



Maria Teresa Cassinello Lopes Dias

**A relação entre *craving* e sintomatologia em função da regulação
emocional e da comorbilidade**

Tese de Mestrado

Área de Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob orientação do

Professor Doutor Luís Janeiro

Setembro 2015

A relação entre *craving* e sintomatologia em função da regulação emocional e da comorbilidade

Declaração de Autoria e Copyright

Declaro ser autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Maria Teresa Cassinello Lopes Dias

Índice

Introdução

<i>Craving</i> como Característica Distintiva das Perturbações de Uso de Substâncias.....	1
Regulação Emocional no Tratamento das Perturbações de Uso de Substâncias.....	4
Estratégias de Regulação Emocional nas Perturbações de Uso de Substâncias.....	7
Função mediadora da regulação emocional face à relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	9
A sintomatologia e a comorbilidade moderam a relação entre o <i>craving</i> e as estratégias de regulação.....	11

Estudos Empíricos

Estudo I	14
Objetivo.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	15
Procedimentos.....	18
Procedimento de análise de dados.....	19
Resultados.....	20
Estudo II	
Objetivo.....	30
Participantes.....	30
Instrumento.....	30
Procedimentos.....	31
Procedimento de análise de dados.....	32
Resultados.....	34
Discussão	39
Limitações e propostas para futuros estudos	48
Conclusões	49
Referências bibliográficas	50
Anexos	55

Índice de figuras e tabelas

Figura 1. Modelo representando o efeito mediador do <i>acesso limitado a estratégias</i> de regulação emocional na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	20
Figura 2. Modelo representando o efeito mediador da <i>não aceitação</i> das respostas emocionais na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	21
Figura 3. Modelo representando o efeito mediador da <i>consciência emocional</i> na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	22
Figura 4. Modelo representando o efeito mediador da <i>dificuldade de controlo de impulsos</i> na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	23
Figura 5. Modelo representando o efeito mediador da <i>dificuldade em agir de acordo com objetivos</i> na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	24
Figura 6. Modelo representando o efeito mediador da <i>falta de clareza emocional</i> na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	25
Figura 7. Modelo representando o efeito mediador da estratégia <i>reavaliação</i> na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	26
Figura 8. Modelo representando o efeito mediador da <i>supressão emocional</i> na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	27
Figura 9. Modelo representando o efeito mediador da <i>supressão de pensamento</i> na relação entre o <i>craving</i> e a sintomatologia.....	28
Tabela 1. Síntese de resultados do Estudo I.....	29
Tabela 2. Descrição dos sujeitos do estudo II no que se refere ao valor ISP, comorbilidade e intensidade <i>craving</i>	32
Tabela 3. Categorias de análise de conteúdo com base nos modelos de Gross (1998) e Koole (2009).....	33

Anexos

Anexo I	Questionário sociodemográfico, história toxicofílica e informação sobre o tratamento
AnexoII	Informação aos participantes e Consentimento Informado
Anexo III	Escala de Craving pelo Álcool de Penn (PENN-ACE; Flannery et al.,1999)
AnexoIV	Emotion Regulation Interview (ERI; Werner, Goldin, Ball, Heimberg & Gross, 2011)
Anexo V	Escala de Dificuldades de regulação Emocional (DERS ; Gratz & Roemer, 2004)
Anexo VI	Inventário Breve de Sintomas (BSI ; Derogatis, 1982)
Anexo VII	White Bear Suppression Inventory (WBSI; Wegner, & Zanakos, 1994)
AnexoVIII	Questionário de Regulação Emocional (QRE; Gross & John, 2003)

Agradecimentos

Aos pacientes que tão generosamente concordaram em participar neste estudo, e sem os quais esta dissertação não teria sido possível. A colaboração singular de cada um deles contribuiu para uma maior compreensibilidade das dificuldades de regulação emocional nas Perturbações de Uso de Substâncias.

Aos meus filhos José Maria e Santiago, eles são a luz que ilumina minha vida e o meu bem mais precioso.

À minha mãe fonte inspiradora e impulsionadora de contínua progressão e renovação. Às avós Cecília e Teresa, cuja presença tenho guardada no meu coração e pensamento.

Ao Norberto, o meu porto seguro de amor, apoio e compreensão, cuja presença acalma as minhas inseguranças e me estimula a continuar.

Ao Professor Doutor Luís Janeiro, da Universidade do Algarve, pela orientação, contínua reflexão disponibilizada ao longo deste processo e preciosa ajuda dada a este trabalho.

Aos membros da equipa especializada Equipa Técnica de Tratamento do Sotavento de Olhão da ARS-Algarve, composta por profissionais conhecedores das especificidades da patologia adictiva, e do sofrimento que ela contém e cujas reflexões e carinho têm contribuído muito para o meu crescimento pessoal e profissional.

Resumo

As pessoas com Perturbação de Uso de Substâncias (PUS) apresentam perda de controlo com respeito ao uso de uma substância, sendo o *craving* o sintoma dessa perda de controlo. Outras características das pessoas com PUS que têm sido identificadas são as dificuldades de regulação emocional e a presença de sintomatologia e/ou comorbilidade. Com base na revisão da literatura foram colocadas duas hipóteses: (1) a relação entre *craving* e a sintomatologia é mediada pelas estratégias de regulação emocional; (2) a comorbilidade modera a relação entre o *craving* e a regulação emocional.

No primeiro estudo, 72 indivíduos com PUS que se encontravam em tratamento responderam a escalas de auto-relato para avaliar o *craving* (PENN-ACE), as estratégias de regulação emocional (DERS, QRE, WBSI) e a sintomatologia (BSI). Os dados fornecidos foram submetidos a uma análise de mediação.

No segundo estudo, foram seleccionados 12 indivíduos da amostra do primeiro estudo em função da presença, ou não, de comorbilidade e sintomatologia. Os indivíduos foram entrevistados com a ERI (Emotion Regulation Interview) a fim de identificar as estratégias de regulação emocional utilizadas face ao *craving*. Os dados foram analisados recorrendo a metodologias qualitativas.

Os resultados indicaram que: a desregulação emocional contribuiu para que a disforia suscitada pelo *craving* seja exacerbada e aumente a sintomatologia (Estudo I); a presença, ou não, de comorbilidade e sintomatologia se associavam ao tipo de estratégias de regulação emocional utilizadas face ao *craving* (Estudo II).

Palavras-chave: estratégias regulação emocional; *craving*; sintomatologia de perturbação emocional; comorbilidade

Abstract

Individuals with Substance Use Disorder (SUD) show loss of control regarding use of a substance, craving being the symptom of that loss of control. Other features identified in individuals with SUD are emotion regulation difficulties and the presence of symptomatology and/or comorbidity. Based on literature revision, we considered two hypotheses to study: (1) the relation between craving and symptomatology is mediated by strategies of emotion regulation; (2) comorbidity moderates the relation between craving and emotion regulation.

In the first study, 72 individuals with SUD, included in SUD treatment programs, answered self-assessment checklists to evaluate craving (PENN-ACE), emotion regulation strategies (DERS, QRE, WBSI) and symptomatology (BSI). The resulting data was submitted to mediation analysis.

In the second study, 12 individuals were selected from the previous study sample according to the presence or absence of comorbidity and symptomatology. The subjects were interviewed with ERI (Emotion Regulation Interview) in order to identify the emotion regulation strategies used to cope with craving. Data was analyzed with qualitative methodologies.

Results indicate that: emotion deregulation contributes to the exacerbation of craving induced dysphoria and enhances symptomatology (Study I); the presence or absence of comorbidity and symptomatology are related to the sort of emotion regulation strategies adopted facing craving (Study II).

Keywords: emotion regulation strategies; craving; emotional disorder symptomatology; comorbidity.

Introdução

***Craving* como Característica Distintiva das Perturbações de Uso de Substâncias**

As Perturbações de Uso de Substâncias (PUS) foram descritas na mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5ª edição, American Psychiatric Association, 2013), através de um conjunto de quatro grupos de critérios: (1) perda de controlo sobre o comportamento de uso de determinada substância; (2) disfuncionalidade social em termos de concretização de objetivos pessoais, integração sócio profissional e ocupação recreativa; (3) gravidade do uso, caracterizada pelos riscos físicos e psicológicos inerentes à continuidade do comportamento de consumo; e, (4) efeitos farmacológicos, nomeadamente tolerância e abstinência. Nesta 5ª edição do DSM, no grupo de critérios relativos à perda de controlo foi acrescentado o “*craving* ou um forte desejo ou impulso pelo uso de determinada substância”. Kavanagh et al. (2013) consideraram que a inclusão deste critério no DSM-5ª revela um interesse renovado por este fenómeno que é justificado dada a sua grande importância para a investigação e tratamento das PUS. Com efeito, o *craving* é conceito definidor da fenomenologia clínica das PUS por estar associado à justificação da manutenção dos consumos (George & Koob, 2013; West & Miller, 2001) e por ser transversal a diferentes orientações teóricas. Tem sido entendido como um substrato chave da adição e força impulsionadora da continuação do uso apesar das severas consequências, em autores distantes no tempo e distintos em termos de orientação teórica (Drummond, 2001; Eliason & Amodia, 2007; George & Koob, 2013; Kavanagh et al., 2013; Khantzian, 1977; Tice et al., 2001; Wurmser, 1974).

