consumo; é o resultado da adaptação, pelo uso continuado, do corpo a um estímulo externo que é procurado quando deixa de existir provocando sensação de mal-estar que só termina após reaparecimento desse

mesmo estímulo ou de outro que, pelas suas características, o compense. Esta situação física acontece porque o indivíduo deixa de ser capaz de viver sem o uso da substância sendo que a sua ausência provoca síndrome de abstinência. Nas palavras de Sequeira, é “um estado de adaptação que se manifesta por perturbações físicas intensas quando a administração da droga é suspensa” (2006, p. 22). Por dependência psicológica percebemos a falta da droga percebida pelo indivíduo quando o consumo é cessado pois essa cessação coloca em claro as vivências e angústias internas dolorosas que a droga branqueava por via do prazer momentâneo. Assiste-se assim a um sentimento de desconforto, de falta, de vazio e de quase-saudade pela substância e um desejo incondicional de voltar a sentir prazer. Nos momentos de abstinência psicológica presencia-se, então, uma incapacidade de o indivíduo controlar e regular o comportamento de busca compulsiva face ao consumo, bem como incapacidade de avaliar as consequências do mesmo. Nas palavras do autor acima referido é “uma condição na qual a droga produz um sentimento de satisfação e uma pulsão psíquica que exige uma administração periódica ou contínua da droga para produzir prazer ou evitar um estado depressivo” (2006, p. 22).

Como forma de sistematizar todas as concepções e colorido sintomático do fenómeno da toxicodependência, o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) avançou com uma definição global defendendo que a dependência de substâncias se baseia num conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que levam a que o indivíduo continue a consumir apesar do seu grau de sofrimento. Falamos de uma doença crónica caracterizada por alterações cerebrais associadas a alterações cognitivas, motivacionais e emocionais (Fernández-Serrano, Lozano, Pérez-García & Verdejo-García, 2010).

Neste manual os critérios de diagnóstico da Dependência de Substâncias Psicoactivas não se reportam, na sua maioria, à dependência física. Nota-se um predomínio de critérios que apontam para a dependência psicológica, nomeadamente as consequências comportamentais e psicológicas da mesma. Assim, é possível definir um diagnóstico de dependência de substâncias psicoactivas quando existe um padrão mal-adaptativo de uso de substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios que ocorrem concomitantemente num período de 12 meses: tolerância, definida por uma necessidade de quantidades cada vez maiores de substâncias para obter a intoxicação ou o efeito desejado e uma acentuada diminuição do efeito com o uso continuado da mesma

quantidade de substância; abstinência; a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; existência de um desejo insistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; muito tempo gasto em actividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos; importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso das substâncias; o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso actual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas embora o indivíduo reconheça que a ulcera piorou pelo consumo do álcool (APA, 2002).

É ainda de ressaltar que foi criada uma lista de onze substâncias a serem consideradas em momento de avaliação para diagnóstico, sendo que relativamente à substância de uso nem todos os sintomas apresentam a mesma força e a mesma expressão (APA, 2002).

Acrescenta-se ainda que as substâncias psicoactivas se podem dividir em 3 grupos: 1) Depressoras do Sistema Nervoso Central ou Psicolépticas com efeitos que diminuem a actividade cerebral, reduzindo a estimulação fisiológica e a tensão psicológica (e.g. álcool, haxixe, heroína); 2) Psicodistrópicos ou alucinogéneos que provocam perturbação e constante sensação de despersonalização (e.g. LSD, MDMA, Ecstasy); 3) e Psicotrópicos, Estimulantes ou Psicoanalépticas, que na sua génese são excitantes do sistema nervoso central e que apresentam capacidade de estimular o nível de alguns neurotransmissores no sistema límbico (e.g. cocaína, anfetaminas, metanfetaminas) (Delay & Denicker, 1952).

2.1.2. O comportamento aditivo e as abordagens teóricas explicativas

“Eu era uma miúda extremamente tímida. Dizia uma palavra e ficava...não era capaz de falar (...). Aos 12 anos já bebia porque assim me soltava.”

Inês²

² (citado por Vasconcelos, 2003, p.44)

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

As definições apresentadas pela APA (2002) e pela OMS entendem a toxicodependência como uma patologia cujos sintomas englobam dificuldades de funcionamento de nível comportamental e psicológico. Ainda que mantendo alguns pontos em comum, constatamos através da revisão da literatura a existência de variadas definições que abraçam abordagens teóricas diferentes. Estas tentativas para espalhar as variáveis relativas ao comportamento aditivo surgem de uma necessidade de perceber os motivos que conduzem à dependência e de organizar modelos de intervenção que vão ao encontro das necessidades dos indivíduos (Queirós, 1997).

O toxicodependente tem sido descrito (Salvini, Testoni & Zamperini, 2002; Vultos, 2003; Sequeira, 2006; Vieira, 2007) como alguém que faz do consumo de substâncias psicoactivas o centro da sua vida; são consumidores regulares de um tipo de droga e mantêm o seu consumo independentemente dos problemas que tal consumo lhes coloca, de tal forma que chegam a sentir-se dependentes, actuando em consequência, ou seja, consumindo-a para evitarem os sintomas associados à sua abstinência. Assistimos, desta forma, ao afastamento do grupo de amigos e família, reformulação das prioridades, falta de preocupação com imagem corporal e alienação face a si e à sua gestão pessoal (Frazão et al., 2005). O uso de substâncias e o alheamento aqui explicitado funcionam muitas vezes como um meio para suportar um estado de sofrimento interior, o que aparece frequentemente na literatura sobre o tema (Frazão et al., 2005; Miguel, 1997).

Segundo Miguel (1997), o indivíduo com dependência a substâncias psicoactivas não se revela capaz de assegurar o bem-estar interior e não demonstra capacidade para fazer face à rotina da vida quotidiana nem às relações interpessoais. O mesmo autor acrescenta que o indivíduo dependente de substâncias psicoactivas se encontra unicamente centrado no seu consumo. Já Dias (1982) refere que estes indivíduos apresentam fragilidades na estruturação psicológica, massivamente defendidas pela impulsividade e compensadas pelos consumos.

Porot (1953, citado por Farate 1996) define a toxicodependência como um desejo manifestado por alguns indivíduos face ao efeito provocado por substâncias psicoactivas e cuja experimentação conduziu a um uso continuado e abusivo com aumento progressivo das doses ingeridas. A acrescentar a esta definição, outros autores propõem que o uso da substância é um acto voluntário (Coelho, 2001). Factores como a constância e repetição não só do consumo, mas das recaídas após períodos de abstinência, têm sido também apontados na literatura como caracterizando a

toxicodependência (Hyman & Malenka, 2001 citado por Feil, Sheppard, Fitzgerald, Yucel, Lubman & Bradshaw, 2010).

Concomitantemente com estes factores, a toxicodependência aparece também apresentada como uma forma de *coping* com problemas emocionais desagradáveis com os quais os indivíduos não conseguem lidar, um preenchimento de um vazio fruto de uma inadaptação emocional de um indivíduo (Oliveinstein, 1990) e neste sentido a procura por uma alteração de um estado de consciência (Queirós, 2007). Assim, reportando-nos a Fabião (2002), a toxicodependência é assumida, nesta linha de análise, como a libertação do desprazer pela via do prazer e, neste sentido, seria a procura por soluções para os conflitos internos como forma de conseguir sobreviver (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000).

Outros autores têm vindo a estudar a toxicodependência enquanto fenómeno biológico e neurológico. Neste sentido, a toxicodependência é encarada como uma “doença cerebral”, onde a responsabilidade se encontra ao nível das acções cerebrais e hormonais provocadas pelo consumo; as estruturas e circuitos cerebrais estão implicados em todo o processo: do uso ao abuso e do abuso à dependência (Marques-Teixeira, 2001) e são modificadas em virtude do mesmo (Fernández-Serrano et al, 2010; Verdejo-Garcia, Lopez-Torrecillas, Gimenez, & Perez-Garcia, 2004; Wang et al., 2010).

Contudo, nem todos os indivíduos que consomem drogas desenvolvem uma dependência (Fernandes, 1990). Esta variabilidade nos indivíduos depende, em muito, das suas características biológicas, psicológicas e socioculturais. Compreende-se assim que se deve perceber o indivíduo antes do início dos seus consumos, sem o projectar para um nível de análise redutora e reducionista da sua estrutura psicológica. Estudos indicam-nos que os indivíduos que se tornam dependentes têm características diferentes na sua estruturação psicológica e emocional que os leva a escolher percursos de vida também eles diferentes (Marques-Teixeira, 2001).

Morel, Hervé e Fontaine (1998) referem que as características destes indivíduos e as formas de compreender esta problemática podem ser vistas sob uma abordagem biológica, psicológica, e/ou sociológica. Acrescentamos, antes de nos debruçarmos sobre cada uma delas, que deve ser considerada a existência de um triplo vector na análise e compreensão do fenómeno da toxicodependência, pelo que se considera que qualquer interpretação do mesmo deve colocar em análise o indivíduo, a substância e o contexto inscrito num paradigma biopsicossocial (Agra, 1982 citado por Fonte, s.a.).

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

Apresentamos, em seguida, um quadro síntese das diferentes abordagens ao fenómeno da toxicodependência.

	<i>Compreensão do fenómeno</i>	<i>Alguns autores relevantes</i>
Abordagem Biológica	Os opiáceos produzem efeitos ao nível dos neurotransmissores dopaminérgicos e noradrenérgicos, produzindo uma activação neuronal que (pelo prazer) produz a dependência.	Marques-Teixeira; Fernández-Serrano; Verdejo-Garcia, Lopez-Torrecillas, Gimenez, & Perez-Garcia; Wang.
Abordagem Psicológica		
<i>Psicanalítica</i>	A dependência é vista como resultante de um conflito interno não resolvido ou de uma personalidade que, por via dos traumas, se enquistou emocionalmente. O trabalho com estes pacientes tem por objectivo ir de encontro aos factores inconscientes que estão a manter o comportamento aditivo, apoiando o paciente na procura de soluções para as angústias internas. O comportamento aditivo tem, aqui, uma função de esquecimento e anestesia da dor mental.	Amaral Dias; Sequeira; Morel, Hervé & Fontaine; Fabião.
<i>Sistémica</i>	A dependência é percebida como um produto do sistema familiar que se encontra doente; o indivíduo com comportamento de consumo seria o sintoma de todo o disfuncionamento da família.	Alarcão, Cancrini, Relvas, Gameiro
<i>Cognitiva</i>	O ponto de partida da adição são as crenças disfuncionais carregadas de baixa tolerância à frustração, o que funciona como factor de predisposição para o comportamento aditivo. No centro da adição encontra-se um conjunto de pensamentos disfuncionais de auto-depreciação e padrões aprendidos de <i>coping</i> não-adaptativo.	Beck; Marlatt.
Abordagem Social	A toxicodependência é definida como um desvio social (sociopatia); o consumo de substâncias é considerado desviante e delimitado pela cultura.	Barbor; Wacquant
Abordagem Biopsicossocial	Conceptualiza a toxicodependência como uma perturbação causada por diversos factores na interdependência entre indivíduo, substância e contexto.	Agra; Torres

Quadro 2.1 - Síntese das diferentes abordagens ao fenómeno da toxicodependência.

2.1.3. Intervenções nas toxicodependências e a Comunidade Terapêutica

“Aqueles sintomas todos do consumo (...) Chegou a um ponto de ruptura mesmo em que eles [colegas de trabalho] é que vieram falar comigo. Vieram propor-me um tratamento.”

Rui³

A decisão de ruptura com as drogas e os processos emocionais associados podem ser comparados a uma espécie de moratória psicossocial. Por vezes esta decisão de mudança acontece sem recurso a qualquer tratamento; contudo, a maior parte das vezes exige algum tipo de tratamento, quer este inclua internamento ou não.

A variedade dos tipos de tratamento é quase tão vasta como a quantidade de substâncias passíveis de serem consumidas. A evolução dos tipos de tratamento tem acompanhado a história das dependências pelo confronto permanente com novas ideias, novas formas de encarar o fenómeno e alterações do fenómeno em si (Broekaert, Vandeveld, Schuyten, Erauw & Bracke, 2004). O perfil do indivíduo dependente de drogas tem vindo a mudar (De Leon, 2000); percebemos pela experiência clínica que se há uns anos estes indivíduos eram na sua maioria heroinómanos, cuja condição social era muito precária, hoje em dia assistimos a novas formas de consumo que não conduzem a tão grandes níveis de degradação social.

A dificuldade muitas vezes reside na escolha e opção por um ou outro tipo de tratamento. Para que esta opção seja a mais correcta, e baseando-nos na experiência clínica, é importante que ela seja tomada em consonância com o tipo de consumo, aos anos de consumo, os tratamentos já efectuados e, mais do que tudo, com a personalidade do indivíduo e com os seus objectivos de reabilitação. Nem todos os tipos de tratamento resultam com todos os indivíduos e esta questão resulta, em grande parte, de diferença individuais. Neste sentido, aceitamos as palavras de Tinoco que nos diz que “nesta área de intervenção não existem verdades indiscutíveis ou infalíveis (2006, p.30).

A escolha da opção de tratamento a seguir é o primeiro passo de um processo de reabilitação; a avaliação do indivíduo e a análise do seu estado actual em conjunto com o próprio e a família podem constituir indicadores da direcção a tomar. A experiência

³ (citado por Vasconcelos, 2003, p.29)

clínica tem-nos mostrado que a escolha do tratamento tendencialmente tem em conta a dependência física (síndrome de abstinência que necessita de processo de desabituação medicamentosa) e a dependência psicológica (que necessita de uma intervenção mais focalizada na ansiedade e outras emocionalidades negativas, na procura de soluções para as fragilidades internas, no trabalho de prevenção de recaída e na óbvia ansiedade de consumo - em inglês: *craving* - presente ao longo de todo o processo de recuperação). Assim, o tratamento deve conduzir a uma reintegração social plena com vitória do processo de autonomia pessoal (Vieira, 2007).

Pelo exposto, percebe-se que a motivação e a vontade de organizar a sua vida sem recurso à substância devem estar sempre presentes sob pena de invalidar o bom curso de um tratamento que se pretende livre de drogas (Vieira, 2007). O grande objectivo dos tratamentos de dependências a substâncias psicoactivas passa por garantir que o indivíduo assegure a consolidação da ruptura com os consumos, substituindo os hábitos e estratégias utilizados enquanto consumidor por outros que apoiem uma maior resiliência e que sejam garantia de escolhas de vida saudáveis do ponto de vista psicológico. Estes factores, que geralmente se denominam factores protectores (em oposição aos factores de risco definidos como potenciadores do uso e manutenção do consumo de drogas), são potenciados nas intervenções na toxicodependência (Prochaska & DiClemente, 1986; Leite & Gomes, 1998).

Na revisão da literatura encontramos variadas formas de intervenção que assumem perfis diferentes.

Uma dessas alternativas de intervenção encontra-se centrada no tratamento médico com apoio de fármacos em ambulatório ou Unidade de Desabituação (UD) e em tratamentos de substituição (agonistas ou antagonistas opiáceos ou para o álcool) (Padre-Santo, Soromenho, Costa & Godinho, 1998; Queiróz, 2001). A intervenção baseada em fármacos (em ambulatório ou em UD) tem por objectivo diminuir a sintomatologia de abstinência e garantir que, durante o processo de desintoxicação, o paciente não irá usar drogas para pôr fim ao mal-estar físico; apoia assim uma ruptura com a dependência física. Os tratamentos de substituição cumprem o objectivo de manter o paciente em abstinência face à droga de consumo (reduzindo-o ou eliminando-o), estabilizando o paciente e reduzindo os danos causados pelos consumos.

Encontramos ainda tipos de reabilitação organizados em torno da psicoterapia ambulatória, de índole individual, grupal ou familiar cumpridas na sua maioria, em Portugal, pelas Unidades de Tratamento dos Centros de Respostas Integradas (antigos

Centro de Apoio ao Toxicodependente – CAT) do Instituto da Droga e Toxicodependência (Ausubel, 1960; D’Aunno & Vaughn, 1995; Ravenna, Hoézlz, Costarelli, Kirchler & Palmonar, 2001). Neste tipo de tratamentos encontramos variadíssimas vezes a opção por tipos de tratamentos combinados (psicoterapia individual e familiar e terapêuticas de substituição) com o objectivo de garantir que o tratamento, ao nível da dependência física e psíquica, é suplantado.

Temos por fim alternativas baseadas em internamentos em Comunidade Terapêutica de curta, média ou longa duração (e.g. Broekaert et al., 2004; Burdon, Dang, Prendergast, Messina, & Farabee, 2007; Tinoco, 2006; Walker, 2009), que nesta dissertação (tendo em conta os seus objectivos) são objecto de uma revisão mais exaustiva.

O percurso histórico das Comunidades Terapêuticas teve a sua origem nos Estados Unidos da América. As estruturas aí construídas e os princípios aí fundados têm sido um alicerce para a construção de práticas actuais e modernas das novas formas de CT.

As primeiras CT surgiram em 1953 de um movimento paralelo ao iniciado no Século XIX pela mão dos Alcoólicos Anónimos. Eram comunidades, que se expandiram por todo o continente americano, bastante sólidas e com programas complexos que visavam a manutenção de uma estrutura hierárquica (em que o líder, também ele com dificuldades ao nível da dependência, exercia uma autoridade moral sobre os utentes) com normas de comportamento rígidas (com recurso quase permanente à confrontação dos erros como técnica de intervenção) e a funcionar em auto-gestão. O objectivo destas Comunidades não era a reinserção dos seus pacientes, mas sim a criação de um culto familiar quase evangelizante com o objectivo final de retenção de potencial humano (Tinoco, 2006).