Nas concepções mais recentes, que englobam contributos da neurociência e da psicologia cognitiva, o *craving* tende a ser considerado um fenómeno que ocorre de modo automático.

Volkow, Wang, Fowler, Tomasi e Baler (2012) destacaram o facto do consumo repetido de substâncias conduzir a um enaltecimento do valor motivacional das substâncias, devido ao seu poder reforçador em detrimento de outros reforços naturais, em relação aos quais se verifica uma diminuição da sensibilidade. Neste sentido, a sobrevalorização e saliência adquirida pelos estímulos associados às drogas tenderia a distorcer de um modo patológico o sistema motivacional dos consumidores que, de modo automático e inconsciente, se aproximariam das substâncias (West & Miller, 2001). A intensidade deste automatismo seria, por sua vez, influenciada pelas diversas consequências do consumo continuado de substâncias. Com efeito, atualmente existe um consenso com respeito ao efeito prejudicial do consumo de substâncias psicoactivas no funcionamento neurológico, cognitivo e emocional dos consumidores. O consumo continuado de substâncias altera áreas do funcionamento do indivíduo, especialmente as vinculadas à análise, expressão e autocontrolo emocional (Kober, 2013), planificação do comportamento, controlo executivo e tomada de decisão (Bausela, 2008; George & Koob, 2013; Peuker, Lopes, Menezes, Cunha & Bizarro, 2013; Volkow et al., 2012). Estas alterações parecem ter impacto na evolução da própria adição, uma vez que diminuem a capacidade dos consumidores, que pretendem manter a abstinência, contrariarem o efeito reforçador das drogas e o próprio *craving*. Assim, de acordo com esta teorização, o *craving* constitui um correlato da mobilização automática para o consumo de drogas e da incapacidade de lhe resistir (Pani et al., 2010).

Independentemente dos fatores que explicam o *craving*, alguns autores procuraram descrever este fenómeno, definir as suas dimensões, os fatores de que

depende e o seu efeito sobre a recaída. De acordo com Serrea, Fatseasa, Swendsena e Auriacombea (2015) o *craving* caracteriza-se pela presença de um forte impulso subjetivo para usar uma substância, sendo este impulso vivido com desconforto pelos sujeitos por ser contrário aos seus objetivos de manutenção da abstinência. O desconforto associado ao *craving* remete para uma valência emocional negativa e disfórica que tem sido consensualmente referida e sublinhada em diversas definições (Drummond, 2001; Kavanagh et al., 2013). Contudo, o *craving* tem sido considerado um fenómeno multidimensional, composto por uma dimensão autonómica associada à experiência de ativação fisiológica, uma dimensão comportamental e uma dimensão cognitiva-subjetiva dependente da interpretação do indivíduo sobre a sua vivência.

A experiência de *craving* pode ser desencadeada por distintos estímulos externos (e.g., cheiros, imagens) e/ou internos (pensamentos, sentimentos, estados emocionais negativos). Quanto ao grau de consciência que os sujeitos revelam acerca da experiência de *craving*, existe um continuum entre o carácter automático e inconsciente (Eliason & Amodia, 2007) e a possibilidade de ser acessível à consciência e, por esse motivo, mensurável através de autorrelato (Kavanagh et al., 2013) o que nos permite tomar conhecimento acerca da sua frequência, intensidade e duração (Kavanagh et al., 2013). Apesar dos percussores poderem estar fora da consciência, a experiência de *craving* é na maioria das vezes consciente para o indivíduo (Kavanagh, 2013).

O *craving* tem sido apontado como fator desencadeador do *drop-out* dos indivíduos em tratamento e como causa próxima da recaída, não se conhecendo totalmente como ocorre essa associação. O uso de substâncias (severidade da dependência, duração da abstinência), fatores psicológicos (distorções cognitivas, desregulação emocional e défices na capacidade inibitória) e presença de sintomatologia psicopatológica tem sido alguns dos fatores apontados como determinantes para que

ocorra essa associação entre o *craving*, o abandono precoce do tratamento e o consumo (Eliason & Amodia, 2007).

Como referimos anteriormente, a dimensão emocional do *craving* constitui uma marca distintiva deste fenómeno. Assim, na nossa perspetiva, os aportes teóricos do estudo da regulação emocional poderão fornecer pistas para compreender o modo como as pessoas com PUS lidam com as emoções suscitadas pelo *craving* e as tornam mais, ou menos, inócuas no que se refere à manutenção da dependência.

Regulação Emocional no Tratamento das Perturbações de Uso de Substâncias

O tema da regulação emocional tem vindo a receber um interesse muito pronunciado nos últimos quinze anos, sendo um sinal inequívoco desse interesse o rápido e exponencial crescimento do número de publicações sobre este tema (Gross, 2013). Este estudo tem permitido compreender de que modo contribui a regulação emocional para a etiologia, manutenção e tratamento da psicopatologia (Garza Guerrero, 2012; Gratz & Roemer, 2004; Schore, 2009; Silva, 2005) e em particular das perturbações de uso de substâncias (Kober, 2013; Schore, 2009).

Designa-se por regulação emocional o conjunto de processos através dos quais as pessoas modulam a ativação espontânea das suas emoções (Gross, 1998; Koole, 2009). Em geral, esses processos são utilizados de modo a amplificar, reduzir ou manter a intensidade das emoções (Torrado, Ouakinin & Bacelar-Nicolau, 2013). Quando as pessoas utilizam eficazmente os processos de regulação emocional observa-se também uma melhoria em diversas dimensões psicossociais e uma diminuição da susceptibilidade relativamente ao desenvolvimento de perturbações emocionais e somáticas (Schore, 2009).

Gratz e Roemer (2004) consideraram que a regulação emocional efetiva envolve a consciência, entendimento e aceitação das emoções, capacidade de controlar comportamento impulsivo de acordo com os objetivos pessoais quando se experienciam emoções negativas e a capacidade de usar as estratégias de regulação emocional de maneira flexível, conciliando os objetivos pessoais com especificidade situacional. Segundo os mesmos autores, o deficit ou ausência destas capacidades seriam indicadoras de dificuldades de regulação emocional. Existem várias propostas de conceptualização sobre as diferentes estratégias a que as pessoas recorrem para regular as suas emoções. Gross (1998) começou por desenvolver um modelo sobre o processo de regulação emocional, tendo identificado cinco estratégias de regulação emocional:

(1) seleção da situação que consiste em regular a proximidade a determinados estímulos; (2) modificação da situação implementando esforços para modificar diretamente a situação de maneira a reduzir o seu impacto emocional; (3) desenvolvimento atencional que consiste em direcionar o foco da atenção para determinado aspecto da situação; (4) mudança cognitiva, refere-se ao esforço por alterar uma emoção modificando o significado de uma situação; e (5) modulação da resposta que remete para o esforço por alterar aspectos fisiológicos experienciais ou comportamentais da emoção.

Koole, em 2009, realizou uma revisão teórica sobre as diversas estratégias de regulação emocional e propôs uma nova tipologia de estratégias de regulação emocional. Nessa tipologia, o autor considerou que as estratégias de regulação deveriam ser qualificadas de acordo com a função que cumprem. Assim, distinguiu as estratégias de regulação emocional que as pessoas utilizam quando pretendem alcançar metas importantes para o indivíduo, das que visam aumentar o senso de coerência do sistema de personalidade e das que o sujeito utiliza para obter prazer e/ou alívio de tensão. Entre

as estratégias que os sujeitos utilizam para obter prazer e/ou alívio de tensão, algumas ocorrem mediante atividades corporais gratificantes como a procura de proximidade ou a ingesta. A procura de proximidade, consiste em buscar o contacto físico com alguém securizante e permite reduzir o afeto negativo e modificar a resposta subjetiva comportamental e fisiológica ao stress. Neste sentido, considera-se que a proximidade cumpre uma função de regulação emocional (Coan & Maresh, 2014). Os bebés recorrem a esta estratégia quando solicitam o contacto com a mãe para se regularem emocionalmente (Coan & Maresh, 2014) e, por esse motivo, esta foi considerada uma estratégia primitiva em termos de desenvolvimento (Schore, 2009). Segundo Koole (2009) outras estratégias de regulação emocional corporalmente orientadas, como a ingesta e uso de substâncias, estão associadas ao alívio emocional imediato, em detrimento do bem estar a longo prazo. Usualmente, estas estratégias de regulação emocional que visam o alívio emocional imediato revelam uma dificuldade de controlo de impulsos (Koole, 2009), menor capacidade de *insight* e a presença de pensamentos intrusivos.

Como já foi referido, o objetivo da regulação emocional é o de manter os estados emocionais em níveis de intensidade que permitam aos sujeitos lidar com as situações stressantes sem comprometer a sua estabilidade emocional (Goodman, 2008). No entanto, existem diferenças individuais no que respeita à capacidade para regular eficazmente as emoções, podendo qualificar-se o modo como os sujeitos lidam com as emoções num continuum entre o normal e o patológico (Ochner & Gross, 2005). No polo patológico desse continuum situar-se-iam as dificuldades de regulação emocional transversais a várias manifestações psicopatológicas (Garza-Guerrero, 2012; Gratz & Roemer, 2004) nas quais se enquadram as PUS (Kober, 2013).

Estratégias de regulação emocional nas Perturbações de Uso de Substâncias

A investigação realizada com população com PUS aponta para a existência de uma forte perturbação na regulação das emoções. Em vários estudos (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha, 2007; Fox, Honk & Sinha, 2008; Tice et al., 2001) tem-se concluído que as pessoas com PUS evidenciam dificuldade com os primeiros componentes do processamento emocional, nomeadamente em reconhecer e nomear as suas emoções e em fases posteriores da regulação, apresentam dificuldade na utilização de estratégias de *coping* adequadas e na inibição do comportamento impulsivo em situações de stress. A diminuição da flexibilidade emocional foi também outra característica identificada no processo de regulação emocional das pessoas com PUS.

Torrado (2013b), por exemplo, comparou os níveis de consciência emocional de um grupo de 99 indivíduos com PUS com um grupo de 43 indivíduos sem PUS e concluiu que os sujeitos com PUS apresentavam dificuldades em termos de consciência emocional.

Xin et al. (2014) num estudo realizado com uma amostra de 50 mulheres, em regime prisional diferenciadas pelo diagnóstico de PUS, avaliaram o uso da reavaliação cognitiva e supressão emocional através do Questionário de Regulação Emocional (QRE, Gross & John, 2003). As 25 mulheres diagnosticadas com PUS recorriam, comparativamente com as restantes 25 que não tinham essa patologia, significativamente menos à estratégia de reavaliação cognitiva, não tendo sido obtidas diferenças significativas com respeito à utilização da supressão expressiva. Sabe-se que a reavaliação cognitiva permite reduzir o impacto emocional negativo de uma situação desagradável e é, por esse motivo, considerada uma estratégia adaptativa (Gross & John, 2003).

A dificuldade de controlo de impulsos representa um dos correlatos comportamentais mais importantes das dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004) que está muito presente nas PUS e limita a utilização de outras estratégias regulatórias adaptativas. Fox et al. (2007) num estudo realizado com 60 pacientes com PUS abstinentes e 50 voluntários saudáveis, avaliaram as suas dificuldades de regulação emocional através da escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS, Gratz & Roemer, 2004). Os indivíduos com PUS tinham valores mais elevados em todas as subescalas da DERS, o que foi tido como um indicador de que esses sujeitos tinham mais dificuldades na consciencialização e aceitação de experiências emocionais negativas, mais dificuldades no controlo de impulsos, em manter objetivos e de que tinham também a crença de que pouco podiam fazer para regular as emoções negativas de modo efetivo.

Para as pessoas com PUS, os consumos repetidos de uma substância parecem integrar “um sistema de auto-organização ou regulação dinâmica emocional que visa promover a coerência interna” (Garland, Boettiger, & Howard, 2011, pp. 8). Isto é, uma vez estabelecida a dependência, os indivíduos passam a regular os períodos de ativação emocional (síndrome de abstinência, reatividade a estímulos associados às substâncias, emoções negativas, *craving*) mediante o consumo de substâncias. Assim, o próprio consumo, sendo uma estratégia de regulação emocional, contribui para a manutenção das PUS. Na maior parte das vezes, para estes indivíduos após vários anos de consumos, o uso de substâncias constitui a sua estratégia de regulação emocional predominante. É por esse motivo, expectável que as pessoas com PUS em tratamento apresentem recaídas relacionadas com a dificuldade em regular as suas emoções e, em especial, as emoções negativas como a tristeza e ansiedade (Berking et al., 2011).

Como referimos anteriormente, o *craving* suscita emoções negativas e pode assim contribuir para as recaídas. Por outro lado, a ativação de emoções negativas suscitada por acontecimentos que não se associam diretamente aos consumos poderá desencadear episódios de *craving* (Wurmser, 1974). Assim, entre as emoções negativas e o *craving* existe um fenómeno circular e em feedback positivo, ou seja, a intensificação de um gera um incremento do outro (George & Koob, 2013). Neste sentido, parece ser importante descrever em que circunstâncias ocorre esta circularidade e identificar que estratégias de regulação emocional poderão atenuar uma espiral de autorreforço entre emocionalidade negativa e *craving*.

Função mediadora da regulação emocional face á relação entre o *craving* e a sintomatologia.

A experiência emocional negativa de *craving* é em si mesma muito marcante (Kober, 2013). Além disso, os episódios de *craving* podem aumentar a ocorrência e intensidade de sintomatologia muito diversa tais como sintomas de distress e desconforto (Kavanagh et al., 2013; Nakama et al., 2008), depressão e ansiedade (Hertling et al., 2005; Pani et al., 2010) e, inclusive, de astenia, anorexia, insónias e agressividade (Addolorato et al., 2005 citado em Eliason & Amodia, 2007). Neste sentido, o *craving* constitui uma experiência emocional negativa que se inscreve no registo circular da própria dependência, por estar associado à ocorrência de sintomas de disforia e contribuir a aumentar a perturbação emocional dos indivíduos em tratamento. É, neste contexto, que se considera que a regulação emocional influencia o efeito do *craving* na manutenção das PUS (Kober, 2013). Isto é, quando confrontado com a experiência emocional negativa de *craving* a utilização por parte dos sujeitos de

determinadas estratégias de regulação emocional poderá atenuar, ou aumentar, o efeito do *craving* ao nível da sintomatologia.

Serre, Fatseas, Swendsen e Auriacombe (2015) consideraram que os níveis de *craving* estão positivamente associados ao afecto negativo e ao stress. Numa revisão de estudos com métodos de avaliação do *craving* com validade ecológica momentânea concluíram que a influência do *craving* no comportamento de uso pode ser limitada temporalmente. Isto é, a probabilidade de ocorrência de recaída é maior nos momentos imediatamente após o *craving*. Os autores sugerem que são necessários mais estudos que esclareçam o papel de variáveis psicológicas e das estratégias regulatórias face ao *craving*.

Os resultados obtidos em vários estudos (Szasz, Szentagotai & Hofman, 2012; Salkovskis & Reynolds, 1994 citado em Kavanagh, May & Andrade, 2009) indicam que os toxicod dependentes que utilizam estratégias de regulação de evitação experiencial como a supressão, tendem a manter os níveis de *craving* elevados e além disso, conduzem a uma intensificação dos afectos negativos.

Beadman et al. (2015) realizaram um estudo com uma amostra de 73 indivíduos dependentes de tabaco e examinaram o efeito diferencial da supressão, reavaliação e distanciamento face ao *craving* e comportamento de uso. Os sujeitos foram divididos por três grupos em função do tipo de estratégia de regulação e todos foram expostos a uma situação indutora de *craving*. Posteriormente, foi avaliado o tempo de latência para fumar o primeiro cigarro após a sessão experimental, assim como o *craving* e comportamento de uso durante os sete dias posteriores, tendo sido os participantes instruídos para continuar a usar a estratégia que haviam utilizado na situação em que foi induzido o *craving*. Os autores concluíram que a supressão, comparativamente com a

reavaliação e o distanciamento, estava associada a menor tempo de latência, menor redução do *craving* e menor cessação do uso.