O pouco interesse pelo mal-estar do indivíduo e a ausência de resultados de reinserção e reabilitação deram origem a um sem número de críticas face ao modelo aplicado, o que acabou por conduzir à sua desagregação. Em 1964, Casriel (citado por Tinoco, 2006, p.24) aponta críticas severas ao modelo até aqui seguido:

“as estadias na organização eram demasiado extensas temporalmente; observa-se uma falta de abertura ao exterior; registava-se falta de ajuda profissional; as técnicas de disciplina e aprendizagem usadas eram ultrapassadas; havia uma liderança excessivamente carismática”.

Oliveinstein (1973, citado por Tinoco, 2006, p. 24) referia-se a estas CT como “psiquiatria selvagem”.

Face a esta constatação, foi operado um afastamento a este tipo de Comunidades e que foi dando origem a um novo modelo de intervenção em que os pacientes eram tratados relativamente à sua patologia, em que a reinserção era um fim maior, em que uma equipa médica e terapêutica definia os objectivos individuais e comunitários não transformando os indivíduos, a própria comunidade, num ilhéu social (Tinoco, 2006).

Ao longo dos anos, e nas Comunidade que foram seguindo esta organização e filosofia, foram mantidos alguns dos princípios gerais tais como a hierarquia do modelo, o conceito de Comunidade Livre de Drogas, a existência de grupos de encontro e de terapias centradas na confrontação ainda que, nesta fase, as mesmas fossem dinamizadas por um elemento técnico e tivessem por objectivo a alteração de padrões de comportamento e de emoções disfuncionais (Broekaert et al, 2004).

Na Europa, as versões embrionárias das CT democráticas (por oposição à hierárquicas) foram criadas por Maxweel Jones. Neste tipo de programas era dada ênfase à participação activa do paciente na sua própria recuperação e foi mantida a intervenção confrontativa como metodologia de intervenção e como forma de garantir alguma estrutura grupal capaz de apoiar os processos de mudança (Tinoco, 2006; Vieira, 2007).

Data dos anos 80 o surgimento das primeiras Comunidades Terapêuticas em Portugal. Hoje em dia, existe um grande número de Comunidades e modelos de intervenção com carácter científico (e.g. algumas com intervenções que seguem o modelo hierárquico e de confrontação, outras com filosofia dos 12 passos resultante do modelo dos Alcoólicos Anónimo ou Narcóticos Anónimos, outras com modelo médico e psiquiátrico, outras com modelos individualizados e mistos, com ênfase na terapia ocupacional e educativa e na psicoterapia).

Actualmente, as Comunidades Terapêuticas mostram uma evolução acentuada gerada por este passado e centrada num presente e num futuro onde o indivíduo, o seu tratamento, reinserção e estabilidade emocional são os vectores principais procurando um equilíbrio dinâmico entre as valências e intervenções da Comunidade e os pedidos dos pacientes.

Em termos gerais, podemos dizer que como sustentáculo das Comunidades Terapêuticas científicas encontramos nelas pontos em comum: o processo de internamento e a intervenção educacional e terapêutica são considerados como um todo

e como um método de mudança, isto é, tudo o que acontece na CT é o próprio método de intervenção da estrutura. Essa mudança, que se opera no seio do grupo e através da realidade vivida, produz alterações individuais de nível emocional e social e é gradativa pelo processo de aprendizagem que vai acontecendo ao longo do internamento (De Leon, 2000). Parece-nos justo fazer uso das palavras de Vieira quando diz que “na CT quando se está a tentar mudar já se está a mudar, porque o processo é uma grande mudança, envolvendo a aprendizagem de comportamentos positivos e eliminação de comportamentos negativos, o que se faz por meio do erro de percurso” (2009, p. 21).

A solução de Comunidade Terapêutica enquanto alternativa de tratamento tem sido estudada e defendida como alternativa à ineficiência de outros tratamentos, donde se reconhece a sua eficácia enquanto espaço de contenção e tratamento, ou de re-educação se se preferir, das dificuldades comportamentais e angústias emocionais com vista à obtenção de um estilo de vida mais saudável (De Leon, 2000).

Um dos factores de maior destaque nestes contextos de tratamento, “é a criação de um clima de crescimento, com os seus vectores de segurança e aceitação dentro de um grupo (...) incentiva-se a responsabilidade individual: cada residente terá de perceber que lhe cabe somente a si próprio a resolução dos seus problemas” (Tinoco, 2006, p. 27).

Ao reduzir os estímulos do mundo exterior e com as normas e actividades pedagógicas quotidianas, a CT cria condições para a emergência de situações relacionais e emocionais. Encontramos como pontos comuns deste tipo de tratamentos uma orientação para o indivíduo e para o grupo enquanto motor de mudança. Assistimos assim “à relevância dada ao grupo enquanto modalidade terapêutica; o assumir de que o paciente possui potencialidades de mudança; a relação intersubjectiva e a análise da mesma como factor potenciador da transformação pessoal” (Vieira, 2007, p. 17).

Neste contexto, o “tratamento residencial de toxicodependentes coloca a tónica na importância das relações interpessoais no processo de mudança” (Ravenna et al, 2001, p.19). Esta forma residencial de tratamento assenta os seus pressupostos na ideia de desenvolvimento. Ou seja,

“mudar, entendido como uma forma de maturação e crescimento pessoal, tendo como objectivo conduzir a que uma pessoa adulta seja capaz de lidar com estados de desconforto e situações da vida quotidiana, expressar o seu potencial, arranjar um

emprego, criar e manter laços afectivo, e adquirir condições de bem-estar psicológico sem a ajuda de drogas” (Ravenna et al, 2001, p.20).

A compilação de todas as formas de tratamento, e recurso a uma ou outra de forma concomitante, podem conduzir a melhores resultados no tratamento. No entanto, seja qual for a opção tomada, encontramos referências que apontam para a ideia de que quanto maior for o tempo de tratamento melhor será o prognóstico de recuperação. Encontramos evidências que mostram que os tratamentos de longa duração apresentam um melhor prognóstico ao nível do funcionamento social e emocional futuro dos dependentes. Demonstram ainda a evolução dos estados emocionais, inicialmente marcados por emoções confusas e disfuncionais, e o efeito do tratamento em comunidades nos dependentes ao longo do processo de internamento (Ravenna et al, 2001; Ravenna, Holzl, Kirchler & Costarelli, 2002; Walker, 2009).

2.2. Emoções e Processos de gestão emocional

“(...) na altura não se identificam as coisas. A própria paisagem – sei lá o que se vê – é feia, é deprimente. É um estado geral de espírito, muito depressivo e sofredor. Só depois [do acto do consumo] tudo passa a ser interessante e bonito e com razão de existir.”

Rui⁴

Nos últimos anos, as emoções e a importância do seu papel têm vindo a ser largamente estudadas (Kring, 2008). Assistimos a uma proliferação de estudos de definição do conceito e de definição do seu funcionamento (e.g. Cacciopo & Gardner, 1999; Oatley, Keltner & Jenkins, 1996; Queirós, 1997; Suveg, Southam-Gerow, Goodman & Kendall, 2007).

A dificuldade em definir as emoções prende-se, acima de tudo, com a grande variedade de emoções experienciadas pelos indivíduos e com as origens desses estados e processos emocionais. Lazarus (citado por Oatley et al., 2006) avança uma boa descrição geral para os fenómenos emocionais dizendo que as emoções se referem a acontecimentos no mundo exterior e no mundo interior do indivíduo. A simplicidade desta definição abarca, contudo, um dos factores mais relevantes no estudo das

⁴ (citado por Vasconcelos, 2003, p.64)

emoções: a relação entre o que se vive cá fora e o que se passa cá dentro (Oatley et al., 1996) e permite-nos concordar com Damásio que se refere às emoções como “os fenómenos automáticos de regulação da vida” (2003, p. 47).

Inicialmente descritas como secundárias ao comportamento, as emoções eram vistas como factores disruptivos do mesmo, que em nada contribuíam para a estabilidade do indivíduo (Izard & Harris, 1995 citado por Vaz, 2009). Contudo, é hoje inegável o seu valor enquanto motor de influência para as nossas escolhas e tomadas de decisão, bem como para o nosso bem-estar psicológico, de onde se percebe que gestões emocionais sufocantes poderão acarretar consequências negativas para o funcionamento dos indivíduos (Lelond & André, 2002).

As emoções apresentam variadas componentes que fazem delas “organismos” complexos, multideterminados e multideterminantes. Neste sentido, compreendemos as palavras de Besche-Richard e Bungener (2008) que adiantam que durante o desenvolvimento, os indivíduos vão sempre procurar emoções ou fugir delas.

Segundo Pinto (2001), a emoção inclui uma componente fisiológica e uma interpretação cognitiva que resultam num comportamento observável e que traduzem uma experiência subjectiva do indivíduo. Esta ideia componencial da emoção é partilhada na revisão da literatura por outros autores, sendo que encontramos como denominador comum que as emoções se manifestam a nível neurofisiológico, comportamental, cognitivo e experiencial (Bartlett, Mesquita, Ochsner & Gross, 2007; Fridja, 1994; Queirós, 1997; Sroufe, 1996) “que operam de forma sincronizada a diferentes níveis de processamento” (Greenberg, 2002 referenciado por Vaz, 2009). A ênfase num ou noutro componente depende do referencial teórico de cada autor.

Neste sentido, a emoção, entendida como processo de estabelecimento e manutenção das relações entre a pessoa e o meio interno e externo, conjuga movimentos de preparação para a acção em resposta a estímulos ambientais, podendo ser conceptualizada como uma forma de garantir ao mesmo tempo a sobrevivência, a evolução e o equilíbrio homeostático (Abe & Izard, 1999; Sroufe, 1996). As emoções representam de certa forma um tipo de comunicação social tendo em conta que não existem unicamente dentro do indivíduo e as suas manifestações são observáveis pelos outros (Levenson, 1994).

Parece existir algum consenso face à questão de que as emoções motivam o comportamento (Papalia, Olds & Feldman, 2001). No entanto, esta preparação para a acção ocorre independentemente de o indivíduo se encontrar ou não capaz de gerir as

suas emoções. Assim, a orientação para a acção está na base de muitos quadros psicopatológicos, tendo em conta que o sistema afectivo está na base de quase tudo o que fazemos, pensamos, sentimos e expressamos fisiologicamente (Queirós, 2007).

Em seguida, deter-nos-emos sobre alguns conceitos relativos aos processos de gestão emocional e dificuldades específicas dessa gestão.

2.2.1. Alexitimia

Na revisão da literatura, encontramos evidências de que o conceito de alexitimia tem sido alvo de múltiplos estudos (e.g. Corcos, Flament & Jeammet, 2001; Grynberg, Luminet, Corneille, Grèzes, & Berthoz, 2010; Praceres, 2000; Praceres, Parker & Taylor, 2000; Thorberg et al., 2010a) que a organizam, tal como Sifneos (1972 citado por Praceres, 2000), a partir do seu significado etimológico: “sem palavras para as emoções”.

Inicialmente encontrada em doentes com psicopatologia psicossomática, rapidamente se percebeu que as características da alexitimia representam factores de risco para muitas psicopatologias (Corcos et al., 2001; Grynberg, et al., 2010; Thorberg et al., 2010a), na sua origem e manutenção, tendo em conta que criam um quadro disfuncional que se revela terreno fértil para dificuldades de âmbito emocional.

O conceito diz respeito a uma dificuldade em experienciar e processar emoções, em as verbalizar e elaborar pensamento simbólico a partir das mesmas (Corcos et al., 2001), o que é indicador de poucas capacidades sociais e afectivas (Grynberg, et al., 2010), de uma reduzida capacidade de pensamento abstracto não orientado para o exterior e uma tendência para usar a acção de forma a organizar os conflitos emocionais internos (Gago & Neto, 2001). As dificuldades alexitímicas podem ser encaradas num modelo triplo de desregulação emocional de nível afectivo, cognitivo e relacional (Praceres, 2000).

É de acrescentar que, segundo Praceres, “o problema presente na alexitimia não parece ser o de possuir, ou não, um vocabulário afectivo (...) mas antes a forma como é usado” (2000, p.110). Neste sentido, as características alexitímicas mostram-se como incapacidades de dar palavra ao que é sentido, sendo que perante o vazio lexical a única solução passa pela elaboração das emoções pela acção como forma de ventilar o que se sente.

A alexitimia tem sido encarada de diversas formas em termos de funcionamento da personalidade, sendo que alguns autores a consideram como uma traço de

personalidade e portanto uma perturbação psiquiátrica (Thorberg et al., 2010a; Taylor, 1994 citado por Praceres, 2000) e outros orientam-se por uma visão mais compreensiva, não vincando o cunho permanente das características acima definidas, e portanto concebendo-a como uma “característica psicológica dos pensamentos, sentimentos e processos relacionados” (Silva & Vasco, 2010, p.676). Ainda assim, parece haver unanimidade ao considerar-se que a mesma se encontra presente em todos os indivíduos em graus variados (Fabião, 2002).

2.2.2. Processos de Gestão Emocional: activação, diferenciação, regulação e expressão

As emoções envolvem um conjunto complexo, definido e organizado de processos que funcionam num crescendo da activação à expressão, passando pela diferenciação e regulação emocionais.

Quando um indivíduo está perante um determinado estímulo, seja ele externo ou interno, dá-se a activação emocional que acontece por via da consciência emocional e que se traduz numa resposta fisiológica. “Este processo conduz a uma activação, mas ainda não se constitui como uma emoção” (Vaz, 2009, p. 25) e representa que a pessoa se activa para reagir ao que acabou de experienciar de entre o reportório que possui; é um momento de reacção automático e o passo inicial na escalada do processo emocional e constituição da emoção propriamente dita.

Assim, após a activação, o indivíduo inicia o processo de atribuição de significado ao que experienciou através “do tipo de activação fisiológica experienciada, do contexto em que ocorre, das experiências passadas e das memórias episódicas construídas” (Barrett, 2006 citado por Vaz, 2009, p. 25).

Perante o que experiencia, de entre o seu reportório emocional, o indivíduo efectua um processo diferenciação emocional, percebendo desta forma, e só neste momento, o que está a sentir e como está a sentir, sendo capaz de compreender diferenças subtis no momento em que se encontra activado emocionalmente.

O processo de diferenciação emocional é um momento importante na organização de uma emoção. De acordo com Vaz, Vasco, Greenberg e Vaz, a diferenciação emocional permite

“simbolização da experiência emocional, aumento das potencialidades da experiência vivenciada, ao maximizar a multiplicidade do significado da experiência emocional,

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

promoção de estratégias de regulação emocionais mais adaptativas e expressão e consequente socialização das mesmas” (2010, p.698).

Este processo permite reconhecer, dar sentido e significado ao que se sente e contribui para que os restantes processos emocionais (regulação e expressão) possam acontecer. Não sendo uma aquisição estática, a capacidade de diferenciação emocional vai aumentando ao longo do desenvolvimento dos indivíduos, por acumulação de experiências bem-sucedidas, permitindo que os mesmos adquiram uma maior complexidade emocional.

Tendo acesso à emoção sentida, pela sua diferenciação, o indivíduo encontra-se capaz de regular o que sente com vista a uma melhor adaptação do seu comportamento implementando estratégias de regulação emocional (de nível fisiológico, cognitivo, comportamental, experiencial e social) para “aumentar, manter ou diminuir um ou mais componentes de uma resposta emocional” (Vaz et al., 2010, p. 698).

Assim, a regulação emocional define-se como o processo pelo qual os indivíduos influenciam as emoções que sentem, quando as sentem, e como as experienciam e expressam (Gross, 1998 citado por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2010). Segundo Gratz e Roemer (2004), quando se pensa na regulação emocional é importante que se tenha em conta os objectivos do indivíduo, a intensidade e duração da experiência emocional e a forma como o mesmo gere os impulsos perante as emoções negativas sem nunca perder o rumo da concretização dos seus objectivos.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a regulação emocional é um processo multidimensional que compreende

“a consciência e a compreensão das emoções, a aceitação das emoções, a capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objectivos desejados e a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível de forma a alcançar objectivos individuais ao mesmo tempo que se atende as exigências da situação” (citado por Coutinho et al., 2010, p.146).

Concluindo, em consequência da consciência emocional e da diferenciação das diferentes emoções sentidas, surge a capacidade de regular as emoções, o que aparece como representante de um funcionamento emocional competente (Suveg et al., 2007). No mesmo sentido, desregulação emocional está presente quando os indivíduos são incapazes de controlar as experiências emocionais eficazmente e expressar emoções, o

que indica que não é necessariamente a falta de regulação mas sim a regulação a funcionar de uma forma disfuncional que se encontra presente.

Se não há diferenciação nem regulação é difícil que os indivíduos sejam capazes de expressar de forma saudável o que sentem. Contudo, havendo a regulação emocional saudável e necessária da experiência emocional, assistimos a mudanças que resultam da concretização de todo o processo acima descrito. Neste sentido, Kring, Smith e Neal (1994) defendem uma conceptualização de expressão emocional como a capacidade de os indivíduos expressarem diferentes emoções através de respostas verbais, comportamentais e fisiológicas diferentes.

A complexidade emocional diz respeito à capacidade do indivíduo ser funcional em todas as etapas dos processos emocionais; considera-se que existe disfuncionalidade quando um destes processos não ocorre ou ocorre de forma excessiva ou diminuta (o que inclui disfuncionalidades na amplitude de emoções positivas e negativas, défices e excessos nas emoções, problemas sociais da emoção e problemas ao nível da regulação emocional) (Kring, 2008).

2.3. Para uma visão integradora dos conceitos: Disfuncionalidades emocionais, toxicodependência e o papel regulador das CT

“Eu chegava a encostar-me num canto, estava ali (...) eu não falava. Era como se não existisse”

Rui⁵

“ (...) mas o que é que a gente tem de sentir? Porque eu não senti nada.

Fátima⁶

Após a definição de alexitimia e demais processos de gestão emocionais, importa pensar em que medida estes factores se encontram relacionados com a dependência de substâncias e de que forma as disfuncionalidades presentes nos mesmos podem desencadear ou manter os comportamentos aditivos.

Na revisão da literatura encontramos algumas evidências de estudos que analisam a relação entre emoções e dependência de substâncias, ainda que não seja uma

⁵ (citado por Vasconcelos, 2003, p.65)

⁶ (citado por Vasconcelos, 2003, p.73)

relação particularmente procurada para investigações (Fernandez-Serrano et al., 2010; Queirós, 1997).

Esta relação aparece muitas vezes retratada como uma procura dos indivíduos em alterar estados de consciência e emocionais, o que aponta para a funcionalidade do consumo para fazer frente a processos emocionais disfuncionais (Queirós, 1997). Percebe-se então que as emoções são um factor preponderante nos comportamentos de dependência de substâncias psicoactivas (Wang, et al., 2010; Bonet & Pardinielli, 2010).

Uma das questões essenciais no funcionamento emocional (adaptativo) prende-se com a capacidade de descodificar e reconhecer pistas emocionais nos outros. Assim, “o reconhecimento emocional é bastante relevante no estudo da adicção” (Fernandez-Serrano et al., 2010, p. 57). A revisão bibliográfica evidencia que os processos emocionais se encontram comprometidos nas patologias aditivas: dificuldade dos dependentes nomearem e definirem as emoções, porque não as reconhecem nem as expressam, organizam ou partilham (Freitas-Magalhães, 2007; Lacks & Leonard, 1986; Marques-Teixeira, 2001; Queirós, 1997b)

Desta forma, percebe-se que as dificuldades em identificar, descrever e comunicar as emoções - o que pode ser definido como alexitimia - são prevalentes neste tipo de patologias; estas disfunções variam de acordo com o tipo e tempo de adicção (Gomez et al., 1997; Speranza et al., 2004). Num estudo desenvolvido por Gago e Neto (2001) numa Comunidade Terapêutica concluiu-se pela prevalência da alexitimia em 81% dos indivíduos da amostra.

Alguns autores defendem que a alexitimia é um factor de risco para o desenvolvimento da toxicodependência no sentido em que representa um défice que vai desde a capacidade de regular as emoções até a um défice ao nível da consciência emocional (Quirk, 2001; Jouanne & Carton, 2005; Cheetham, Allen, Yucel & Lubman, 2010). Outros referem que se encontram fortes associações entre emoções negativas (particularmente a hostilidade, que deixa antever um modo de pensamento orientado para o exterior com uso do comportamento enquanto reacção ao sentimento) e perturbações de abuso de substâncias (Donker, Breteler & Van der Staak, 2000).

Uma outra questão essencial face ao funcionamento emocional está relacionada com os processos de diferenciação, regulação e expressão emocional. Segundo Vaz et al.,

“como resposta a um determinado estímulo significativo (interno ou externo), o ser humano experiencia uma determinada reacção fisiológica (activação emocional), que

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

posteriormente, através da atribuição de um significado (diferenciação emocional), se diferencia e ganha coerência. Após diferenciar a emoção, o indivíduo implementa estratégias para regular a emoção (regulação emocional), optando por a expressar ou não (expressão emocional) ” (2010, p.697-698).

Seriam precisamente estes processos que, a par com a alexitimia anteriormente descrita e que conjuga as dificuldades nestes mesmos processos, de acordo com Jouanne e Carton (2005) e com Fabião (2002), estariam em disfuncionalidade nos toxicodependentes. Também Krystal e Raskin (1970 citados por Fabião, 2002) se referem aos indivíduos com consumos como alguém que experimenta as suas emoções de forma indistinta.

Segundo Dias, “ a regulação dos afectos (e dos comportamentos) fica por conta da dose diária de heroína ou cocaína, com um ritmo próprio e controlável e aparentemente independente do relacionamento com os outros ou com as emoções próprias” (1980, citado por Fabião, 2002, p. 45).

Face ao cenário emocional acima descrito, é importante ponderar como as intervenções podem apoiar melhorias na saúde emocional dos indivíduos. Já em 1988, Rybakowsky et al. (citado por Santos, 2009) defendiam que a alexitimia deve assumir um papel importante num contexto de intervenção orientado para o tratamento da toxicodependência, por um lado porque é central à própria dependência e por outro porque parece estar na base de um grande conjunto de dificuldades emocionais.

Apesar de não ser ainda muito claro até que ponto a intervenção em Comunidade Terapêutica apresenta resultados válidos na modificação dos resultados nos valores de alexitimia e alterações positivas ao nível dos processos de gestão emocional (Fabião, 2002), alguns estudos podem ser encontrados neste sentido. Resultados mais baixos nos valores de alexitimia (c.f. com estudo de Gago & Neto, 2001, cuja amostra apresentava prevalências na ordem dos 81%) foram encontrados por Della Chiaie et al. (1994 citado por Fabião, 2002) com prevalências da ordem dos 66%, em participantes que se encontravam abstinentes.

Na mesma linha de investigação e pela revisão da literatura encontramos evidências que apontam para o papel das CT como regulador dos processos emocionais através da sua filosofia de terapias integrativas, centradas no grupo e no indivíduo como principal factor de mudança (De Leon, 2000) e que permitem a emergência de factores emocionais que devem ser trabalhados e organizados (Vieira, 2007). Encontramos ainda autores que defendem que períodos de internamento mais longos apresentam melhores

prognósticos ao nível da mudança comportamental e emocional (Burdon, et al., 2007; Walker, 2009; Ravenna et al., 2001, 2002), bem como na manutenção da abstinência.

Segundo Ravenna et al. (2001), numa fase inicial de internamento em CT os pacientes não demonstram alterações nos processos emocionais, o que indica a necessidade de se investir em internamentos de longa duração para obtenção dessas mudanças. A mesma autora refere ainda, com base num estudo realizado em Comunidades Terapêuticas no decurso de um ano utilizando o método do diário, que é marcadamente visível a evolução dos estados emocionais nos dependentes ao longo do curso do tratamento; desta forma, quando mais perto estão do final do seu Programa Terapêutico, maior é a sua experiência de emoções positivas com aumento progressivo do seu ajustamento emocional. Refere, contudo, que as mudanças não dizem apenas respeito ao contexto, mas também a uma disposição interna do indivíduo para a mudança; estas alterações parecem ocorrer primordialmente nos primeiros 6 meses de tratamento (Ravenna et al., 2002).

Têm vindo, ainda, a ser largamente estudadas as diferenças existentes entre o que se retratou até aqui, na população clínica, e o que parece acontecer a nível da gestão emocional da população não-clínica. Segundo Arcos, Verdejo-García, Peralta-Ramírez, Sánchez-Barrera e Pérez-García (2005), Jouanne e Carton (2005) e Fernández-Serrano et al. (2010), dependentes apresentam níveis mais altos de alexitimia, alterações no reconhecimento emocional e na sua gestão quando comparados com indivíduos não-adictos.

Num estudo conduzido por Queirós (1997) confirmou-se que indivíduos com comportamentos de dependência têm mais dificuldades em reconhecer emoções bem como em expressá-las e que apresentam uma resposta emocional diferente dos indivíduos sem patologias aditivas, com maior afastamento face ao meio e concentração no acto individual de consumo.

2.4. Objectivos do Presente Estudo

As emoções, tal como anteriormente já referido, parecem ser um dos elementos responsáveis pela manutenção do comportamento aditivo; assim, a orientação desta dissertação prende-se, em primeiro lugar, com conseguir trazer o estudo das emoções para o campo da toxicodependência, em segundo lugar com o estudo das disfuncionalidades emocionais e alexitimia das pessoas com comportamentos aditivos e

o papel organizador da Comunidade Terapêutica e, em terceiro lugar com as conclusões que podem ser retiradas a partir da comparação entre população clínica e não-clínica ao nível da gestão das emoções.

O objectivo deste projecto é a avaliação dos processos de alexitimia e de regulação emocional em toxicodependentes internados, num programa de longa duração, em Comunidade Terapêutica (CT), no sentido do que tem vindo a ser estudado por autores como Ravenna et al. (2001; 2002), Jouanne e Carton (2005), Cheetham et al. (2010). Mais se acrescenta que, o que nos interessa não é perceber o internamento como uma ruptura com os consumos, mas tentar elevá-lo a um nível da alteração emocional da alexitimia, entendendo as suas relações temporais e estruturais com mudanças da ordem da gestão das emoções.

A primeira questão da investigação passa por perceber o estado alexitimico e de regulação emocional dos pacientes internados em CT assente no pressuposto de que os estados emocionais dos toxicodependentes se encontram alterados. Assim, a hipótese seria que indivíduos com diagnóstico de toxicodependência apresentariam altos níveis de alexitimia, baixo reportório emocional e pouca capacidade de gestão das emoções (diferenciação, regulação, expressão). Paralelamente, a segunda questão de investigação procura, assim, estabelecer a comparação entre população clínica (dependentes de substâncias psicoactivas) e não-clínica, prevendo-se que os valores alexitimicos seriam mais baixos e que existiria maior gestão emocional em população não clínica, organizando-se, desta forma, a segunda hipótese deste estudo.

A terceira questão de investigação seria perceber até que ponto o contexto de CT produz alterações ao nível da gestão dos processos emocionais ao longo do processo de tratamento. Prevê-se, enquanto terceira hipótese desta investigação, alterações, em média seis meses após internamento, nos níveis de alexitimia (que deveriam diminuir) e na capacidade de gestão emocional (que deveria aumentar/melhorar).

De uma forma geral, pretende-se mostrar a presença de disfuncionalidades emocionais nos pacientes com diagnóstico de toxicodependência e que as mesmas são passíveis de modificação mediante determinadas condições gerais de intervenção e internamento. Espera-se oferecer contributos que permitam desenvolver intervenções na toxicodependência orientadas para os factores emocionais.

Estudo 1

3 – Método

3.1 – Desenho do Estudo

O primeiro estudo tem como objectivo estudar comparativamente os processos de alexitimia e gestão emocional em população clínica e não clínica.

No primeiro momento deste estudo foram avaliados 37 participantes internados numa Comunidade Terapêutica (considera-se este número por ser, em média, o número de pacientes internados), de nacionalidade portuguesa e que saibam ler e escrever sendo que foram, também, excluídos da investigação, todos aqueles que preenchem critérios para perturbação do espectro psicótico. Os participantes foram avaliados através de um questionário sócio-demográfico, sendo que os participantes da amostra clínica preencheram ainda um questionário de história de consumos e tratamentos anteriores organizado com base no *Addiction Severity Index* (McLellan et al., 1990) – adaptado para a população portuguesa por Neto (1996) - (idade, sexo, tempo de programa, tempo de consumo, substância principal de consumo, número de internamentos efectuados no decurso da adição). Para avaliação das variáveis em estudo foram usadas: Escala de Alexitimia de Toronto, 20 itens (Praceres et al., 2000); Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional de Kang e Shaver (2004) adaptada para a população portuguesa por Vaz & Martins (2008) e validada por Vaz (2009); Escala de Avaliação das Dificuldades de Regulação Emocional de Gratz & Roemer (2004) validada para a população portuguesa por Vaz & Vasco (2010); Escala de Expressão Emocional de Kring et al., (1994) validada para a população Portuguesa por Vaz e Vasco (2010).

No segundo momento organizado com o objectivo de operar um estudo comparativo entre população clínica e não-clínica. Desta forma, foram utilizados 53 participantes não-adictos (a dependência funciona aqui, contrariamente à primeira fase, como um critério de exclusão), aos quais foram passados os instrumentos de avaliação acima identificados, com excepção, dado critério de exclusão deste grupo, para o questionário de história de consumos e de tratamentos anteriores.

3.2. Participantes

Para execução dos objectivos da investigação anteriormente referenciados foram aplicados, no 1º momento de recolha de dados, 90 questionários que contemplavam o preenchimento de um questionário sócio-demográfico, um questionário de história de toxicológica e de tratamentos e aplicação de quatro escalas, uma para medicação de alexitimia, uma para medição da expressão emocional, uma para medição das dificuldades de regulação emocional e finalmente uma para medição da diferenciação e complexidade emocional.

A amostra clínica foi recolhida numa Comunidade Terapêutica (Associação Dianova – Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas), a utentes em regime de internamento de longa duração durante o ano de 2011.

A selecção de participantes para esta investigação foi realizada com o objectivo de obter uma amostra que garantisse alguma homogeneidade numérica e minimização possível de disparidades nos restantes elementos do questionário sócio-demográfico (sexo, idade, habilitações, profissão, estado civil) entre grupo clínico e não-clínico. Foram ainda criados como critérios de exclusão para a amostra clínica não saber ler e escrever e presença de diagnóstico do espectro das perturbações psicóticas; como critérios de exclusão para a amostra não-clínica, para além da sobreposição com os da amostra clínica, foi ainda tido em conta o facto de não poderem abusar ou já haver abusado de substâncias psicoactivas (com existência de padrão disfuncional de uso e diagnóstico de toxicodependência).

A amostra (n=90) encontra-se dividida entre amostra clínica e não-clínica e é composta por 37 e 53 participantes, respectivamente.

Na tabela 1, desenha-se a distribuição da amostra clínica e não clínica face aos dados Socio-demográficos.

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

		Amostra Não-clínica (N=37)		Amostra Clínica (N=53)	
Idade		M (DP)		M (DP)	
		27.60 (9.67)		33.30 (7.17)	
		N	(%)	N	(%)
Sexo	Masculino	19	(35.8)	34	(91.9)
	Feminino	34	(64.2)	3	(8.1)
Habilitações Académicas	1º Ciclo	1	(1.9)	5	(13.5)
	2º Ciclo	2	(3.8)	11	(29.7)
	3º Ciclo	5	(9.4)	5	(13.5)
Estado Civil	Secundário	32	(60.4)	13	(31.5)
	Licenciatura	12	(22.6)	2	(5.4)
	Superior a Licenciatura	1	(1.9)	---	---
	Solteiro	36	(67.9)	27	(7.3)
CNP	União de facto	8	(15.1)	4	(10.8)
	Casado	9	(17.0)	2	(5.4)
	Divorciado	---	---	4	(10.8)
	Viúvo	---	---	---	---
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	1	(1.9)	1	(2.7)
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	12	(22.6)	1	(2.7)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	3	(5.7)	4	(10.8)
	Pessoal administrativo e similares	1	(1.9)	1	(2.7)
	Pessoal dos serviços e vendedores	2	3.8	2	(5.4)
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e	---	---	1	(2.7)

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

pescas				
Operários, artificies e trabalhadores similares	7	(13.2)	4	(10.8)
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	(1.9)	3	(8.1)
Trabalhadores não qualificados	1	(1.9)	4	(10.8)
Estudante	21	(39.6)	2	(5.4)
Desempregado	2	(3.8)	10	(2.7)
Reformado	2	(3.8)	---	---

Quadro 3.1. – Características Socio-demográficas da amostra.

3.2.1. Caracterização de amostra não-clínica

Dos 53 participantes pertencentes à amostra não-clínica, 19 (35.8%) são do sexo masculino e 34 (64.2%) são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 62 anos, maioritariamente pertencentes a uma faixa etária até aos 40 anos (90.6%) (M=27.6; DP=9.6).

A maioria dos participantes é solteira (67.9%) e não tem filhos (79.2%); verifica-se uma existência residual de indivíduos casados (n=9) ou em união de facto (n=8).

É ainda de referir que, face às habilitações literárias, a maioria dos participantes tem o ensino secundário completo (n=32; 60.4%) e que as suas profissões se encontram maioritariamente distribuídas pelas seguintes categorias (de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (CNP) editada pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional): especialistas das profissões intelectuais e científicas (22.6%), operários, artífices e trabalhadores similares (13.2%) e, paralelamente, 39.6% de estudantes.

3.2.2. Caracterização de amostra clínica

Dos 37 participantes pertencentes ao grupo clínico salientamos a existência de uma maior percentagem de homens na amostra (mulheres, n=3), o que se encontra relacionado com as condições da amostra e contexto comunitário estudado. Relativamente às idades, a distribuição é consistente com os dados da amostra não-

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

clínica mostrando que a maioria dos participantes se situa no escalão etário até aos 40 anos (83.8%).

Face ao estado civil e existência de filhos, os participantes da amostra clínica são na sua maioria solteiros (n=27) e sem filhos (n=27).