Um outro aspecto negativo desta estratégia, nomeado por efeito cruzado, refere-se ao fato da utilização da supressão do *craving* associado ao desejo de uma substância ser seguido de um incremento posterior do consumo de uma outra substância (Wegner & Najmi, 2008).

Assim, os estudos aqui descritos indicam que a utilização da supressão como estratégia de regulação emocional face ao *craving* é prejudicial, na medida em que conduz a um aumento do próprio *craving*, do afecto negativo e dos consumos. Estes estudos sugerem também que as estratégias de regulação emocional medeiam a relação entre o *craving* e a sintomatologia ou estado emocional posterior.

A sintomatologia e a comorbilidade moderam a relação entre o *craving* e as estratégias de regulação.

De acordo com Pani et al. (2010), os sentimentos de tristeza, a irritabilidade, a desmotivação, a instabilidade afectiva, a disforia, as dificuldades de atenção e as perturbações de sono são características intrínsecas das PUS. No entanto, segundo os autores, usualmente este tipo de sintomatologia não tem sido diagnosticada por ocorrer ao nível sub-síndrome. George e Koob (2013) acrescentam que nas PUS as emoções negativas são potentes elicitadores de desregulação emocional e, em particular, potenciam os episódios de *craving*. Esta relação foi também identificada na prática clínica pois, segundo Wurmser (1974), a capacidade de estímulos internos suscitarem *craving* é frequentemente reportada pelas pessoas com PUS em tratamento. A forte associação entre mau estar emocional e o ressurgimento do *craving* (Berking et al., 2011; George & Koob, 2013; Kober, 2013) pode dever-se a necessidades humanas não

resolvidas (eg., desejo de pertença), eventos externos de natureza psicossocial (Eliason & Amodia, 2007) ou a períodos de stress que aumentam a susceptibilidade para o comportamento impulsivo e para os “lapsos” de raciocínio (Fox, Honk & Sinha, 2008). Para aliviar o mau estar causado pelo *craving*, a que neste caso se associam também as emoções negativas prévias que o suscitaram, os consumos surgem como uma resposta de regulação emocional (Khantzian, 1977; Kober, 2013; William, Frosch & Milkman, 1977; Wurmser, 1974).

O processo descrito anteriormente torna-se ainda mais evidente quando existe comorbilidade psiquiátrica, ou seja, outra perturbação psiquiátrica além de PUS. Vários autores (Goodman, 2008; Wurmser, 1974) no mesmo sentido que a hipótese da automedicação de Khantzian (1977), referem que as pessoas com uma particular predisposição para estados emocionais negativos estariam mais propensos a desenvolverem PUS. Nesta mesma linha de ideia, pesquisas recentes indicam que as PUS são frequentemente antecedidas por outro tipo de psicopatologia (Goodman, 2008; Khantzian, 2013; Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2004; Sequeira, 2006). Os indivíduos dependentes com comorbilidade psicopatológica têm níveis de *craving* mais intensos (Nakama et al., 2008) e tendem a exibir sintomas que são mais persistentes, severos e resistentes ao tratamento (Volkow, 2010), sendo também de esperar que a sua capacidade de regulação emocional esteja mais afetada. Nestes, o consumo de substâncias constitui uma estratégia de regulação das emoções como a raiva, tristeza e ansiedade (Torrado, Ouakinin & Bacelar-Nicolau, 2013) ainda mais marcada e persistente. Isto é, quanto maior a severidade dos sintomas maior é a probabilidade das estratégias de regulação emocional que foram automatizadas, neste caso os consumos, voltarem a impor-se como resposta às emoções negativas (Goodman, 2008).

O estudo de Nakama et al. (2008) dá suporte a relação existente entre comorbilidade e *craving*. Os autores concluíram que os estados de ânimo negativos aumentavam o *craving* e em especial nos indivíduos com sintomatologia psicopatológica. Estes experimentam com maior frequência estados de ânimo negativos e, por esse motivo, têm também níveis de *craving* mais intensos.

Uma vez que a sintomatologia e a comorbilidade induzem o *craving*, podemos propor a hipótese teórica de que a comorbilidade poderá moderar o efeito da regulação emocional face ao *craving*.

Dada a relevância do *craving* na fenomenologia clínica do tratamento das PUS, o efeito da regulação emocional face ao *craving* e o modo em que estes fatores parecem depender e, simultaneamente, contribuir para a manutenção da sintomatologia e da comorbilidade, julgamos que são necessários mais estudos que abordem e clarifiquem a inter-relação entre estes fatores. A definição do papel das diferentes estratégias de regulação emocional face ao *craving* poderá contribuir para definir intervenções focalizadas na regulação emocional e melhorar a capacidade de autorregulação dos indivíduos em tratamento, diminuir a sintomatologia e a comorbilidade.

No trabalho aqui apresentado, através de dois estudos exploratórios pretendemos descrever as relações entre *craving*, regulação emocional, sintomatologia e comorbilidade. No primeiro estudo, o objetivo consistiu em avaliar o efeito mediador das estratégias de regulação emocional na relação entre o *craving* e a sintomatologia. No segundo estudo, pretendeu-se descrever quais as estratégias de regulação que foram utilizadas pelos indivíduos face ao *craving* e se estas dependiam ou não do diagnóstico de comorbilidade.

Estudos Empíricos

Estudo I

Objetivo

O objetivo do presente estudo consistiu em descrever o contributo das estratégias de regulação emocional na relação entre o *craving* e os níveis de sintomatologia, dos indivíduos com PUS que se encontravam em tratamento. Assim, neste estudo, foi atribuído às estratégias de regulação emocional o estatuto de variável mediadora entre o *craving* e a sintomatologia. Por se tratar de uma hipótese teórica consideramos que o presente estudo tem um carácter exploratório.

Participantes

Participaram no estudo 72 utentes da Equipa Técnica Especializada de Tratamento do Sotavento da ARS Algarve (ETET-Sotavento), diagnosticados com Perturbação pelo Uso de Substâncias, segundo os critérios definidos no DSM-5. Tinham uma média de idades de 41 anos ($DP = 7.55$) com uma amplitude de idades que variou entre os 25 e os 65 anos. Os participantes distribuíram-se de modo desigual pelos géneros, sendo a maioria do género masculino 56 (78%), enquanto apenas 16 (22%) eram do sexo feminino. No que se refere ao nível de escolaridade, 26 utentes tinham completado o ensino primário, 30 o ensino básico, 15 participantes completou o ensino secundário e 1 completou licenciatura. Os diagnósticos de PUS relacionavam-se com diferentes substâncias, sendo as mais prevalentes a heroína (56) e o álcool (10). Apenas 4 participantes apresentavam PUS relacionada com cocaína e 2 com haxixe. A idade média dos primeiros consumos foi de 20 anos ($DP = 6.77$).

Foram considerados critérios de inclusão no estudo que os participantes estivessem integrados em termos familiares (a viver com a família ou sozinhos mas tendo relação de proximidade com a família), social (inseridos na comunidade onde viviam) e laboral (a trabalhar ou em procura ativa de trabalho ou a frequentar formação).

A presença de outro diagnóstico além do diagnóstico de PUS, ou seja a comorbilidade, foi diagnosticada por um psicólogo clínico e/ou psiquiatra. Constatou-se que 46 utentes (64%) apresentavam outras perturbações. Entre as perturbações que mais afetavam os utentes encontravam-se as depressivas (25) e as de personalidade (13). Com menor representatividade encontravam-se as perturbações da ansiedade (6) e as do espectro psicótico (2).

Os utentes foram ainda descritos no que se referia à sintomatologia nos últimos 7 dias prévios à participação no estudo através do BSI. Através do Índice de Sintomas Positivos (ISP), tendo por referência valores superiores a 1.7 (Canavaro, 1999), concluiu-se que 40 utentes apresentavam sintomatologia elevada, indicadora de perturbação emocional.

O tempo médio que decorreu desde o início do primeiro tratamento foi de 13 anos ($DP = 7.16$); o tempo médio de abstinência da substância principal foi de 95 semanas ($DP = 147.7$) e o número médio de recaídas prévias foi de 7 ($DP = 3.24$).

Constatou-se que 42 utentes se encontravam medicados com agonistas opióides e 2 com antagonista opióide.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico, história toxicofílica e informação sobre o tratamento.

Os autores do presente estudo elaboraram um guião de entrevista com o objetivo de caracterizar cada um dos participantes em termos sociodemográficos, de história toxicofílica e situação atual em termos de tratamento (Anexo I). O diagnóstico de comorbilidade foi também registado neste questionário tendo por base a consulta do processo do utente.

Escala de Dificuldades de regulação Emocional (DERS ; Gratz & Roemer, 2004).

A DERS foi traduzida e adaptada à população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreira e Dias (2010) com o objetivo de avaliar as dificuldades de regulação emocional em seis domínios (Anexo V): (1) *não aceitação* das emoções negativas; (2) incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por *objetivos* quando experiencia emoções negativas; (3) *dificuldade em controlar comportamento impulsivo* quando experiencia emoções negativas; (4) *acesso limitado a estratégias* de regulação emocional consideradas efetivas; (5) *falta de consciência emocional*; e, (6) *falta de clareza emocional*. A DERS é constituída por 36 itens cuja modalidade de resposta numa escala likert que assume 5 pontos, do 1 (“quase nunca se aplica a mim”) ao 5 (“aplica-se quase sempre a mim”). A escala revelou elevados valores de consistência interna ($\alpha = .93$), boa fidelidade teste-reteste ($r = .88$) e adequada validade preditiva e de constructo (Coutinho et al., 2010).

Inventário Breve de Sintomas (BSI ; Derogatis, 1982)

O Brief Symptom Inventory (BSI) é uma medida de auto-relato que foi concebida para avaliar a sintomatologia psiquiátrica geral (Anexo VI). Avalia nove

dimensões sintomáticas: (1) depressão; (2) somatização; (3) hostilidade; (4) sensibilidade interpessoal; (5) ansiedade; (6) ideação paranóide; (7) obsessão-compulsão; (8) ansiedade fóbica; e, (9) psicoticismo. O questionário forneceu ainda dois índices globais de distresse, o Índice Geral de sintomas (IGS) e Índice de Sintomas Positivos (ISP). O IGS pondera a intensidade do mal estar experienciado em função do número total de sintomas assinalados. Através do ISP foi possível diferenciar o grupo de participantes com perturbação emocional ($ISP > 1.7$) dos que não apresentam sintomatologia psicopatológica significativa ($ISP < 1.7$) (Canavarro, 1999). Canavarro em 1999, adaptou este inventário para a língua portuguesa e estudou as suas características psicométricas, tendo concluído que o mesmo possui boas qualidades psicométricas.

White Bear Suppression Inventory (WBSI; Wegner, & Zanakos, 1994)

O WBSI foi adaptado à população portuguesa por Jiménez-Ros, Orgambidez-Ramos e Pascual-Orts (s/d). Trata-se de um questionário composto por 15 itens de autorresposta que avalia a tendência geral para suprimir pensamentos negativos indesejáveis (Anexo VII). A pontuação total obtém-se somando as respostas numa escala de 5 níveis de resposta, de 1 (completamente em desacordo) a 5 (completamente de acordo). A pontuação total obtém-se somando as respostas a cada item e oscila entre 15 e 75. Quanto maior é a pontuação total maior é a tendência a suprimir. O estudo das características psicométricas do WBSI revelou a existência de apenas um factor com uma adequada consistência interna e estabilidade temporal (α Cronbach = .88, CCI = .61).

Questionário de Regulação Emocional (QRE; Gross & John, 2003)

O QRE foi adaptado para a População Portuguesa por Vaz e Martins em 2008 (Anexo VIII). Baseado na conceptualização de Gross e John (1998) o QRE é

constituído por duas subescalas, uma relativa às estratégias de *supressão emocional*, composta por 6 itens e a outra referente às estratégias de *reavaliação*, constituída por quatro itens. Os itens possuem uma modalidade de resposta numa escala de Likert de 7 pontos. Este questionário permite obter uma pontuação parcial para cada subescala, indicando valores mais elevados uma maior tendência para a utilização das estratégias avaliadas. Os estudos psicométricos do QRE revelaram valores adequados de fiabilidade para a escala de *reavaliação* cognitiva (α de Cronbach = .79) e a *Supressão emocional* (α de Cronbach = .73) (Vaz & Martins, 2008).

Escala de *Craving* pelo Álcool de Penn (PENN-ACE; Flannery et al., 1999).

A PENN-ACE foi desenvolvida com o objetivo de avaliar a intensidade do *craving* relacionado com o consumo de álcool e os autores do presente estudo modificaram o conteúdo dos itens para avaliar o *craving* relativamente a outras substâncias (Anexo III). A PENN-ACE foi construída por Flannery, Volpicelli e Pettinati (1999) denominando-se a versão em língua portuguesa Escala de *Craving* pelo Álcool de Penn (ECAP). Trata-se de uma escala multi-item unifactorial, auto-administrada de forma bastante breve, constituída por 5 questões. As três primeiras questões dizem respeito à frequência, intensidade e duração dos pensamentos acerca do uso de substâncias. Na quarta questão pede-se ao sujeito para registar a sua capacidade de resistir ao consumo, quando estão disponíveis as substâncias de que dependeu. Na quinta questão pede-se ao sujeito para avaliar o nível médio de *craving* que experienciou durante a semana precedente. As respostas em cada item possuem uma pontuação de 0 a 6 e a valores mais elevados correspondem níveis de *craving* também elevados. O estudo das qualidades psicométricas da escala revelou bons indicadores em termos da fiabilidade (α Cronbach = 0.92), da validade concorrente, discriminante e preditiva (Pombo, Ismail & Cardoso, 2008).

Procedimentos

A recolha de dados foi realizada na consulta de dependências da ETET-Sotavento. Foram selecionados apenas os sujeitos que estando inseridos em programas com terapêutica medicamentosa estavam a aderir à mesma e que tinham uma situação estável a nível psicossocial. Estando reunidas estas duas condições procedeu-se a uma estratégia de amostragem por conveniência; os utentes que se deslocaram à consulta foram convidados a participar no estudo, sendo-lhes proporcionada toda a informação necessária para tomar uma decisão informada (Consentimento Informado – Anexo II). Os utentes que aceitaram participar responderam às questões colocadas pela autora do estudo com base no questionário sociodemográfico, história toxicofilia e tratamento. Posteriormente foram aplicados os instrumentos de autorrelato (BSI, EDRE, QRE, WBSI, PENN) e, para controlar o efeito de ordem de apresentação, foram definidas distintas ordens de preenchimento dos mesmos.

Procedimento de análise de dados

Para avaliar se cada uma das estratégias de regulação emocional possuía um efeito mediador na relação entre o *craving* e a sintomatologia foi aplicado o procedimento sugerido por Baron e Kenny (1986). Para afirmar que a regulação emocional possuía um efeito mediador na relação entre o *craving* e a sintomatologia teríamos que constatar que (i) existia uma relação significativa entre o *craving* e as estratégias de regulação emocional; (ii) as estratégias de regulação emocional influenciavam significativamente a sintomatologia; (iii) e a adição das estratégias de regulação emocional ao modelo reduzia o efeito direto do *craving* no modelo. De um outro modo, quando se verificou que o efeito direto do *craving* sobre a sintomatologia se reduziu, após a introdução das estratégias de regulação emocional, isso significou que

estas possuíram um efeito mediador. A significância das relações assinaladas foi testada através de regressões lineares simples (em *i* e *ii*) e múltiplas (em *iii*). Além do procedimento descrito foi também aplicado o teste de Sobel, que permitiu através de um teste de significância avaliar o efeito de mediação com base nos coeficientes de regressão estandardizados calculados (em *i* e *ii*).

Resultados

Uma vez que foram avaliadas nove dimensões da regulação emocional, o procedimento de Baron e Kenny foi aplicado igual número de vezes para testar o efeito de mediação de cada uma dessas dimensões na relação entre o *craving* (avaliado com o EPAC) e a sintomatologia (avaliada através do Índice Geral de Sintomas do BSI). Para reportar os resultados das análises do efeito de mediação seguimos as normas de apresentação determinadas pela APA (2010).