No que concerne às habilitações literárias, a sua maioria tem o ensino secundário completo (36.1%) e as suas profissões encontram-se muito distribuídas pelas diversas categorias (de acordo com a Classificação Nacional das Profissões editada pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional), sendo apenas maior a percentagem de desempregados (27%).

Dentro da amostra clínica é ainda importante que nos reportemos aos dados face aos consumos, tendo em conta que parte da caracterização desta amostra passa pela análise da história toxicológica.

Neste sentido, dos 37 participantes inquiridos percebe-se que o seu tempo de programa (número de meses em processo de internamento ao momento de passagem das escalas) situa-se entre 1 e 16 meses (M=4.16; DP=4.6; Mediana=1⁷) (Gráfico 1).

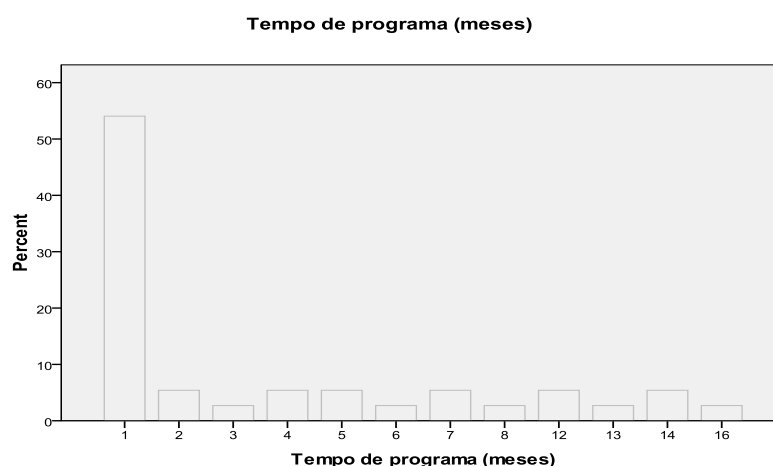


Gráfico 3.1 – Distribuição do tempo de programa.

No que respeita aos anos de consumos, a maioria dos participantes tem 10 e 14 anos de consumo de substâncias psicoactivas (13.5% em cada um dos casos), sendo que em média apresentam 14.2 anos de consumo com um desvio-padrão de 6.5. Face à

⁷ O valor da mediana está relacionado com o facto de se ter procurado obter o maior número possível de participantes com menos de 2 meses de programa tendo em conta o 2º estudo de que vai ser objecto esta dissertação.

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

idade de início de consumo de drogas e idade de início de consumo de substância principal, percebe-se que a idade da segunda é sempre posterior à primeira apresentando os seguintes valores (Tabela 2):

	Mínimo	Máximo	M	DP
Tempo programa (meses)	1	16	4.16	4.66
Anos de consumo	1	30	14.24	6.56
Idade de início de consumo	12	24	15.00	2.80
Idade de início de consumo de Substância principal	12	27	17.28	3.07

Quadro3.2 – Estatísticas descritivas do tempo de programa, anos de consumo, idade de início de consumo e idade de início de consumo de substância principal.

A substância principal de consumo é para a maioria dos participantes a heroína (45.9%), seguida da cocaína (29.7%), sendo a via de consumo mais frequente a fumada (56.8%). A maioria dos pacientes apresenta uso de outras substâncias concomitantes com a substância principal, aparecendo a cocaína e a cannabis como mais comumente identificadas como substâncias secundárias. Estes valores apontam para uma grande percentagem de policonsumidores na amostra estudada.

Face às tentativas de reabilitação anteriores apenas um indivíduo nunca investiu anteriormente em outros tratamentos, sendo que a maioria dos pacientes demonstram investimento repetidos em tentativas de ruptura com as drogas que aparentemente não se revelam garante da abstinência. Dentro destas tentativas, a Comunidade Terapêutica aparece como o recurso mais frequente (n=32; 86.5%) e as reabilitações em Unidade de Desabilitação como o recurso menos frequente (n=12; 32.4%).

3.3. Instrumentos

3.3.1. Questionário Sócio-Demográfico

Para obtenção das características sócio-demográficas, e sua posterior análise, dos participantes das amostras em estudo, foi criado um Questionário com o intuito de responder e avaliar questões como o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações académicas e profissão.

3.3.2. Questionário de história toxicológica e de tratamentos

Tendo em conta características dos participantes da amostra clínica, bem como objectivo geral da investigação, considerou-se necessário procurar obter uma informação detalhada acerca da história de consumos dos participantes, nomeadamente anos de consumo de substâncias psicoactivas, idade de início de consumo e tipos de substâncias consumidas, bem como acerca do histórico de tratamentos anteriores no que concerne ao número e tipo de tratamentos efectuados ao longo do processo aditivo.

Este questionário foi criado tendo por base alguns dos itens do Índice de Severidade da Toxicodependência - Addiction Severity Index, ASI (McLellan et al., 1990) – adaptado para a população portuguesa por Neto (1996).

O ASI, no seu formato original, inclui a avaliação de escalas de problemas relacionados com a gravidade da dependência, no modelo de uma entrevista semi-estruturada, que proporciona uma avaliação global da situação toxicológica, social, judicial, familiar e médica dos pacientes. Apesar de se revelar um instrumento clínico e de apoio à anamnese, foi usado em forma de questionário por ser um instrumento orientado para uma abordagem multidimensional dos problemas relacionadas com o consumo de substâncias psicoactivas, cumprindo o pressuposto da sua utilização nesta dissertação. Tem sido largamente utilizado em investigação, nomeadamente ensaios clínicos com população com consumos excessivos (e.g. Beutler, Moleiro, Malik et al., 2003).

3.3.3 Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Praceres, Parker & Taylor, 2000)

A TAS 20 (Praceres et al., 2000) é um instrumento de auto-avaliação e de medida da alexitimia. A escala foi originalmente desenhada por Bagby, Parker e Taylor em 1994 e foi validada para a população portuguesa por Praceres, Parker e Taylor em

2000, tendo sido essa a versão que se considerou nesta investigação pela mesma manter as qualidades psicométricas do instrumento original.

É uma “escala de auto-relato que avalia a capacidade do indivíduo experienciar, atribuir um significado e diferenciar as emoções” (Vaz et al., 2010, p. 700), sendo o instrumento que, na literatura, aparece descrito como o que demonstra melhores capacidades psicométricas na avaliação do constructo de alexitimia (Corcos et al., 2001; Thorberg et al., 2010a; Thorberg et al., 2010b). Este conceito refere-se a indivíduos que têm dificuldades em identificar e descrever emoções e que tendem a minimizar a experiência emocional, sua e dos outros, e em orientar a sua atenção e pensamento para o exterior com empobrecimento do simbólico (Praceres et al., 2000).

A TAS- 20 é constituída por 20 itens cotados numa escala de Likert de 5 pontos, desde 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente) (e.g. “Fico muitas vezes confuso sobre qual emoção estou a sentir”; “Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos”; Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos”). Os itens são divididos em três sub-escalas: dificuldade em identificar emoções, dificuldade em descrever emoções e pensamento orientado para o exterior. O total do valor da alexitimia é obtido pela soma das pontuações obtidas em todos os itens apresentando os seguintes pontos de corte: menos de 51 – não alexitimico, de 52 a 60 possivelmente alexitimico, mais que 61 alexitimico (Praceres et al., 2000).

A versão original da escala apresenta uma boa consistência interna (0.81) que foi mantida na validação do instrumento para população portuguesa quer face às sub-escalas quer face à escala completa (0.79) (Praceres et al., 2000).

Relativamente à nossa amostra os resultados das intercorrelações e valor de alpha são apresentados no seguinte quadro:

Sub-Escalas	Dificuldade em descrever sentimentos	Dificuldade em identificar sentimentos	Pensamento orientado para o exterior	Escala Total
Dificuldade em descrever sentimentos	$\alpha = 0.71$	0.74**	0.50**	0.87**
Dificuldade em identificar sentimentos		$\alpha = 0.82$	0.48**	0.89**
Pensamento orientado para o exterior			$\alpha = 0.66$	0.77**
Escala Total				$\alpha = 0.87$

α Apresentado na diagonal.*p <0.05; **p <0.01

Quadro3. 3 – Tabela de intercorrelações das sub-escalas e escala total da TAS 20 e valor de alpha de cronbach.

Os dados apresentados no quadro revelam que na análise da correlação na escala total e sub-escalas relativamente à nossa amostra, TAS 20 apresenta bons e significativos valores nas correlações entre as diversas sub-escalas e a escala total (valor mais baixo apresentado é 0.48, na correlação entre a sub-escala dificuldade em identificar sentimentos e pensamento orientado para o exterior). O valor apresentado pelo teste de fidelidade para avaliação da consistência interna face os 20 itens da escala é também satisfatório situando-se acima do obtido quer no artigo original quer no artigo de validação da escala (0.87).

3.3.4. Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional (EARCDE) (*Range and Differentiation of Emotional Experience Scale*, Kang & Shaver, 2004)

A EARCDE (Kang & Shaver, 2004) é uma medida de auto-relato desenvolvida com o objectivo de avaliar o reportório e a capacidade de diferenciação emocional em adultos mostrando-se uma boa medida da complexidade emocional vivenciada pelos mesmos. De acordo com os autores a complexidade emocional encerra em si duas condições essenciais e que se encontram mutuamente associadas; por um lado, diz respeito à variedade de emoções que os indivíduos conseguem experienciar e, por outro,

à capacidade de operar diferenciações subtis entre a panóplia de emoções experienciadas (Kang & Shaver, 2004).

Foi construída por Kang e Shaver (2004) e validada para a população portuguesa por Vaz (2009). Na presente dissertação optou-se por usar a versão portuguesa da escala, tendo em conta que a mesma apresenta boas qualidades psicométricas e não desvirtua o instrumento original.

A escala, na versão final dos autores originais e na validação, é constituída por 14 itens numa escala de 7 pontos, que se situa entre 1= nada característico a 7= extremamente característico. Os itens são divididos em duas sub-escalas: Reportório Emocional e Diferenciação Emocional (e.g. “Não experiencio muitos sentimentos diferentes no meu dia-a-dia”; Tenho consciência das subtilezas entre os sentimentos que experiencio”). Face à consistência interna o alpha apresenta um valor de 0.80, relativamente à escala total, na versão do instrumento validada para a população portuguesa (Vaz, 2009).

Face à análise da consistência interna, as intercorrelações e valores de alpha obtidas na nossa amostra, encontram-se no seguinte quadro:

Sub-Escalas	Reportório Emocional	Diferenciação Emocional	Escala Total
Reportório Emocional	$\alpha = 0.71$	0.57**	0.83**
Diferenciação emocional		$\alpha = 0.87$	0.92**
Escala Total			$\alpha = 0.87$

α Apresentado na diagonal. *p <.05 **p <.01

Quadro 3.4 - Tabela de intercorrelações e alpha de Cronbach para sub-escalas e escala total da EARCDE

Os valores apresentados demonstram a existência de correlações (variando de média a forte, tal como pode ser visto na tabela 4) entre as subescalas e escala total, bem como boa consistência interna da escala quando aplicada à nossa amostra. A análise de consistência interna, através do cálculo do *alpha* de Cronbach, revelou o valor de 0.87, o qual aponta para uma boa consistência interna do instrumento face à escala total; também as sub-escalas apresentam valores elevados de *alpha*, garante de uma boa consistência interna.

3.3.5. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

(*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, Gratz & Roemer, 2004)

Em 2004, Gratz e Roemer construíram a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* de forma a garantir que um instrumento assim organizado fosse capaz de medir de forma eficaz dificuldades na regulação emocional, o que não era conseguido com outras escalas para medição deste tipo de componentes (Gratz & Roemer, 2004). A construção dos itens mostrou-se fiel aos objectivos dos autores que pretendiam que o instrumento reflectisse as seguintes dimensões da regulação emocional:

“ percepção e compreensão das emoções, aceitação das emoções, capacidade de compromisso para se orientar para objectivos e retrainr comportamentos impulsivos em momentos de vivência de experiencias emocionais negativas, existência de estratégias de regulação emocional e uso adequado dessas mesmas estratégias em diferentes situações” (Gratz & Roemer, 2004, p.43).

Inicialmente composta por 41 itens, a sua versão final apresenta-se com 36 itens cotados numa escala de auto-relato de 5 pontos (1=quase nunca (0 a 10%) a 5= quase sempre (91 a 100%) (e.g. “É claro para mim o que estou a sentir”; Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo por me sentir dessa forma”). Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vaz e Vasco (2004), que mantiveram o mesmo número de itens definido pelos autores originais.⁸

Nesta dissertação tomou-se a opção metodológica de considerar as sub-escalas e os valores do teste de fiabilidade da versão original do instrumento. Assim, assumiu-se a existência de 6 sub-escalas: Não-aceitação (não-aceitação de respostas emocionais), Objectivos (dificuldade em conseguir orientar o comportamento de forma adequada), Impulso (dificuldades de controlo dos impulsos), Consciência (falta de consciência emocional), Estratégias (acesso limitado a estratégias de regulação emocional) e Clareza (falta de clareza emocional). A versão original da escala apresenta uma boa consistência interna quer face à escala total, apresentado valor de 0.93, quer face às sub-escalas, apresentando sempre valores acima de 0.80 (Gratz & Roemer, 2004).

Face à análise da consistência interna, as intercorrelações e valores de alpha obtidas na nossa amostra encontram-se no seguinte quadro:

Sub-Escalas	Não-Aceitação	Objectivos	Impulso	Consciência	Estratégias	Clareza	Escala Total
Não-Aceitação	$\alpha = 0.83$	0.56**	0.48**	0.15**	0.68**	0.27**	0.73**
Objectivos		$\alpha = 0.85$	0.54**	0.17**	0.61**	0.33**	0.74**
Impulso			$\alpha = 0.87$	0.33**	0.66**	0.33**	0.79**
Consciência				$\alpha = 0.84$	0.33**	0.57**	0.57**
Estratégias					$\alpha = 0.85$	0.39**	0.87**
Clareza						$\alpha = 0.70$	0.60**
Escala Total							$\alpha = 0.93$

α Apresentado na diagonal. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Quadro 3.5. - Tabela de intercorrelações e alpha de Cronbach para sub-escalas e escala total da EDRE

Os valores apresentados na tabela demonstram a existência de correlações significativas acima do nível de significância considerado entre as subescalas e escala total, bem como boa consistência interna da escala quando aplicada à nossa amostra. Com efeito, a análise de consistência interna, através do cálculo do *alpha* de Cronbach, revelou o valor de 0.93, o qual aponta para uma boa consistência interna do instrumento face à escala total.

3.3.6. Escala de Expressão Emocional (EEE)

(*Emotional Expressivity Scale*, King, Smith and Neal, 1994)

A EEE foi construída em 1994 por King, Smith e Neal para procurar dar resposta à lacuna existente ao nível do estudo da expressividade emocional. Anteriormente a estes autores, outros investigadores na área das emoções e da clínica haviam já criado e validado escalas que procuraram estudar o constructo de expressão emocional; contudo, a maioria destes estudos, e dos instrumentos assim validados, avaliavam dimensões da expressão emocional relacionadas com o afecto positivo e negativo (e.g. a Emotional Expressivity Questionnaire de King e Emmons, 1990) ou avaliam as emoções primárias e a sua expressão fisiológica ou comportamental (e.g. a ACT de Friedman et al., 1980 citada por King et al., 1994), sendo que o objectivo da EEE, e o constructo de expressão emocional que lhe está subjacente, é o de ser uma media de avaliação global da exteriorização emocional dos indivíduos,

⁸ Escala cedida pelos autores; artigo de validação da mesma ainda não publicado.

independentemente da valência positiva ou negativa das emoções e da forma como operam essa mesma exteriorização.

Com estes alicerces foi criada a EEE, definindo-se como uma medida de auto-relato, unidimensional e cujos itens assumem um carácter de homogeneidade face à escala total. Na sua versão final apresenta-se com 17 itens (e.g: “ Eu não expresso as minhas emoções às outras pessoas”) cotados numa escala de 6 pontos (1= nunca verdadeiro a 6=sempre verdadeira). A escala apresenta boas qualidades psicométricas e boa consistência interna (0.91).

A EEE, na sua versão original, foi adaptada para a população portuguesa por Vaz e Vasco (2010), sendo que os autores mantiveram os itens da escala bem como as qualidades psicométricas da mesma.⁹

A análise da consistência interna, através do cálculo do *alpha* de Cronbach, face à nossa amostra mostra revelou o valor de 0.89, o qual aponta para uma boa consistência interna do instrumento.

3.4. Procedimento

Ao longo do processo de desenvolvimento desta dissertação foram seguidos todos os procedimentos éticos e metodológicos relativos à investigação em curso (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2011).

Nos momentos de recolha dos dados, foi aclarado aos participantes os objectivos do estudo e ao longo do processo de tratamento dos mesmos foi garantida a confidencialidade de toda a informação recolhida. A participação dos indivíduos foi voluntária e todos foram submetidos à bateria de questionários e escalas acima descrita. Os questionários foram ordenados aleatoriamente de forma a evitar efeitos de ordem.

Face ao primeiro estudo, a administração do caderno de avaliação na amostra clínica foi colectiva e na amostra não-clínica individual.