Efeito mediador do acesso limitado a estratégias de regulação emocional

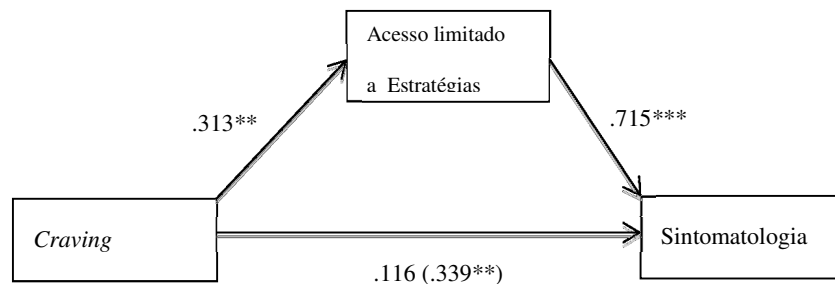


Figura 1. Modelo representando o efeito mediador do *acesso limitado a estratégias* de regulação emocional na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandardizados). Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto = .339, $p = .004$) aparenta ser mediada pelo *acesso limitado a estratégias* de regulação emocional (teste de Sobel = 2.680, EP = 0.007, $p = .007$). Os coeficientes de regressão estandardizados representando o efeito do *craving* sobre o *acesso limitado a estratégias* (variável

mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* mais limitado o *acesso a estratégias* de regulação emocional ($\beta = .313$) que, por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .715$; ver Figura 1). O efeito indireto assim definido foi .224 (.313 x .715). Deste modo, constata-se que 66.1% (.224/.339) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio do *acesso limitado a estratégias* de regulação emocional. Atendendo à magnitude deste efeito indireto e ao facto do efeito direto remanescente ser não significativo ($\beta = .116$, $p = 166$), os resultados parecem sugerir estarmos perante um caso de mediação total.

Efeito mediador da não aceitação das respostas emocionais (Não Aceitação)

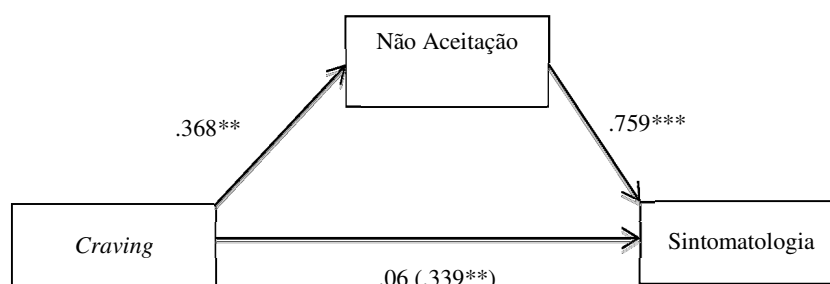


Figura 2. Modelo representando o efeito mediador da *não aceitação* das respostas emocionais na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandardizados). Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto = .339, $p = .004$) aparenta ser mediada pela *não aceitação* das emoções (teste de Sobel = 3,059; EP = 0.007; $p = .002$). Os coeficientes de regressão estandardizados representando o efeito do *craving* sobre a *não aceitação* (variável mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* mais *não aceitação* emocional ($\beta = .368$) que, por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .759$; ver Figura 2). O efeito indireto assim definido foi .279 (.368

x .759). Deste modo, constata-se que que 82,4% (.279/.339) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio da *não aceitação* emocional. Atendendo à magnitude deste efeito indireto e ao facto do efeito direto remanescente ser não significativo ($\beta = .06$, $p = 0,46$), os resultados parecem sugerir estarmos perante um caso de mediação total.

Efeito mediador da falta de consciência emocional (Consciência emocional)

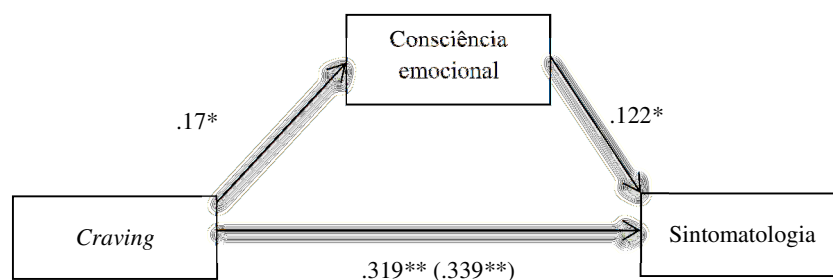


Figura 3. Modelo representando o efeito mediador da *consciência emocional* na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandardizados).

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto = .339, $p = .004$) não foi mediada pela *consciência emocional* (teste de Sobel = 0,847; EP = 0.001; $p = .396$). Os coeficientes de regressão estandardizados representando o efeito do *craving* sobre a *consciência emocional* (variável mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* mais dificuldade na *consciência emocional* ($\beta = .17$) que , por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .122$; ver Figura 3). No entanto o efeito indireto assim definido foi .020 (.17 x .122) sendo que apenas 6% (.020/.339) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio da falta de *consciência emocional*. Atendendo à magnitude deste efeito indireto e ao facto do efeito direto remanescente ser significativo ($\beta = .319$, $p = .007$) e ainda ao facto do teste de Sobel ter

sido não significativo ($p = .396$) concluiu-se que a falta de *consciência emocional* não mediou a relação entre o *craving* e a sintomatologia.

Efeito mediador da dificuldade de controlo de impulsos

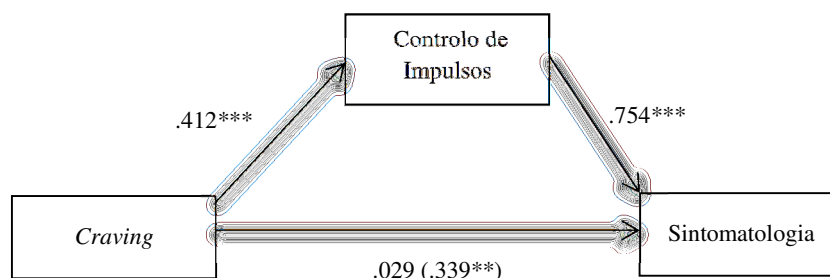


Figura 4. Modelo representando o efeito mediador da *dificuldade de controlo de impulsos* na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandardizados). Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto = $.339$, $p = .004$) aparenta ser mediada pela *dificuldade de controlo de impulsos* (teste de Sobel = $3,559$; EP = 0.006 ; $p = .000$). Os coeficientes de regressão estandardizados representando o efeito do *craving* sobre a *dificuldade de controlo de impulsos* (variável mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* mais *dificuldade de controlo de impulsos* ($\beta = .412$) que, por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .754$; ver Figura 4). O efeito indireto assim definido foi $.310$ ($.412 \times .754$). Deste modo, constata-se que $91,6\%$ ($.310/.339$) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio da *dificuldade de controlo de impulsos*. A magnitude deste efeito indireto e o facto do efeito direto remanescente ser não significativo ($\beta = .029$, $p = 0.74$), parece sugerir que estamos perante um caso de mediação total.

Efeito mediador da dificuldade em agir de acordo com objetivos (Objetivos)

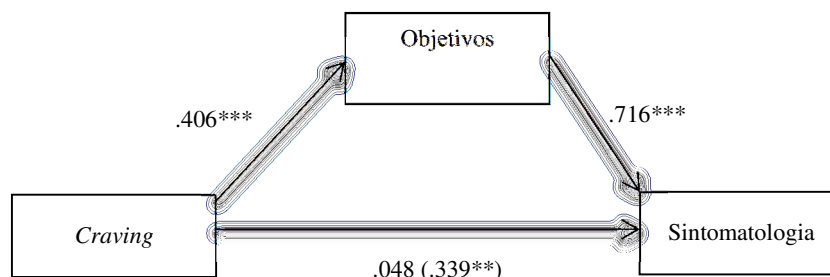


Figura 5. Modelo representando o efeito mediador da *dificuldade em agir de acordo com objetivos* na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandardizados). Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto =.339, $p = .004$) aparenta ser mediada pela *dificuldade em agir de acordo com objetivos* (teste de Sobel = 3,316; EP = 0.006; $p = .000$). Os coeficientes de regressão estandardizados representando o efeito do *craving* sobre a *dificuldade em agir de acordo com objetivos* (variável mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* mais *dificuldade em agir de acordo com objetivos* ($\beta = .406$) que, por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .716$; ver Figura 5). O efeito indireto assim definido foi .291 (.406 x .716). Deste modo, constata-se que 85,8% (.291/.339) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio da *dificuldade de agir de acordo com objetivos*. Atendendo à magnitude deste efeito indireto e ao facto do efeito direto remanescente ser não significativo ($\beta = .048$, $p = 0.58$), os resultados parecem sugerir estamos perante um caso de mediação total.

Efeito mediador da falta de clareza emocional (Clareza)

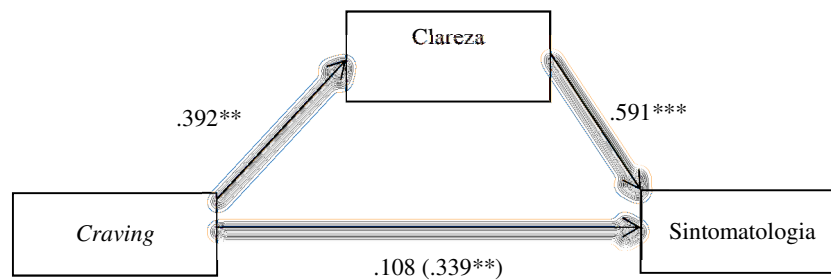


Figura 6. Modelo representando o efeito mediador da falta de clareza emocional na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandardizados).