Os dados recolhidos foram submetidos a análises estatísticas efectuadas através do *software* estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0); os objectivos das análises efectuadas, no primeiro estudo, estão relacionados com a caracterização de ambas as amostras, com o estudo de fidelidade dos instrumentos, com a comparação entre amostra clínica e não-clínica face aos resultados apresentados nas

⁹ Escala cedida pelos autores; artigo de validação da mesma ainda não publicado

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

escalas relativamente à alexitimia, capacidade de regulação, expressão e reportório e diferenciação emocional dos participantes.

4 - Resultados

Pretende-se, nesta secção, apresentar os resultados obtidos no **Estudo 1** realizados de forma a ir de encontro aos objectivos desta dissertação.

Desenvolveu-se um conjunto de análises que tiveram como objectivo avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupo clínico e não clínico no que respeita às variáveis em estudo (forma como gerem as suas emoções e como se posicionam face aos valores alexitimicos). Procedeu-se à comparação entre grupos optando-se pela execução das estatísticas descritivas bem como do Teste t (para comparação de médias) face aos resultados obtidos pelos dois grupos nos instrumentos administrados aos participantes (estudo 1).

Da análise efectuada, os resultados obtidos na análise dos resultados da TAS 20 para as duas amostras encontram-se representados no seguinte quadro:

	Grupo Clínico	Grupo Não-clínico	Teste t
	M (DP)	M (DP)	
Dificuldade em descrever sentimentos	2.93 (0.85)	2.55 (0.92)	-1.94
Dificuldade em identificar sentimentos	2.67 (0.93)	2.38 (0.86)	-1.50
Pensamento orientado para o exterior	2.55 (0.58)	2.36 (0.64)	-1.39
Escala Total	2.69 (0.62)	2.41 (0.69)	-1.94

Nota: *p <0. 05; **p <0.01

Quadro 4.1. – Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste t relativamente às sub-escalas e escala total da TAS 20.

Da análise da tabela podemos concluir que apesar de as médias da amostra clínica serem ligeiramente superiores às da amostra não-clínica, esta superioridade não

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

se revela suficiente para se poder concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das duas populações, de onde se assume com 95% de confiança que face às sub-escalas e escala total da TAS 20, os grupos não apresentam diferenças estatisticamente significativas.

No entanto e para melhor se perceber esta questão, segue-se a análise da alexitimia em ambos os grupos usando os pontos de corte da escala para avaliação de sujeitos alexitimicos.

		Grupo		Total
		Não-clínico	Clínico	
Pontos de corte da	1	28	18	46
Alexitimia	2	15	9	24
	3	8	9	17
Total		51	36	87

Quadro 4.2. – Frequência (N) de acordo com pontes de corte de Alexitimia na comparação grupo clínico e não clínico.

Assim se percebe a existência de um número muito semelhante e baixo de participantes alexitimicos (grupo 3) nas duas amostras, apontando mais uma vez para a inexistência de diferenças.

Relativamente à EARCDE os resultados obtidos encontram-se descritos em seguida:

	Grupo Clínico	Grupo Não-clínico	Teste t
	M (DP)	M (DP)	
Reportório Emocional	4.56 (0.94)	5.08 (0.94)	2.52*
Diferenciação Emocional	4.39 (1.03)	5.06 (1.23)	2.67**
Escala Total	4.15 (0.77)	4.71 (0.93)	2.95**

Nota: *p<.05 **p<.01

Quadro 4.3. - Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste t relativamente às sub-escalas e escala total da EARCDE.

No sentido do que pode ser lido no quadro, considera-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os 2 grupos no que respeita ao reportório emocional [t (87) =2.52, p <0.05] e capacidade de diferenciação emocional [t (86) =2.67, p <0.01], bem como face à escala total [t (86) =2.95, p <0.01]. Conclui-se assim que existem diferenças nos grupos face à complexidade emocional que cada um deles apresenta.

No sentido do apresentado no seguinte quadro podem ser lidos os resultados obtidos face à comparação das respostas nas duas amostras na Escala de Dificuldades de Regulação Emocional:

	Grupo Clínico	Grupo Não-clínico	Teste t
	M (DP)	M (DP)	
Não-aceitação	2.42 (0.73)	2.11 (0.87)	-1.75
Objectivos	2.55 (0.91)	2.51 (0.96)	-0.17
Impulso	2.45 (0.90)	1.85 (0.76)	-3.38**
Consciência	2.96 (0.92)	2.40 (0.69)	-3.11**
Estratégias	2.28 (0.71)	2.11 (0.76)	-1.07
Clareza	2.37 (0.67)	2.03 (0.66)	-2.40*
Escala Total	2.50 (0.56)	2.15 (0.58)	-2.82**

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Quadro 4.4. - Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste t relativamente às sub-escalas e escala total da EDRE.

Assim, considera-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre grupo clínico e não clínico face à escala total [$t(85) = -2.82, p < 0.01$], isto é, que face às dificuldades de regulação emocional os grupos apresentam resultados diferentes com 99% de confiança. Aqui foi a amostra clínica que apresentou resultados mais elevados de dificuldades de regulação emocional.

Contudo, os resultados face às sub-escalas apresentam resultados diferentes; face às sub-escalas Impulso [$t(86) = -3.38, p < 0.01$], Consciência [$t(62.91) = -3.11, p < 0.01$] e Clareza [$t(88) = -2.40, p < 0.05$] pode-se concluir pela existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No que respeita às sub-escalas Não-Aceitação, Objectivos e Estratégias, ambos os grupos assumem o mesmo tipo de respostas quando avaliados pelo instrumento não permitindo perceber diferenças estatisticamente significativas, a estes níveis, entre grupo clínico e não-clínico.

Em relação aos resultados obtidos face à Escala de Expressão Emocional, os posicionamentos face às respostas obtidas e a análise dos valores de t-student, permitem-nos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$t(86) = 2.29, p < 0.05$]: grupo clínico e não clínico apresentam níveis diferentes de expressão emocional o que pode ser considerado com 95% de confiança, com o grupo não-clínico a revelar-se mais expressivo.

	Grupo Clínico	Grupo Não-clínico	Teste t
	M (DP)	M (DP)	
Escala Total	3.62 (0.63)	3.98(0.78)	2.29*

Nota: *p<.05; **p<.01

Quadro 4.5. - Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste t relativamente à EEE.

Relativamente aos resultados do Estudo 1, retiramos que face aos níveis de alexitimia não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras, isto é, amostra clínica e não clínica pontuam da mesma forma quando avaliados através da TAS-20 (Praceres et al., 2000).

Resultados diferentes podem ser encontrados no que respeita às outras medidas de avaliação. No que concerne à complexidade emocional - variável avaliada pela EARCDE de Kang e Shaver (2004) validada por Vaz (2009) -, podemos concluir pela análise dos resultados, que face à diferenciação e repertório emocional existem diferenças estatisticamente significativas, sendo os participantes da amostra clínica os que apresentam menor repertório e menor diferenciação. Estas diferenças repetem-se na avaliação da expressão emocional - usada para avaliação desta variável a EEE de Kring, Smith e Neal (1994) validada para a população Portuguesa por Vaz e Vasco (2010). Também aqui vão as pessoas da amostra clínica que exprimem menos as emoções.

Ao nível da capacidade de regulação emocional é de salientar as diferenças encontradas entre amostra clínica e não-clínica em algumas das sub-escalas do instrumento utilizado para a medir. Assim, face à forma impulsiva como gerem as emoções, à consciência dessas mesmas emoções e à clareza no seu discernimento podemos concluir que amostra clínica e não-clínica assumem resultados diferentes, o que é revelado pela existência de diferenças estatisticamente significativas. Estas diferenças não se verificam contudo ao nível da não-aceitação das emoções, dos objectivos e estratégias para as regular.

Assim, conclui-se que na maioria das variáveis estudadas ao nível da gestão emocional existem diferenças estatisticamente significativas entre amostra clínica e não-clínica. Contudo, a análise e discussão destes resultados será objecto do Capítulo 6 desta dissertação.

Estudo 2

5- Método

5.1 – Desenho do Estudo

Numa perspectiva de análise longitudinal, é objectivo do Estudo 2 desta dissertação focar-se nas alterações dos participantes ao nível da alexitimia e demais processos de gestão emocional ao longo do processo de tratamento (num tempo teste-reteste a 6 meses), percebendo o impacto do internamento de longa duração nos utentes em reabilitação na Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas – Associação Dianova Portugal. Pretende-se avaliar as diferenças existentes nos participantes entre o início do tratamento e um período intermédio do mesmo, face aos níveis de alexitimia, diferenciação, regulação, expressão e complexidade emocional.

A opção teórica e metodológica apresentada neste estudo teve por base as características e estruturação do programa terapêutico apresentado pela Associação Dianova Portugal na sua vertente de tratamento de reabilitação de substâncias psicoactivas.

O tratamento implementado nesta Comunidade Terapêutica surge da necessidade de dar resposta à questão social da toxicodependência encontrando soluções ao nível do tratamento que possam apoiar projectos de vida sólidos, que passem pela gestão saudável dos processos emocionais como garantia da manutenção de ruptura com o consumo de substâncias psicoactivas. A filosofia institucional, e o consequente alicerce do programa de tratamento, passa pela premissa de que, com a ajuda necessária, cada indivíduo pode encontrar em si potencial de crescimento (Dossier Institucional da Associação Dianova Portugal, 2010).

Integra na sua metodologia uma filosofia que investe, acima de tudo, nas capacidades dos utentes; através de um programa educativo e terapêutico, a finalidade é dotar os utentes de competências pessoais e sociais que lhes permitam um desenvolvimento e crescimento emocional saudável. Para a Dianova (2010), a autonomia é o fim de um processo que através da intervenção terapêutica e da formação, permite ao utente recuperar a auto-estima, adquirir o sentido da responsabilidade e, finalmente, retomar hábitos de independência que resultarão na sua plena integração social.

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

Na intervenção com este tipo de população é importante definir um tratamento a longo prazo e que deve ir além do que se faz em CT, donde se observa a importância dele ser continuado após estadia em Comunidade e a urgente necessidade de avançar, em continuidade, para a reinserção. De facto, trata-se de um tratamento e de um acompanhamento multidisciplinar, cujo azimute é a adesão do paciente, a constância da sua motivação, a confiança depositada na equipa, a continuidade do acompanhamento e, cujo êxito depende, portanto, da qualidade da relação terapêutica, da relação com a família, de origem ou nuclear, e da relação com o grupo e sua manutenção a longo prazo. É importante que se tenha em atenção que o programa deve permitir a maleabilidade adaptativa de um acompanhamento que deve inscrever-se, tal como o próprio comportamento abusivo, nas malhas da rede das relações familiares, profissionais e sociais do sujeito e tendo em linha de análise, as suas vicissitudes culturais.

Pretende-se, assim, que as principais vantagens de um tratamento desta natureza se regulem pelos princípios da abstinência, maior intensidade e continuidade no tratamento, assumpção de comportamentos sociais sob condições de observação, maior potencial de intervenção sobre o grupo, separação temporal do meio envolvente habitual (Dossier Institucional da Associação Dianova Portugal, 2010).

Um programa terapêutico pensado nestes moldes assenta nas directivas de um programa residencial de longa duração – 13 a 18 meses. Contudo, durante o tempo definido, pretende-se que se estipulem objectivos de concretização e etapas definidas e que se efectuem regularmente avaliações, de modo a monitorizar os progressos individuais e a definir estratégias de intervenção de forma a ter sempre em vista a recuperação e reinserção adequada às necessidades de cada um tendo em conta a especificidade da problemática.

Este projecto está pensado para pessoas de sexo masculino, maiores de 18 anos, que pelas suas características pessoais e clínicas necessitam de um espaço de contenção; é implementado e assegurado por uma equipa multidisciplinar que trabalha, conforme a área, em pontos diferentes do tratamento: médico, psiquiatra, psicólogos, assistente social, animador sócio-cultural, monitores e pessoal auxiliar com formação adequada (Dossier Institucional da Associação Dianova Portugal, 2010).

O programa residencial tem por objectivo trabalhar para as pessoas que, devido ao uso abusivo de substâncias psicoactivas, possam ter problemas de nível emocional marcados pelo consumo e agravados pelo mesmo, dificuldades em lidar com as suas

questões pessoais e particularidades da sua história de vida, dificuldades de auto-controle e gestão da impulsividade e necessidade de trabalhar estas questões e outras de foro pessoal temporariamente afastados do seu ambiente de origem e com um distanciamento que lhes permita analisar o seu passado e que seja facilitador de um processo inicial de mudança que será posto em prática num contexto posterior de reinserção.

Este programa caracteriza-se essencialmente por ser um tratamento individualizado, dividido em áreas e fases de intervenção ao longo dos 18 meses, organizado sobre dois grandes pilares: actividades ocupacionais (cujos objectivos são o aumento de responsabilidade face a si e aos outros) e actividades terapêuticas (psicoterapia individual e de grupo centrada na análise das sintomatologia actual e conflitos internos passados que originam e mantêm o comportamento aditivo; psicoterapia familiar).

Desta forma, pretende-se que se tornem terapêuticas e interventivas todas as relações, todas as actividades e todas as interacções no interior da Comunidade Terapêutica.

A opção por se ter considerado uma média de 6 meses para repetir processo de avaliação teve por base as características formais do programa terapêutico, bem como estudos que defendem que a manutenção em CT ao longo de um programa de longa duração, por si só, é capaz de produzir mudança ao nível da gestão emocional (Ravenna et al., 2001, 2002; Tinoco 2006; Vieira, 2007; Walker, 2009). É de referir que, até aos dois meses de tratamento, o paciente se encontra ainda muito centrado nas questões de adaptação à dinâmica comunitária e, em alguns casos, a experienciar alguns processos de abstinência física e psicológica. Após este período considera-se que foi dado ao utente espaço para criação de uma relação terapêutica de confiança, e para deslocar a sua centração do físico para o emocional, apoiando um trabalho terapêutico mais ego-centrado e orientado para a gestão da componente emocional que se propaga ao longo do processo de internamento com vista à mudança.

Em média, aos 8 meses de internamento dá-se uma alteração em termos funcionais no processo de psicoterapia; ainda que se continuem a trabalhar as questões pessoais, emocionais e de estruturação da personalidade, a orientação psicoterapêutica é alterada em virtude da aproximação da fase de reinserção. Objectivos como construção de projecto de vida, aumento de contacto com o exterior, com a família (ainda que o contacto com a família ocorra desde o início do internamento, este contacto é

esporádico e vai aumentando com os meses de internamento, verificando-se que apenas após os 7 meses de programa terapêutico o utente pode começar a sair sozinho com a família) e com a rede social de suporte, têm nesta fase de pré-reinserção uma preponderância muito maior.

Como tal consideramos que o período em que, a haver alterações, se daria uma maior mudança ao nível da gestão da componente emocional seria o período prévio ao início da fase de pré-reinserção, por ser o momento em que o paciente se começa a descobrir e a organizar sem grandes distrações de ordem prática, organizacional, familiar e interpessoal.

5.2 Participantes

Para execução dos objectivos do Estudo 2 já referidos foram aplicados, no 2º momento de recolha de dados, 16 questionários. Os dados foram recolhidos na Comunidade Terapêutica Quinta das Lapas a utentes em regime de internamento de longa duração durante o ano de 2011.

A selecção de participantes para este estudo foi operada tendo por base o critério adicional de exclusão mais de dois meses de internamento à data da primeira avaliação, tendo em conta que os critérios de exclusão para amostra clínica se encontravam já garantidos.

Desta forma, foram reavaliados 16 participantes. Dos 22 que se encontravam abrangidos pelos critérios de inclusão, 6 interromperam processo individual de tratamento.

Face à caracterização dos participantes no Estudo 2, dos 16 participantes que se encontravam em condições para nova aplicação das escalas de avaliação, verifica-se um número superior de elementos do sexo masculino (n=15; 93.8%). A existência de um elemento feminino é, portanto, residual neste estudo. A média de idades dos participantes encontra-se nos 36.25 anos (DP= 6.39), apresentando uma distribuição muito heterogénea, que oscila entre um mínimo de 26 anos e um máximo de 48 anos.

A grande maioria dos participantes é solteira (62.5%) e não tem filhos (68.8%).

É ainda de referir que, face às habilitações literárias, esta amostra apresenta uma distribuição diversa, ainda que se verifique a existência de um maior número de participantes com o 2º ciclo (n=5; 31.3%) ou ensino secundário completos (n=5; 31.3%). De acordo com a Classificação Nacional das Profissões (CNP) editada pelo

Instituto de Emprego e Formação Profissional, encontra-se uma maior percentagem de indivíduos desempregados (n=5; 31.3%), com uma distribuição equitativa pelas restantes categorias.

Relativamente à informação toxicológica, podemos concluir que os participantes no Estudo 2 são indivíduos que têm, em média, 15 anos de consumos de substâncias psicoactivas (M=15.56; DP=5.48) e que iniciaram o consumo da substância principal aos 16 anos (M=16.19; DP=3.20). O consumo de heroína (43.8%) por via fumada (50%) aparece como o mais frequente nesta sub-amostra, notando-se, mais uma vez, uma grande presença de policonsumidores que fazem convergir os dados para o aparecimento da cocaína (n=8; 50%), álcool (n=7; 43.8%), cannabis (n=10; 62.5%) e ecstasy (n=8; 50%) como substâncias secundárias de consumo em metade dos participantes.