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto = .339, $p = .004$) aparenta ser mediada pela *falta de clareza emocional* (teste de Sobel = 3,074; EP = 0.006; $p = .002$). Os coeficientes de regressão estandardizados representando o efeito do *craving* sobre a *falta de clareza emocional* (variável mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* maior é a *falta de clareza emocional* ($\beta = .392$) que, por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .591$; ver Figura 6). O efeito indireto assim definido foi .232 ($.392 \times .591$). Deste modo, constata-se que que 68,3% ($.291/.339$) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio da *falta de clareza emocional*. Atendendo à magnitude deste efeito indireto e ao facto do efeito direto remanescente ser não significativo ($\beta = .108$, $p = .28$), os resultados parecem sugerir estamos perante um caso de mediação total.

Efeito mediador da reavaliação cognitiva

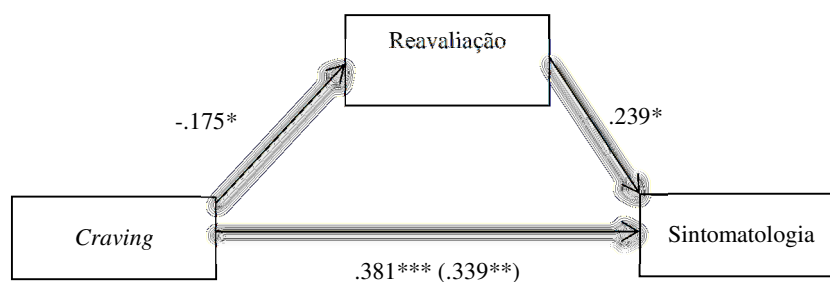


Figura 7. Modelo representando o efeito mediador da estratégia *reavaliação* na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandardizados).

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto = .339, $p = .004$) não foi mediada pela *reavaliação* (teste de Sobel = -1,215; EP = 0.003; $p = .224$). Os coeficientes de regressão estandardizados representando o efeito do *craving* sobre a *reavaliação* (variável mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* menor capacidade de *reavaliação* ($\beta = -0.175$) que, por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .239$; ver Figura 7). O efeito indirecto assim definido foi -.042 (-.175 x .239). Deste modo, constata-se que -1,23% (-.042/.339) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio da *reavaliação*. Contudo, pelo facto da magnitude do efeito indirecto ter sido negativo (-.042) e o efeito directo remanescente ter sido significativo ($\beta = .381$, $p = .001$), e o teste de Sobel ter sido não significativo ($p = .396$) concluiu-se que a *reavaliação* cognitiva não mediou a relação entre o *craving* e a sintomatologia.

Efeito mediador da supressão emocional

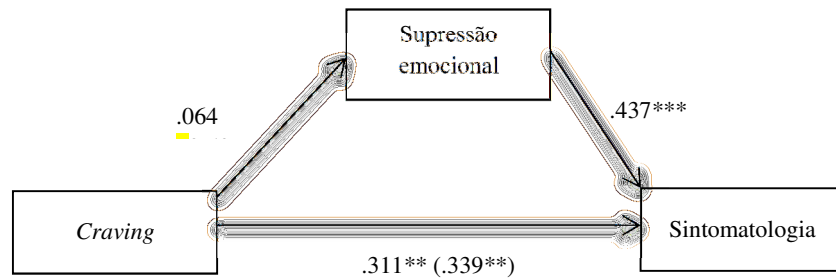


Figura 8. Modelo representando o efeito mediador da *supressão emocional* na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandardizados).

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto = .339, $p = .004$) não foi mediada pela *supressão emocional* (teste de Sobel = .551; EP = 0.004; $p = .581$). Os coeficientes de regressão estandardizados representando o efeito do *craving* sobre a *supressão emocional* (variável mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* mais *supressão emocional* ($\beta = .064$) que, por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .437$; ver Figura 8). O efeito indireto assim definido foi .028 (.064 x .437). Deste modo, constata-se que 8,25% (.028/.339) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio da *supressão emocional*. Atendendo à reduzida magnitude do efeito indireto, ao facto do efeito direto remanescente ser significativo ($\beta = .311$, $p = .003$) e o teste de Sobel ter sido não significativo ($p = .581$), concluiu-se que a *supressão emocional* não mediou a relação entre o *craving* e a sintomatologia.

Efeito mediador da supressão do pensamento

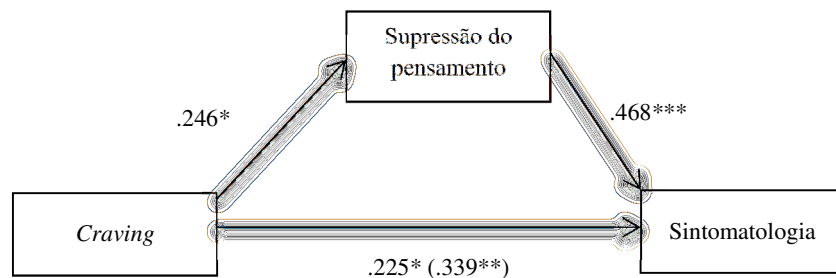


Figura 9. Modelo representando o efeito mediador da *supressão de pensamento* na relação entre o *craving* e a sintomatologia (coeficientes de regressão estandarizados).

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

A relação entre o *craving* e a sintomatologia (efeito direto = .339, $p = .004$) aparenta ser mediada pela *supressão de pensamento* (teste de Sobel = 1,920; EP = 0.005; $p = .054$). Os coeficientes de regressão estandarizados representando o efeito do *craving* sobre a *supressão de pensamento* (variável mediadora) e o efeito desta variável sobre a sintomatologia foram positivos e significativos, pelo que concluímos que quanto maior o *craving* mais *supressão de pensamento* ($\beta = .246$) que, por sua vez, afeta positivamente a sintomatologia ($\beta = .468$; ver Figura 9). O efeito indireto assim definido foi .115 ($.246 \times .468$). Deste modo, constata-se que 33,9% ($.1151/.339$) da influência total do *craving* sobre a sintomatologia ocorreu por intermédio da *supressão de pensamento*. Apesar da magnitude deste efeito indireto verificou-se que o efeito direto remanescente se manteve significativo ($\beta = .225$, $p = 0.03$) e o teste de Sobel foi apenas marginalmente significativo ($p = .054$), o que parece indicar que estamos perante um caso de mediação parcial.

Tabela1

Síntese de Resultados da Análise de Mediação

Estratégia	Efeito de Mediação	Efeito Indireto
Acesso limitado a estratégias	Total	66.1%
Não aceitação das respostas emocionais	Total	82.4%
Falta de consciência emocional	Não	6.0%
Dificuldade de controlo de impulsos	Total	91.6%
Dificuldade em agir de acordo com objetivos	Total	85.8%
Falta de clareza emocional	Total	68.3%
Reavaliação cognitiva	Não	-1.2%
Supressão emocional	Não	8.6%
Supressão de pensamento	Parcial	33.9%

Estudo II

Objetivo

O segundo estudo foi concebido com o objetivo de analisar se ter, ou não, comorbilidade e sintomatologia se associava ao tipo de estratégias de regulação emocional adoptadas face ao *craving*.

Participantes

Neste estudo participaram doze dos utentes que pertenciam à amostra do estudo apresentado anteriormente (Estudo I). A média de idades dos doze participantes foi de 35 anos ($DP = 8.58$), tendo o mais novo 25 anos e o mais velho 64. A maioria dos participantes era do género masculino (8/12, 66%). No que se refere ao nível de escolaridade 2 utentes tinham completado o ensino primário, 5 ensino básico, 4 ensino secundário e 1 terminou a licenciatura. Os diagnósticos de PUS relacionavam-se com heroína (10) e álcool (2).