Face aos dados relativos às tentativas de tratamento anteriores é de salientar que apenas um participante nunca tinha feito nenhuma tentativa de reabilitação e que a maior parte dos avaliados tinham já investido em mais do que uma tentativa de reabilitação prévia a esta Comunidade Terapêutica (93.3%). Mais se acrescenta que a Comunidade Terapêutica surge como o recurso de tratamento mais frequentemente procurado por estes participantes (n=13; 81.3%).

5.3.Instrumentos

No 2º momento de recolha de dados (6 meses após a primeira aplicação) foram novamente aplicados os instrumentos anteriormente descritos no Estudo 1: TAS 20 (Praceres et al., 2000); EARCDE de Kang e Shaver (2004) adaptada para a população portuguesa por Vaz e Martins (2008) e validada por Vaz (2009); EEE de Kring et al. (1994) validada para a população Portuguesa por Vaz e Vasco (2010); EDRE de Gratz e Roemer (2004) validada para a população portuguesa por Vaz e Vasco (2010).

Esta aplicação foi apenas efectuada aos participantes que tinham menos de 2 meses de internamento à data da primeira aplicação. Não foi repetida passagem de questionário sócio-demográfico, nem de questionário de história de consumos e tratamentos anteriores.

5.4.Procedimentos

Relativamente aos procedimentos adoptados face ao Estudo 2 (e já seguidos no Estudo 1), os mesmos seguiram os procedimentos éticos e metodológicos definidos para trabalhos de investigação científica (OPP, 2011).

A administração das escalas de avaliação apresentou-se com um carácter voluntário e foi, neste caso, individual, tendo em conta o número mais reduzido de participantes. Voltou a informar-se acerca dos objectivos da investigação e da confidencialidade face aos dados recolhidos.

A análise foi efectuada com recurso ao *software* estatístico SPSS – *Statistical Package for Social Sciences* (versão 17.0).

6 - Resultados

As análises efectuadas aos resultados pretenderam, de acordo com os objectivos do estudo 2, avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas em alguns participantes do grupo clínico ao longo do processo de tratamento (numa diferença temporal de 6 meses) no que respeita às variáveis em estudo (alexitimia e processos de gestão emocional), tendo-se recorrido para efeito ao teste ANOVA (medidas repetidas).

Os resultados obtidos são apresentados no seguinte quadro:

	<i>Avaliação Inicial M (DP)</i>	<i>Avaliação Final M (DP)</i>	<i>F</i>
TAS Total	2.89 (0.59)	2.56 (0.51)	14.55**
Sub-escala Dificuldade em descrever sentimentos	3.13 (0.83)	2.73 (0.78)	7.62*
Sub-escala Dificuldade em identificar sentimentos	3.08 (0.84)	2.60 (0.69)	13.82**
Sub-escala Pensamento Orientado para o exterior	2.59 (0.53)	2.43 (0.44)	3.57
EARCDE Total	3.98 (0.53)	4.34 (0.51)	13.76**
Sub-escala Relatório Emocional	4.54 (0.67)	4.98 (0.55)	11.20**
Sub-escala Diferenciação Emocional	4.07 (0.88)	3.70 (0.62)	5.91*
ERDE Total	2.60 (0.59)	2.46 (0.48)	6.22*
Sub-escala Não-aceitação	2.47 (0.71)	2.33 (0.62)	2.32
Sub-escala Objectivos	2.58 (1.02)	2.29 (0.90)	3.49
Sub-escala Impulso	2.67 (0.86)	2.58 (0.81)	3.37
Sub-escala Consciência	3.11 (0.88)	2.64 (0.60)	10.92**
Sub-escala Estratégias	2.42 (0.84)	2.38 (0.80)	0.32
Sub-escala Clareza	2.53 (0.66)	2.39 (0.53)	1.39
EEE Total	3.50 (0.53)	3.90 (0.52)	12.26**

Nota: *p <0.05; **p <0.01

Quadro 6.1.- Resultados de estatísticas descritivas e níveis de significância associados a teste F (teste ANOVA: medidas repetidas)

Face à avaliação da alexitimia, os resultados indicam que os participantes apresentam níveis mais elevados de alexitimia no início do tratamento no que respeita aos valores face à escala total [$F(1,15) = 14.55, p < 0.01$]. Relativamente aos resultados apresentados face às sub-escalas da TAS-20, encontramos também diferenças estatisticamente significativas nos níveis de alexitimia dos participantes entre o primeiro e o segundo momento da avaliação. Nas sub-escalas dificuldades em descrever sentimentos [$F(1,15) = 7.62, p < 0.05$] e dificuldades em identificar sentimentos [$F(1,15) = 13.82, p < 0.01$], os resultados apontam para a evidência de que após um período de internamento os participantes diminuem significativamente estas dificuldades; na sub-escala pensamento orientado para o exterior os resultados apontam, apesar de diferenças nas médias apresentadas na avaliação inicial e avaliação final, para a inexistência de diferenças estatisticamente significativas [$F(1,15) = 3.57, ns$] que indicam que os participantes não alteram o seu modo de funcionamento de forma expressiva.

Relativamente à complexidade emocional, avaliada através da EARCDE, os resultados reportam a existência de diferenças estatisticamente significativas quando se comparam as respostas dos participantes na avaliação inicial e avaliação final, quer face à escala total [$F(1,15) = 13.76, p < 0.01$] quer face ao relatório emocional [$F(1,15) = 11.20, p < 0.01$] e capacidade de diferenciação emocional [$F(1,15) = 5.91, p < 0.05$], sendo que nesta última se assiste a uma diminuição na média das respostas apresentadas pelos participantes. Assim, os mesmos reportam um maior relatório emocional e, por outro lado, indicam uma menor capacidade de diferenciação emocional.

Ao nível das dificuldades de regulação emocional, encontramos resultados mais heterogéneos ao nível das diferenças encontradas ainda que os participantes apresentem de uma forma geral, face à escala total, menores dificuldades de regulação emocional [$F(1,14) = 6.22, p < 0.05$]. No entanto, os participantes não apresentam diferenças estatisticamente significativas face à não-aceitação de respostas emocionais [$F(1,15) = 2.32, ns$], face à dificuldade de conseguir orientar o comportamento de forma adequada [$F(1,15) = 3.49, ns$], face às dificuldades de controlo dos impulsos [$F(1,14) = 3.37, ns$], face ao acesso limitado a estratégias de regulação emocional [$F(1,15) = 0.32, ns$] e face à falta de clareza emocional [$F(1,15) = 1.39, ns$], apesar das médias das respostas da avaliação final serem sempre menores quando comparada com as médias das respostas da avaliação inicial. Resultados estatisticamente significativos podem ser encontrados na sub-escala Consciência, mostrando uma diminuição estatisticamente significativa ao

nível da falta de consciência emocional [$F(1,15) = 10.92, p < 0.01$] e mostrando que os participantes apresentam uma maior consciência das suas emoções após o período de internamento definido.

Resultados importantes são encontrados ao nível da capacidade dos participantes para expressarem as suas emoções. Efeitos estatisticamente significativos são encontrados face à forma como os sujeitos expressam as suas emoções [$F(1,15) = 12.26, p < 0.01$], indicando uma maior capacidade de expressão emocional nos participantes na avaliação final comparativamente à avaliação inicial.

Da análise dos resultados podemos concluir que, face à maioria das escalas aplicadas, existem diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e a segunda avaliação no sentido da apresentação de melhores resultados face à gestão emocional após período em Comunidade Terapêutica. As particularidades da existência ou inexistência de diferenças encontradas serão objecto de análise cuidadosa na próxima secção desta dissertação.

7 – Conclusões dos Estudos e Discussão

O principal objectivo deste estudo foi conseguir contribuir para o campo de estudo das emoções nas patologias do comportamento aditivo.

Desta forma, a investigação que se desenvolveu focou-se na ideia de que as disfuncionalidades emocionais se encontram ligadas com os comportamentos aditivos, no sentido em que as primeiras parecem ser responsáveis pelo início e manutenção dos segundos. Procuramos confirmar a ideia de que a toxicodependência começa por ser “uma doença dos sentimentos congelados” (Zigon, 2010, p.326), pelo menos quando comparamos indivíduos com comportamentos aditivos com indivíduos sem psicopatologia, mas que mediante determinadas condições é possível verificar-se um certo “descongelamento” emocional no sentido do que tem sido estudado por Ravenna et al. (2001, 2002), Fabião (2002), Burdon, et al. (2007) e Walker (2009).

Organizaram-se questões e hipóteses de investigação compatíveis com os objectivos de cada um dos estudos desenvolvidos.

Face à primeira e segunda questão de investigação, a que se ambicionou responder pela concretização do estudo 1 (que pretendeu estabelecer a comparação entre população clínica e não clínica relativamente à prevalência de alexitimia e capacidades de gestão emocional), avançou-se a hipótese de que a população não clínica apresentaria níveis mais baixos de alexitimia e que face aos processos emocionais existiria uma maior capacidade de os gerir; e, paralelamente, que indivíduos com diagnóstico de dependência de substâncias psicoactivas apresentariam altos níveis de alexitimia, baixo reportório emocional e pouca capacidade para diferenciarem, regularem e expressarem as suas emoções. Esta ideia assenta no pressuposto de que os estados emocionais dos toxicodependentes se encontrariam alterados na comparação com grupo de controlo, apontando-se para a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Os resultados do primeiro estudo permitiram verificar que, relativamente à prevalência de alexitimia, ambos os grupos apresentam resultados similares. Estabeleceu-se uma comparação entre os dois grupos face aos resultados gerais de alexitimia percebendo-se a existência de uma prevalência semelhante entre amostra clínica e não clínica; contudo, os resultados apontam para uma ligeira prevalência de alexitimia e risco de alexitimia na amostra clínica ainda que essa diferença não seja estatisticamente significativa. Relativamente à capacidade para descrever sentimentos,

capacidade para identificar sentimentos e pensamento orientado para o exterior com empobrecimento da capacidade de simbolização e uso massivo da impulsividade, verificou-se também que quer participantes da amostra clínica quer participantes da amostra não clínica apresentam resultados bastante semelhantes.

Estes dados não confirmam a nossa hipótese e não vão ao encontro da literatura que indicava que para comparações entre amostras clínicas e não clínicas, as primeiras apresentariam maior prevalência de indivíduos alexitimicos (Arcos et al. 2005; Gago & Neto, 2001; Jouanne & Carton, 2005; Fernández-Serrano et al., 2010) e que os mesmos apresentariam dificuldades marcadas ao nível da identificação, descrição e comunicação saudável e simbólica das suas emoções (Donker et al., 2000; Cheetham et al., 2010; Jouanne & Carton, 2005; Quirk, 2001), o que não parece acontecer com os participantes do nosso estudo que mantêm intacta alguma capacidade de regular as emoções e de ter consciência das mesmas situando-se num espectro que não atinge o patológico.

No entanto, a nossa amostra clínica é maioritariamente composta por indivíduos que já efectuaram tratamentos anteriores, muitos deles em contexto de comunidade terapêutica, pelo que avançamos como hipótese explicativa destes resultados que a acumulação de processos terapêuticos de internamento, através dos quais muitos terão trabalhado estas questões, poderá ser responsável por um conjunto de perfis semelhantes aos de uma população não clínica. Paralelamente, estes resultados podem, pelo menos parcialmente, ser explicados pela existência de participantes da amostra clínica com maiores tempos de internamento na actual CT e logo períodos mais longos de abstinência, o que corrobora a ideia de Fabião (2002). Esta autora defende que pacientes com maior tempo de abstinência são menos alexitimicos do que pacientes com menor tempo de abstinência.

Ainda relativamente aos resultados do Estudo 1, os mesmos permitem-nos concluir que, face ao reportório emocional e aos processos emocionais de diferenciação, regulação e expressão, participantes da amostra clínica e não clínica comportam-se de forma diferente, indo no sentido quer da nossa hipótese de investigação quer das hipóteses levantadas por outros investigadores.

Assim, participantes da amostra não clínica apresentam uma maior complexidade emocional tendo em conta que conseguem experienciar uma maior variedade de emoções e operar diferenciações de entre as emoções que experienciam. Estes resultados vêm dar sentido quer à nossa hipótese quer às conclusões de outros investigadores, mais uma vez demonstrando que indivíduos com dependência a

substâncias psicoactivas estariam em piores condições de acesso ao que sentem (Freitas-Magalhães, 2007; Lacks & Leonard, 1986; Marques-Teixeira, 2001; Queirós, 1997b). A forma indistinta como os indivíduos com esta patologia organizam as suas emoções aparece assim retratada nestes resultados e reforça a revisão da literatura sobre o tema (Krystal & Raskin, 1970 citados por Fabião, 2002).

Quanto às dificuldades de regulação emocional, o mais esperado era que houvesse diferenças significativas entre os dois grupos e que indivíduos com diagnóstico de dependência de substâncias psicoactivas manifestassem maiores disfuncionalidades na regulação emocional em comparação com o grupo controlo. Os resultados do estudo 1 vão ao encontro da nossa hipótese e são consistentes com os encontrados por outros autores (Dias, 1980 citado por Fabião, 2002; Fabião, 2002; Jouanne & Carton, 2005) que indicam que as drogas funcionam, muitas vezes, como substitutos da regulação emocional, isto é, face à incapacidade de regular o que sentem, indivíduos com dependência transferem esse poder para a substância num processo de humanização dos efeitos provocados pela mesma. Desta forma, as diferenças encontradas podem ainda ser explicadas à luz quer das características diagnósticas para dependência de substâncias, apontadas pelo DSM-IV - nomeadamente as relativas à dificuldade de cessar o comportamento apesar da sua condição mal-adaptativa e de marcado sofrimento (APA, 2002) - quer à luz da estrutura de personalidade subjacente mais comumente encontrada em indivíduos com problemas de adição - em particular o uso da substância como forma de tratar o sofrimento interno (Frazão et al., 2005), fruto de uma inadaptação emocional do indivíduo (Oliveinstein, 1990) e uma incapacidade extrema de assegurar o bem-estar emocional (Miguel, 1997).

Olhando mais especificamente para as componentes das dificuldades de regulação emocional, encontramos algumas evidências que apontam para a nossa hipótese e para a revisão da literatura, e outras que tomam uma direcção contrária e para as quais tentaremos avançar uma hipótese explicativa.

De facto, defrontamo-nos com a existência de diferenças que se revelam mais acentuadas em algumas componentes do que noutras. Resultados mostram-nos que indivíduos com diagnóstico de dependência a substâncias psicoactivas apresentam maiores dificuldades de controlo dos impulsos, consciência emocional, e falta de clareza emocional do que indivíduos sem diagnóstico, mas que ao nível da não-aceitação de respostas emocionais, dificuldades em agir de acordo com os objectivos e acesso

limitado às estratégias de regulação emocional, grupo clínico e grupo não clínico revelam percepções muito semelhantes quando avaliados.

Esta disparidade carece de discussão atenta. Se por um lado, a revisão da literatura é consistente na forma como corrobora a existência de dificuldades de controlo de impulsos (Dias, 1982) e dificuldades de clareza e consciência emocional nos consumidores (Freitas-Magalhães, 2007; Lacks & Leonard, 1986; Marques-Teixeira, 2001; Queirós, 1997b), aponta ainda para o mesmo padrão de resultados face à não-aceitação de respostas emocionais, dificuldades em agir de acordo com objectivos e acesso limitado a estratégias de regulação emocional, o que não foi encontrado por nós. Contudo, olhando atentamente para a nossa amostra clínica, parece-nos que estes resultados podem ser explicados, por um lado, pelo longo tempo de internamento em CT de alguns participantes (que se situam em fases do programa terapêutico em que é expectável que se encontrem a trabalhar questões como organização de um projecto de vida sólido e realista com implementação de objectivos orientados quer para a abstinência quer para adopção de estilo de vida saudável do ponto de vista social e emocional) e, por outro, pelas próprias características do internamento, que impõe uma direcção e organização de objectivos e problemas pessoais, que são divididos por fases e mapeados pelos pacientes e pela equipa terapêutica, que em conjunto investem na procura de estratégias adequadas para resolução de problemas e prossecução dos objectivos. Avançando ainda uma terceira explicação face à não-existência de dificuldades ao nível da não-aceitação emocional, pelo menos uma parte deste resultado pode ser explicado pelo facto de os participantes se encontrarem em processo psicoterapêutico, centrado no escoamento e organização de dificuldades emocionais responsáveis pelo consumo e pelo mal-estar psicológico, e pelo facto de o programa de internamento promover a realização de momentos diários de ventilação das emoções (e.g. grupos terapêuticos, reunião diária e interacção permanente com outros utentes e técnicos).

Outra ideia foi ainda comprovada com os resultados obtidos no estudo 1 e manteve-se em linha com a revisão bibliográfica, indo no sentido de os indivíduos com problemas de dependência serem menos expressivos emocionalmente quando comparados com amostra não clínicas. De facto, os resultados apontam, mais uma vez, para existência de diferenças significativas tal como tinha sido já avançado por Lacks e Leonard (1986), Queirós (1997b), Marques-Teixeira (2001) e Freitas-Magalhães (2007) no sentido em que, não havendo disfuncionalidades nos outros processos emocionais, o

seu funcionamento em cadeia fica comprometido tornando difícil que estes indivíduos expressem as suas emoções.

No estudo 2, procurou-se avaliar a amostra clínica num segundo momento, após uma média de 6 meses de tratamento em comunidade terapêutica. Assim, face à nossa terceira hipótese de investigação foi avançado que o contexto de CT, por si só, produz alterações ao nível da gestão dos processos emocionais e alexitimia donde seria expectável que os indivíduos, na avaliação final, fossem menos alexitimicos, que possuíssem um maior reportório emocional e que fossem capazes de diferenciar, regular e expressar de forma mais eficaz as suas emoções.

Foram observados resultados interessantes que permitiram aceitar a nossa hipótese de investigação: de uma forma geral, foi revelador do impacto do internamento em CT na alteração da alexitimia e processos emocionais dos pacientes, revelando desta forma o papel regulador deste tipo de internamentos no sentido do apontado por De Leon (2000), Ravenna et al. (2001, 2002), Burdon et al. (2007), Vieira (2007) e Walker (2009).

Da análise atenta dos resultados face à capacidade de reportório e regulação emocional, concluímos que após o período de internamento, os pacientes revelam maior complexidade emocional, com diferenças significativas face à avaliação inicial nas facetas acima identificadas.

Contudo, os resultados, apesar de significativos, apontam em direcções diferentes pelo que necessitam de discussões particulares. Relativamente ao reportório emocional, os resultados são congruentes quer com a nossa hipótese quer com a revisão da literatura. Em 2002, Ravenna et al. realizou uma investigação que procurou dar resposta a esta questão tendo concluído que, com o avanço dos meses de tratamento, maior é a capacidade dos indivíduos para experienciar emoções positivas. “Não experiencio muitos sentimentos no meu dia-a-dia” e “durante a minha vida, experienciei uma grande variedade de emoções” são exemplos de itens que avaliam a capacidade dos indivíduos para avaliarem a quantidade de emoções que pensam conhecer e possuir, verificando-se que, de facto, após um período de intervenção, os mesmos encontram-se em maior contacto com as suas componentes emocionais. Relativamente à capacidade de diferenciação emocional, que segundo a nossa hipótese e as hipóteses avançadas por outros investigadores (Ravenna et al., 2002) deveria também aparecer aumentada revelando diferenças significativas entre a avaliação inicial e final, os resultados assumem um perfil particularmente surpreendente. De facto, é inegável a existência de

diferenças ao nível da diferenciação nos dois momentos de avaliação mas essas diferenças não vão no sentido esperado tendo em conta que, pela análise das médias, em vez de assistirmos a um aumento, verificamos um decréscimo no auto-relato desta capacidade. Pensamos, apesar de esta ser apenas uma hipótese parcialmente explicativa e assumindo, desde já, esta parcialidade, que este resultado se deve a um aumento de consciência acerca de si próprio e um perfil de respostas mais honesto e representativo dos seus padrões de diferenciação. No início do tratamento, o reportório dos pacientes encontra-se muito reduzido (c.f. com estudo 1 desta dissertação) e face a esse reportório podem os mesmos ter percebido boas capacidades de diferenciação; à medida que aumenta a experiencição e reportório emocional, os pacientes vão-se gradualmente apercebendo das suas dificuldades e tendo maior acesso às confusões emocionais que vivenciam. Podemos ainda adiantar que nos parece que esta percepção de maior dificuldade pode advir quer do próprio processo de psicoterapia em CT (onde se opera um re-descobrimento quase epifânico e diário das experiências emocionais), quer do confronto diário com as experiências emocionais de outros pacientes. Assim, parece que face à nossa amostra os pacientes, aos 8 meses de programa (em média) percebem que sentem mais, mas pensam diferenciar menos, ou seguindo a hipótese que avançamos, apercebem-se, com maior certeza, que existem muitas mais vivências emocionais para diferenciar do que aquelas que consideravam à partida.

Os resultados encontrados face às dificuldades de regulação emocional assumem um perfil que vai ao encontro da nossa hipótese tendo em conta que, de uma forma geral, os participantes diminuem significativamente estas dificuldades. Estes dados vão também ao encontro dos dados encontrados por outros investigadores que assumem que diferenças ao nível dos processos emocionais são apenas visíveis apenas um período relativamente longo de internamento (Ravenna et al., 2001).

É, todavia, importante considerar novamente os processos que compõem as dificuldades de regulação emocional e observar o formato dos resultados em cada um deles no sentido de não estrangular os resultados em observações demasiado gerais. Das seis componentes que estruturam as dificuldades de regulação emocional, não encontramos diferenças nos pacientes, entre as avaliações, em cinco delas. Os pacientes na avaliação final, apesar de assistirmos sempre a uma diminuição nas médias, não revelam diferenças significativas ao nível de uma diminuição face à não-aceitação de respostas emocionais, à dificuldade de agir de acordo com objectivos, à dificuldade de controlo dos impulsos, ao acesso limitado a estratégias de regulação emocional e à falta

de clareza emocional. Procurando dar corpo e sentido a alguns destes resultados, reportamo-nos aos resultados do estudo 1, em que já não havia diferenças entre população clínica e não clínica ao nível da não-aceitação de respostas emocionais, à dificuldade de agir de acordo com objectivos e ao acesso limitado a estratégias de regulação emocional, e à hipótese explicativa avançada face a esta conjuntura.

Contudo, os resultados desenham-se de uma forma mais original face à dificuldade de controlar impulsos e à falta de clareza emocional. Particularmente face a estes componentes seriam expectáveis algumas modificações nos resultados, quer se nos reportarmos à literatura já referenciada, quer se olharmos para outros resultados desta investigação. Avançamos a hipótese de que face à clareza emocional (avaliada através de itens como “estou confuso sobre como me sinto” e “tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos”), os pacientes tenham operado um processo mental semelhante ao avançado como hipótese explicativa para os resultados face à diferenciação emocional. Mais ainda, salientamos o tamanho reduzido da amostra no estudo 2 e conseqüente reduzido poder estatístico para encontrar diferenças que se revelem estatisticamente significativas (erro tipo II). Hipotetizamos, por isso, que as diferenças possam estar lá e existir de facto, embora não tenhamos tido suficiente poder estatístico para elas se revelarem estatisticamente significativas. Com amostras mais representativas, o comportamento dos resultados poderia caminhar na direcção de uma maior significância.

Assistimos também a uma alteração ao nível da expressividade emocional, o que vai de encontro à hipótese de investigação proposta. Na avaliação final, os participantes revelam uma maior capacidade para expressarem o que sentem.

A opção de olhar em último para os resultados obtidos face à alexitimia teve o objectivo de conduzir uma discussão que tem por base a ideia de que a alexitimia está na base de um conjunto de dificuldades emocionais e que reflecte “défices ao nível dos processos de consciência, experienciação, expressão, diferenciação e regulação emocional” (Silva & Vasco, 2010, p. 675).

Os dados do estudo 2 face à alexitimia vão ao encontro quer da nossa hipótese, quer dos dados encontrados por outros investigadores no sentido em que maior tempo de internamento em programa terapêutico prediz alterações na alexitimia tornando os indivíduos menos alexitimicos (Fabião, 2002). Queremos com isto dizer que os nossos participantes são menos alexitimicos ao fim de 6 meses de internamento, encontrando baixas prevalências de alexitimia na nossa amostra; contudo, as diferenças encontradas

situam-se apenas ao nível da descrição e identificação das emoções, sendo que os participantes não revelam diferenças na forma como orientam o seu pensamento para o exterior. Avançamos três hipóteses explicativas para este acontecimento. Por um lado, estes pacientes mantêm ainda algumas dificuldades de controlo de impulsos e de uso da acção que podem não estar a aparecer tendo em conta o contexto protector, estruturado e educacional da CT que pode aprisionar alguns comportamentos desta natureza. Por outro, é de referir que também já não tinham sido encontradas diferenças com a amostra não clínica, o que poderá querer dizer que, tendo em conta, número de tratamentos já efectuados noutras unidades pelos participantes esta dificuldade pode estar mais suplantada. E, finalmente, apontamos mais uma vez o número reduzido da amostra ao momento da avaliação final.

Encontramos, desta forma, resultados muito diferentes na nossa amostra, em termos de prevalência de alexitimia quando comparados com os resultados obtidos por outros investigadores, nomeadamente por Della Chiaie et al. (1994 citado por Fabião, 2002) com prevalências da ordem dos 66%, em participantes que se encontravam abstinentes.

Olhando de uma forma global para os resultados e discussão dos mesmos, abrimos a possibilidade para retirar algumas conclusões gerais. Notamos a existência marcada de diferenças entre população clínica e não clínica. Assistimos a diferenças importantes nos pacientes na comparação entre avaliação final e avaliação inicial; constatamos, pela análise dos resultados, que existem diferenças em todos os processos emocionais (reportório, diferenciação, regulação e expressão) e que estas são mais significativas ao nível do aumento do reportório emocional, do aumento da consciência emocional e da expressividade emocional; observamos alterações significativas na alexitimia, particularmente ao nível da capacidade dos indivíduos descreverem e identificarem as suas emoções; e, propomos, assim, concluir que parece ser perante um aumento de ajustamento emocional (pela continuação do processo emocional para lá da activação), que os nossos pacientes se tornam também menos alexitimicos.

Esta investigação, os seus resultados e a discussão dos mesmos, permitiu-nos retirar algumas implicações para a prática clínica e para o fortalecimento de intervenções terapêuticas na área das toxicodependências, nomeadamente em contexto de Comunidade Terapêutica. A principal implicação prende-se com as escolhas e orientações de futuras intervenções no sentido em que se pode perceber que os pacientes

precisam de trabalhar holisticamente e não apenas num ou noutra factor emocional; este trabalho global revela-se necessário para que se possam esperar mudanças a nível estrutural nos pacientes. Foi ainda aberto terreno para que se possam inferir as áreas emocionais mais comprometidas nas perturbações de dependência de substâncias e para que se pensem em intervenções orientadas para um aumento das capacidades de experiencição, de diferenciação e de regulação emocional.

Consideramos que os estudos conduzidos apresentam 4 limitações principais. Em primeiro lugar, salientamos o facto de todos os instrumentos de avaliação serem escalas de auto-relato que apenas nos dão a visão do próprio acerca do seu funcionamento emocional não incluindo análises clínicas e técnicas acerca da forma como os participantes processam as suas emoções nem observação comportamental e fisiológica das dificuldades identificadas. Em segundo lugar, destacamos alguns problemas relativos à amostra clínica em particular, o facto de a amostra ser maioritariamente composta por elementos do sexo masculino (que não permitiu perceber a existência de diferenças entre homens e mulheres) e o reduzido número de participantes no Estudo 2 (que impediu que os resultados assumissem um carácter ainda mais significativo). Em terceiro lugar, referimos algumas questões relativas à condução longitudinal do Estudo 2; pensamos que, para se perceber a manutenção das diferenças identificadas entre a avaliação inicial e a avaliação final, deveria ser operado um terceiro momento de avaliação coincidente com a finalização do tratamento. Por último, não foram avaliados em que medida outras variáveis para além do factor global do tempo de internamento em contexto de comunidade terapêutica concorrem para existência das mudanças observadas a nível da alexitimia e processos emocionais nos participantes da amostra clínica.

Ainda assim, dentro das limitações que um projecto com estas características nos impõe, pensamos ter contribuído para o estudo das dificuldades emocionais na toxicodependência pelo aclarar dos principais processos que se encontram em disfuncionalidade nesta patologia, pela identificação do papel da CT na regulação destes processos, nomeadamente em internamentos de longa duração, e pela possibilidade de se encarem novas formas de intervenção mais orientadas para o trabalho da gestão emocional.

Futuros estudos deverão apoiar-se em amostras mais representativas e em repetição das avaliações em momentos posteriores do processo de tratamento. Os resultados obtidos neste trabalho incentivam ainda a que se procure perceber se existe

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

relação entre os resultados alexitimicos e dos processos emocionais dos participantes da amostra clínica e o tipo de substância consumida, os anos de consumo e o número de tratamentos efectuados. Parece-nos que seria também importante que se investigasse em que medida cada uma das áreas de tratamento em CT (psicoterapia individual, grupal, terapia ocupacional, terapia educacional, relação interpessoal, relação familiar, factores sociais e individuais) contribuem para as diferenças observadas na avaliação final nos participantes da amostra clínica.

8 – Referências

- Abe, A. & Izard, C. (1999). The development functions of emotions: An analysis in terms of Differential Emotions Theory. *Cognition and Emotion*, 15, 523-549.
- Arcos, F., Verdejo-García, A., Peralta-Ramírez, M., Sánchez-Barrera, M. & Pérez-García, M. (2005). Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive and negative affective stimuli. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 159-167.
- American Psychiatric Association (APA). (2004). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Amaral, C. (1982). As Teorias e as Forças. *Psicologia*, 3, 70-79.
- Associação Dianova Portugal (2010). *Dossier Institucional*. Torres Vedras
- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Edições.
- Almeida, V. (2006). *Somatização e Expressão Emocional – um estudo nos cuidados de saúde*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.
- Ausubel, P. (1960). Controversial issues and the management of drug addiction: legalization, ambulatory treatment and the British System. *Ment Hig*, 44, 535-544.
- Bartlett, L, Mesquita, B., Ochsner, K. & Gross, J. (2007). The experience of emotion. *The Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- Besche-Richard, C. & Bungener, C. (2008). *Psicopatologias, Emoções e Neurociências*. Lisboa: Climepsi.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T.M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI factors Among Comorbid Stimulant-Dependent, Depressed Patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 69-85.
- Bonet, A. & Pedinielli, J-L. (2010). Processus et subjectivité dans l’addiction. *Psychologie Française*, 55, 325–339.
- Broekaert, E., Vandavelde, S., Schuyten, G., Erauw, K. & Bracke, R. (2004). Evolution of encounter group methods in therapeutic communities for substance abusers. *Addictive Behaviors*, 29, 231–244
- Burdon, W., Dang, J, Prendergast, M., Messina, N. & Farabee, D. (2007). Differential effectiveness of residential versus outpatient aftercare for parolees from prison-based therapeutic community treatment programs. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2 (16), 1-14.

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

- Cacciopo, J. & Gardner, W. (1999). Emotion. *Annual Reviews Psychology*, 50, 191-214.
- Cardoso, C. (2001). Droga um problema de saúde pública. *Saúde mental*, 4, 9-17.
- Carrasco, P. (2002). *As drogas. Comportamento e atitude social*. Porto: G&Z Edições Lda.
- Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Edel, Y. & Detilleux, M. (2010). Emotional Awareness in Substance-Dependent Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 599-610.
- Cheetham, A., Allen, N., Yucel, M. & Lubman, D. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical Psychology Review*, 30, 621-634.
- Coelho, M. (2001). *Ser herói para a heroína*. Lisboa: Notícias Editorial.
- Corcos, M., Flament, M. & Jeammet, P. (Eds). (2001). Factorial Structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: Confirmatory factorial analyses in nonclinical and clinical samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 255-261.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R. & Dias, P. (2010). Versão Portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37 (4), 145-151.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro da Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- D'Aunno, T. & Vaughn, E. (1995). An organizational analysis of service patterns in outpatient drug abuse treatment units. *Journal of Substance Abuse*, 7(1), 27-42.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model and Method*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Delrieu, A. (1988). *L'inconsistance de la toxicomanie*. Navarin.
- Dias, A. (1982). As teorias e as forças. *Psicologia III*, 3 (4), 11-70.
- Donker, F., Breteler, M. & Van der Staak, C. (2000). Assessment of hostility in patients with coronary heart disease. *Journal of Personality Assessment*, 75, 158-177.
- Fabião, C. (2002). Toxicodependência: Duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento, Uma revisão. *Toxicodependências*, 8 (2), 37-51.
- Farate, C. (1996). *Risco relacional e consumo de drogas no início da adolescência*. Tese de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto.

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

- Feil, J., Sheppard, D., Fitzgerald, P., Yucel, M., Lubman, D. & Bradshaw, J. (2010). Addiction, compulsive drug seeking, and the role of frontostriatal mechanisms in regulating inhibitory control. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 248-275.
- Fernandes, L. (1990). *Os pós modernos, a cidade, o sector juvenil e as drogas*. Porto: Universidade do Porto.
- Fernández-Serrano, M., Lozano, O., Pérez-García, M. & Verdejo-García, A. (2010). Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 109, 57-64.
- Fonte, C. (s.a). *O consumo de drogas e os comportamentos aditivos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Frazão, C., Teles, C., Pereira, E. & Magalhães, C. (2005). *O carrossel da vida – Histórias de agarrar*. Lisboa: Climpsi Editores.
- Freitas-Magalhães, A. (2007). *A Psicologia das Emoções: o fascínio do rosto humano*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Frijda, N. (1994). Emotions are functional, most of the time. In Ekman, P. & Davidson, R. (Eds), *The nature of emotion: fundamental questions* (pp. 112-122). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Gago, J. & Neto, D. (2001). Alexitimia e Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 7 (3), 19-22.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1(26), 41-54.
- Grynberg, D., Luminet, O., Corneille, O. Grèzes, J. & Berthoz, S. (2010). Alexithymia in the interpersonal domain: A general deficit of empathy?. *Personality and Individual Differences*, 49, 845-850.
- Gomez, F., Eizaguirre, C. & Aresti, A. (1997). Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos. *Toxicodependências*, 2, 77-85.
- Jouanne, C. & Carton, S. (2005). Déficits émotionnels chez des patients polytoxicomanes. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 625-63.
- Kang, S., & Shaver, P., (2004). Individual differences in emotional complexity: their Psychological implications. *Journal of Personality*, 72(4), 687-726.
- Kessler, F., Faller, S., Souza-Formigoni, M., Cruz, M., Brasiliano, S., Stolf, R. & Pechansky, F. (2010). Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a Escala

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

- de Gravidade de Dependência. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32 (2), 48-56.
- King, L. & Emmons, R. (1990). Conflict overemotional expression: Psychological and pysical correlates. *Journal of Personality and Social psychology*, 58, 864-877.
- Kring, A. (2008) Emotion Disturbances as Transdiagnostic Processes in Psychopathology. In *Handbook of Emotions* (pp. 691-701) (3rd edition). New York: The Guilford Press.
- Kring, A., Smith, D. & Neale, J. (1994). Individual Differences in Dispositional Expressiveness Development and Validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (5), 934-949.
- Lacks, H. & Leonard, C. (1986). Fear of feeling: addressing the emotional process during recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3 (3), 69-80.
- Leite, J. & Gomes, W. (1998). Concepções de alcoolismo e a reabilitação do alcoolista em W. Gomes (org) *Fenomenologia e Pesquisa em Psicologia*, Portalegre, Ed. Universidade/UFGRS.
- Lelond F.& André, C. (2002). *A força das emoções*. Cascais: Pergaminho.
- Levenson, W. (1994). Human Emotions: A functional view. In Ekman, P. & Davidson, R. (Eds), *The nature of emotion: fundamental questions* (pp. 123-126). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Lewis, M. & Haviland, J. M. (Eds.). (2000). *Handbook of emotions* (2ª edição). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Marques-Teixeira, J. (2001). Drogas e Emoções. *Saúde Mental*, 3 (4), 19-31.
- Mclellan, A., Parikh, G., Bragg, A., Cacciola, J., Fureman, B.& Incmikoski, R. (1990). *Addiction Severity Index: Administration manual*. Filadélfia: University of Pennsylvania and Veterans Administration Center for Studies of Addiction.
- Miguel, N. (1997). Toxicodependência: uma perspectiva. *Revista Toxicodependências*, 3, 25-30.
- Moreira, M. (2004). *Os vínculos afectivos na toxicodependência*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa.
- Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados aos toxicodependentes*. Lisboa: Climepsi Editores
- Nowlis, H. (1979). *A verdade sobre as drogas*. Lisboa: Gabinete Coordenador do Combate à Droga.

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

- Oatley, K., Keltner, D. & Jenkins, J. (1996) *Understanding Emotions*. Cambridge: Blackwell.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1993). *Classificação Internacional das Doenças* (10ª revisão). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Oliveinstein, C. (1990). *A clínica do toxicómano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Regulamento n.º 258/2011. *Diário da República n.º78, Série II de 20 de Abril de 2011*.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Amadora: McGraw Hill.
- Padre-Santo, D., Soromenho, J., Costa, H. & Godinho, J. (1998). Programa de substituição opiácea no CAT de Setúbal. *Revista Toxicodependências*, 4(3), 33-38.
- Pinto, A. (2001). *Psicologia Geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Praceres, N. (2000). Alexitimia: uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2 (1), 109-121.
- Praceres, N., Parker, D. & Taylor J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (tas-20). *RIDEP*, 9 (1), 9-21.
- Prochaska, C. & DiClemente, C. (1986). *Toward a comprehensive model of change. Addictive Behaviors: Processes of Change*. Nova Iorque: PlenumPress.
- Queirós, C. (1997). Toxicodependência e Emoções: um estudo comparativo entre toxicodependentes e não toxicodependentes. *Toxicodependências*, 2, 65-75.
- Queirós, C. (1997b). *Emoções e Comportamento Desviante*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Queiroz, I. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, 4, 2-15.
- Quirk, S. (2001). Emotions concepts in models of substance abuse. *Drug and Alcohol Review*, 20, 95-104.
- Ravenna, M., Hoézl, E., Costarelli, S., Kirchler, E. & Palmonar, A. (2001). Diary Reports on Emotional Experiences in the Onset of a Psychosocial Transition: Becoming Drug-Free. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 19-35.

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

- Ravenna, M., Holzl, E., Kirchler, A. & Costarelli, S. (2002). Drug Addicts in Therapy – Changes in Life Space in the course of one year. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 353-368.
- Rosa, A., Gomes, J. & Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência: arte de cuidar*. Coimbra: Formasau.
- Salvini, A., Testoni, I. & Zamperini, A. (2002). *Droghe: Tossicofilie e Tossicodipendenza*. Torino: UTET Libreria.
- Santos, C. (2009). *A psicofisiologia das emoções básicas: Estudo empririco com toxicodependentes em tratamento*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, C. & Freitas-Magalhães, A. (2010, Fevereiro). A psicofisiologia das emoções básicas: Estudo empírico com toxicodependentes em tratamento. *Artigo apresentado nas Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Sequeira, J. (2006). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, A. & Vasco, A. (2010, Fevereiro). Alexitimia: Que processos emocionais? Que intervenção terapêutica. *Artigo apresentado nas Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Speranza, M., Corcos, M., Stéphan, P., Loas, G., Pérez-Dias, F., Lang, F., Venisse, J., Bizouard, P., Flament, M., Halfon, O. & Jeammet, P. (2004). Alexithymia, Depressive Experiences, and Dependency in Addictive Disorders. *Substance Use & Misuse*, 39 (4), 551-579.
- Sroufe, A. (1996). *Emotional Development. The organization of emotional life in the early years*. Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Suveg, C., Southam-Gerow, M., Goodman, K. & Kendall, P. (2007). The Role of Emotion Theory and Research in Child Therapy Development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 358-371.
- Tinoco, R. (2006). Comunidades terapêuticas Livres de Drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. *Toxicodependências*, 12 (1), 21-30.
- Thorberg, F., Young, R., Sullivan, K., Lyvers, M., Hurst, C., Connor, J. & Feeney, G. (2010a). A confirmatory factor analysis of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in an alcohol-dependent sample. *Psychiatry Research*, 178, 565-567.

- Thorberg, F., Young, R., Sullivan, K., Lyvers, M., Hurst, C. & Feeney, G. (2010b). A psychometric comparison of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Observer Alexithymia Scale (OAS) in an alcohol-dependent sample. *Personality and Individual Differences*, 49, 119-123.
- Vasconcelos, L. (2003). *Heroína: Lisboa como Território Psicotrópico nos Anos Noventa*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.
- Vaz, F. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de dois instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. Tese de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Vaz, F., Vasco, A., Greenberg, L. & Vaz, J. (2010, Fevereiro). *Avaliação dos Pacientes em psicoterapia. Artigo apresentado nas Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Verdejo-Garcia, A., Lopez-Torrecillas, F., Gimenez, C. & Perez-Garcia, M. (2004). Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant and opioid abuse. *Neuropsychological Review*, 14, 1-41.
- Vieira, C. (2007). A Comunidade Terapêutica: da integração à reinserção. *Toxicodependências*, 13 (3), 15-22.
- Vieira, R. (2009). *Trajectórias e estilos de vida familiar de ex-residentes de uma Comunidade Terapêutica*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Sociais do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.
- Vultos, J. (2003). Abordagem Imagiológica. *Toxicodependências*, 9(2), 23-30.
- Wacquant, L. (2007). Os excluídos da sociedade de consumo: toxicodependentes, psicopatas e sem-abrigo nas prisões americanas. *Análise Social*, 42 (185), 987-1003.
- Wang, Z., Zhang, J., Wu, Q-L., Liu, N., Hu, X-P., Chan, R. & Xiao, Z-W. (2010). Alterations in the processing of non-drug-related affective stimuli in abstinent heroin addicts. *Neuroimage*, 49, 971-976.
- Walker, M. (2009). Program Characteristics and the length of time clients are in substance abuse treatment. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 330-343.
- Zigon, J. (2010). A disease of frozen feelings: Ethically working on emotional worlds in a Russian Orthodox Church drug rehabilitation program. *Medical Anthropology Quarterly*, 24, 326-343.

Anexo 1- Caderno de Avaliação

1- Consentimento Informado e Questionário Sócio-Demográfico e Questionário de História de Consumos e tratamentos anteriores

Esta investigação realiza-se no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia das Emoções pelo Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, sob orientação da Professora Doutora Carla Moleiro.

O estudo tem como objectivo explorar os processos de gestão emocional (expressão, diferenciação e regulação) em indivíduos com dependência de substâncias psicoactivas e o papel da Comunidade Terapêutica na organização funcional das emoções.

Neste sentido, vimos pedir a sua colaboração para o preenchimento dos questionários que se seguem.

Adiantamos que a sua participação tem um carácter voluntário pelo que pode desistir a qualquer momento da aplicação e que o tratamento dos resultados obtidos tem um carácter confidencial sendo usados unicamente para fins de investigação em respeito de todos os procedimentos éticos.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que todas as respostas são consideradas válidas sendo apenas importante que responda a todas as questões antes de entregar os questionários.

A sua cooperação será de vital importância para a continuação desta investigação pelo que lhe agradecemos desde já a atenção e ajuda prestada.

Obrigada!
Catarina Baptista

Data: _____

Complete ou assinale as respostas que correspondem à sua situação.

Dados Socio-demográficos

1) Sexo: _____ 2) Idade: _____ anos

Masculino

Feminino

3) Habilitações Literárias: _____

4) Profissão: _____

5) Estado Civil:

Solteiro

União de facto

Casado

Divorciado

Viúvo

6) Tem filhos?

Sim

Não

Se sim, quantos? _____

História de consumo e de tratamentos

1) Tempo de programa actual (em meses): _____

2) Anos de consumo: _____

3) Idade de Início de Consumo: _____

4) Substância principal de consumo: _____

5) Idade de Início de Consumo de Substância principal: _____

6) Via principal de consumo: _____

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

7) Outras substâncias que já consumiu: _____

8) Teve tentativas anteriores de reabilitação? _____

8.1) Se sim, quantas? _____

De que forma?

Sozinho sem recurso a medicação

Sozinho com recurso a medicação

Consulta em regime de ambulatório (CAT ou médico privado)

Tratamentos de substituição (agonista ou antagonista)

Unidade de Desabilitação

Comunidade Terapêutica

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

2- Escala de Alexitimia de Toronto: TAS-20

TAS - 20

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ DATA: ____ / ____ / ____

ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação.

Use a seguinte chave:

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

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

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

3 - Escala de Avaliação do Reportório e Capacidade de Diferenciação Emocional

Instruções:

Utilizando a escala fornecida, por favor indique até que ponto cada afirmação o caracteriza, colocando o número respectivo na linha que precede a afirmação. Por favor seja sincero ao responder.

1 -----	2 -----	3 -----	4 -----	5 -----	6 -----	7
Nada	Ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Muito	Bastante	Extremamente
Característico						Característico

1. ___ Não experiencio muitos sentimentos diferentes no meu dia a dia.
2. ___ Costumo estabelecer distinções minuciosas entre sentimentos semelhantes (ex. deprimido e triste; aborrecido e irritado).
3. ___ Durante a minha vida, experienciei uma grande variedade de emoções.
4. ___ Tenho consciência das diferentes nuances ou subtilezas de uma determinada emoção (ex. deprimido e triste; aborrecido e irritado).
5. ___ Normalmente experiencio uma variedade limitada de emoções.
6. ___ Considero que cada emoção tem um significado muito distinto e único para mim.
7. ___ Experiencio uma grande variedade de emoções
8. ___ Estou consciente que cada emoção tem um significado completamente diferente.
9. ___ Eu não experiencio uma variedade de sentimentos no meu dia-a-dia.
10. ___ Sou bom a distinguir diferenças subtis no significado de palavras emocionais muito relacionadas.
11. ___ Sentir-me bem ou mal – estes termos são suficientes para descrever a maioria dos meus sentimentos no dia-a-dia.
12. ___ Se as emoções fossem cores, eu era capaz de notar até pequenas variações dentro de cada cor (emoção).
13. ___ Costumo experienciar uma grande variedade de diferentes sentimentos.
14. ___ Tenho consciência das subtilezas entre os sentimentos que experiencio.

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

4 – Escala de Dificuldades de Regulação Emocional

Instruções: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, com base na seguinte escala de 1 a 5, fazendo um círculo, no valor seleccionado, na linha ao lado de cada item.

1	2	3	4	5
Quase Nunca (0-10%)	Algumas vezes (11-35%)	Cerca de metade do tempo (36-65%)	A maioria do tempo (66-90%)	Quase Sempre (91-100%)

1. É claro para mim aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
2. Eu presto atenção a como me sinto	1	2	3	4	5
3. Eu experiencio as minhas emoções como avassaladoras e fora de controlo	1	2	3	4	5
4. Não tenho ideia nenhuma de como me estou a sentir	1	2	3	4	5
5. Tenho dificuldade em atribuir um significado aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
6. Sou atento aos meus sentimentos	1	2	3	4	5
7. Sei exactamente como me estou a sentir	1	2	3	4	5
8. Preocupo-me com aquilo que estou a sentir	1	2	3	4	5
9. Estou confuso acerca do que sinto	1	2	3	4	5
10. Quando estou emocionalmente incomodado, reconheço as minhas emoções	1	2	3	4	5
11. Quando estou emocionalmente incomodado, fico zangado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
12. Quando estou emocionalmente incomodado, fico envergonhado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
13. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em ter o trabalho feito	1	2	3	4	5
14. Quando estou emocionalmente incomodado, fico fora de controlo	1	2	3	4	5
15. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito	1	2	3	4	5

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

que me irei manter dessa forma durante muito tempo					
16. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que acabarei por me sentir muito deprimido	1	2	3	4	5
17. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	1	2	3	4	5
18. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em focar em outras coisas	1	2	3	4	5
19. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5
20. Quando estou emocionalmente incomodado, ainda consigo fazer as coisas	1	2	3	4	5
21. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me envergonhado comigo mesmo por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
22. Quando estou emocionalmente incomodado, sei que consigo encontrar uma forma para eventualmente me sentir melhor	1	2	3	4	5
23. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que sou fraco	1	2	3	4	5
24. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
25. Quando estou emocionalmente incomodado, sinto-me culpado por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
26. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade em concentrar	1	2	3	4	5
27. Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldade controlar os meus comportamentos	1	2	3	4	5
28. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito que não há nada que possa fazer para me fazer sentir melhor	1	2	3	4	5
29. Quando estou emocionalmente incomodado, fico irritado comigo próprio por me sentir dessa forma	1	2	3	4	5
30. Quando estou emocionalmente incomodado, começo a sentir-me mesmo mal comigo próprio	1	2	3	4	5
31. Quando estou emocionalmente incomodado, acredito	1	2	3	4	5

Disfuncionalidades Emocionais na Toxicodependência

que permitir o que estou a sentir é tudo o que posso fazer					
32.Quando estou emocionalmente incomodado, perco o controlo sobre os meus comportamentos	1	2	3	4	5
33.Quando estou emocionalmente incomodado, tenho dificuldades em pensar acerca de outra coisa qualquer	1	2	3	4	5
34.Quando estou emocionalmente incomodado, paro um tempo, para perceber o que estou mesmo a sentir.	1	2	3	4	5
35.Quando estou emocionalmente incomodado, demoro muito tempo para me sentir melhor	1	2	3	4	5
36.Quando estou emocionalmente incomodado, as minhas emoções parecem avassaladoras	1	2	3	4	5

Por favor verifique se respondeu a todos os itens

Muito obrigada pela sua colaboração

5 – Escala de Expressão Emocional

Escala de Expressão Emocional

(Kring, Smith & Neale, 1994)

(Adaptado para a população portuguesa por Machado Vaz, F. & Branco Vasco, A., 2010)

Instruções: As seguintes afirmações referem-se a si e às suas emoções.

De acordo com a seguinte escala, por favor seleccione o número que melhor o descreve o que acontece consigo.

1	2	3	4	5	6
Nunca Verdadeiro	Raramente Verdadeiro	De vez em quando verdadeiro	Frequentemente Verdadeiro	Quase Sempre Verdadeiro	Sempre verdadeiro

1. Eu não expesso as minhas emoções às outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
2. Mesmo quando estou a experienciar fortes emoções, não as expesso exteriormente.	1	2	3	4	5	6
3. As outras pessoas crêem que sou muito emocional.	1	2	3	4	5	6
4. As pessoas conseguem “ler” as minhas emoções	1	2	3	4	5	6
5. Guardo os meus sentimentos para mim.	1	2	3	4	5	6
6. As outras pessoas não são facilmente capazes de observar o que estou a sentir.	1	2	3	4	5	6
7. Exponho as minhas emoções às outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
8. As pessoas pensam em mim como uma pessoa não emocional.	1	2	3	4	5	6
9. Eu não gosto de deixar que as outras pessoas percebam a forma como me estou a sentir.	1	2	3	4	5	6
10. Não consigo esconder a forma como me estou a sentir	1	2	3	4	5	6
11. Não sou muito expressiva emocionalmente	1	2	3	4	5	6
12. Frequentemente os outros consideram-me como sendo uma pessoa indiferente.	1	2	3	4	5	6
13. Sou capaz de chorar em frente a outras pessoas.	1	2	3	4	5	6
14. Mesmo quando me estou sinto muito emocionado (a), não deixo que os outros percebam os meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
15. Eu considero-me emocionalmente expressivo(a).	1	2	3	4	5	6
16. A forma como me sinto é diferente de como os outros pensam que eu me sinto.	1	2	3	4	5	6
17. Não expesso os meus sentimentos	1	2	3	4	5	6