Instrumento

Emotion Regulation Interview (ERI; Werner, Goldin, Ball, Heimberg & Gross, 2011)

A ERI foi desenvolvida por Werner, Goldin, Ball, Heimberg e Gross (2011) com o objetivo de avaliar as estratégias de regulação emocional utilizadas em situações de ansiedade social. Esta entrevista semiestruturada foi concebida de modo a que fossem os próprios sujeitos a descrever situações consideradas ansiogénicas e, neste sentido, considera-se uma entrevista ideográfica. Os autores pretendiam obter medidas com maior validade externa e simultaneamente compreender a fenomenologia associada ao

processo de regulação emocional na ansiedade social. Os autores do presente estudo modificaram a ERI para avaliar as estratégias de regulação emocional utilizadas face ao *craving* e, a partir do material fornecido pelos participantes, descrever a fenomenologia clínica da regulação emocional face ao *craving* (Anexo IV).

Procedimentos

Os doze participantes foram selecionados a partir da amostra do Estudo I em função da comorbilidade e da sintomatologia, controlando os níveis de *craving* (ver tabela 2). Assim, os indivíduos que formaram o grupo com comorbilidade (G1 e G3) apresentavam valores de ISP (BSI) superiores a 1.7 e comorbilidade diagnosticada por um psicólogo e/ou psiquiatra. Os indivíduos que constituíram o grupo sem comorbilidade (G2 e G4) não apresentavam sintomatologia avaliada pelo BSI (ISP <1.7) nem diagnóstico de comorbilidade após avaliação por psicólogo ou psiquiatra.

Para anular o efeito dos níveis de *craving* (avaliado com a PENN-*craving* ou ECAP, na versão portuguesa) no grupo com comorbilidade (G1 e G3) três dos participantes apresentavam pontuações elevadas de *craving* (G1) e os outros três pontuações baixas (G3). No grupo sem comorbilidade (G2 e G4) três dos participantes apresentavam pontuações elevadas de *craving* (G2) e outros três pontuações baixas (G4).

Os participantes do estudo foram contactados na consulta de ambulatório da ETET do Sotavento, tendo-lhes sido proporcionada toda a informação necessária para tomar uma decisão informada.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação da entrevista ERI (Werner et al., 2011). As respostas dadas pelos participantes foram registadas por escrito, *ipsis verbis*, pela entrevistadora e autora da presente tese.

TABELA 2

Descrição dos Sujeitos no que se Refere ao Valor ISP, Comorbilidade e Intensidade Craving.

Grupo	Sujeito	ISP	Comorbilidade	Craving (PENN)
G1	1	1.96	X	21
	2	2.40	X	27
	3	2.37	X	27
G2	1	1.46		18
	2	1.30		12
	3	1.38		11
G3	1	2.38	X	6
	2	2.68	X	0
	3	2.70	X	5
G4	1	1.21		0
	2	1.35		3
	2	1.24		0

Nota. x Diagnóstico de comorbilidade

Procedimento de análise de dados

Neste estudo foram adoptadas duas metodologias às quais se associavam distintos procedimentos. Primeiro, foi seguida uma metodologia de análise de conteúdo quantitativa de acordo com a perspectiva de Schreirer (2012). De acordo com este autor, numa primeira etapa são construídas categorias de análise que derivam de um modelo teórico. No nosso estudo, as categorias de análise resultaram dos modelos teóricos de Gross (1998) e Koole (2009) e estão definidas na tabela 3. Em seguida, de acordo com esta metodologia, os dados recolhidos foram analisados de modo quantitativo através da contagem de ocorrências das categorias teóricas definidas nos dados recolhidos. Neste processo, dado o objetivo do estudo, na análise quantitativa procurou-se diferenciar os resultados em função da presença, ou não de comorbilidade.

Depois de realizada esta análise quantitativa, aplicaram-se os procedimentos da metodologia de análise qualitativa de Strauss e Corbin (1990). Foi através da aplicação dessa metodologia que se tornou evidente a ocorrência de associações entre as

categorias identificadas através da análise quantitativa e a presença, ou não, de comorbilidade. Este nível de análise, apesar de ser interpretativa, também permite obter uma perspectiva exploratória e compreensiva do material recolhido.

TABELA 3

Categorias de Análise de Conteúdo com Base nos Modelos de Gross (1998) e Koole (2009).

Estratégias de Regulação Emocional

Gross (1998,2011)

Seleção da situação	Regulação da proximidade às situações associadas aos consumos de modo a evitar o <i>craving</i>
Modificação da situação	Tentativa de modificar a situação para reduzir o <i>craving</i>
Estratégias atencionais	Direcionamento da atenção para estímulos neutros de modo a reduzir o <i>craving</i>
Mudança cognitiva	Tentativa de pensar sobre a situação de maneira diferente com o fim de reduzir o <i>craving</i>
Supressão emocional	Tentativa de não expressar sinais que revelem o <i>craving</i>
Relaxamento	Uso da técnica de relaxamento para reduzir o <i>craving</i>
Aceitação	Observação dos sentimentos associados ao <i>craving</i> sem a tentativa de os modificar

Koole (2009)

Dificuldade de controlo de impulsos	Dificuldade de controlar o comportamento impulsivo quando experiencia <i>craving</i>
Supressão de pensamento	Tentativa de evitar experimentar emoções não desejáveis e pensamentos associados ao <i>craving</i>
Metas/tarefas	Focalização em tarefas ou objetivos a curto prazo que promovem a regulação da ansiedade
Integração no sistema de personalidade	Remete para aspetos de integração e de redução da dissonância entre facetas antagónicas do indivíduo
Proximidade emocional	Procura de relação com contacto físico como estratégia de regulação
Estratégia corporal de Ingesta	Atividades que proporcionam gratificação imediata através da ingestão de alimento ou bebidas

Resultados

As duas primeiras categorias de análise referem-se ao tipo de situações que suscitaram *craving* (situações ideográficas) e à intensidade do mesmo. Como referimos anteriormente, na análise dos dados foram diferenciados os resultados em função da comorbilidade.

Tipos de Situações Ideográficas

Os indivíduos sem comorbilidade referiram ter episódios de *craving* associados essencialmente a estímulos externos como “ver alguém a consumir” (G2.2, G2.3) ou “encontrar determinadas pessoas” (G4.3) ou ainda “quando me oferecem” (G2.2). Enquanto os indivíduos com comorbilidade referiram que foram sobretudo os estímulos internos os que suscitaram os episódios de *craving*. Entre os exemplos de estímulos internos referiram “um vazio” (G1.1), “encontrar-me sem objetivos” (G3.2), “procurava algo que a droga acabou por preencher” (G1.1), “solidão” (G3.3, G1.1) “isolamento” (G3.2) e “a solidão tem sido o que mais tem contribuído para as minhas recaídas” (G1.1).

Intensidade *craving*

Os indivíduos que referiram níveis de intensidade altos de *craving* experienciaram episódios de desregulação emocional mais intensos, denotando dificuldade no uso de *estratégias atencionais* e de *mudança cognitiva* “dias em que falar comigo próprio não tem sucesso nenhum” (G1.3), assim como maior tendência a usar *estratégias corporais* (*proximidade, ingesta*). Os indivíduos que referiram sentir menor intensidade nos episódios disponibilizam maior diversidade de estratégias de regulação emocional.

Seleção da situação

Os indivíduos sem comorbidade referiram que evitaram o *craving* afastando-se de estímulos externos associados aos consumos “não ter contacto com pessoas que consumam” (G4.3,G2.2) para manter a abstinência.

Os indivíduos com comorbidade tendiam a estar mais centrados na evitação da disforia associada a sentimentos de vazio, solidão, desamparo e necessidades emocionais não resolvidas. Pois, para estes, a disforia constituía o principal precursor do *craving*. Assim, para o evitarem, os participantes com comorbidade referiram que faziam diferentes tipos de coisas: “evito ficar em casa sozinho, fico nostálgico” (G1.3), “evito saindo de casa”(G1.2, G1.1), “sinto-me isolado” (G3.2) “ vou para ao pé de pessoas” (G1.2) e “faz-me falta alguém” (G1.1).

Modificação da situação

Todos os indivíduos referiram o controlo de estímulos (eg evitar andar com dinheiro, pedir a alguém que o guarde) como algo importante para manter a abstinência, exceptuando os indivíduos sem comorbidade e com níveis de *craving* baixos. A tentativa de modificar a situação para reduzir o *craving*, mais referidas por todos os indivíduos, foi o envolvimento em *metas* “ocupar-me com uma tarefa” (G3.2) “responsabilidades que me ocupem, rotinas” (G1.1).

Estratégias atencionais

Todos os indivíduos referiram o uso de *estratégias atencionais* de modo a reduzir o *craving*. Porém a tentativa de direcionamento da atenção para estímulos não associados ao consumo parece ser menos efetiva nos indivíduos com comorbidade.

Estes referem mais dificuldades: a) em desengajar-se do foco problemático, por exemplo “acordo a pensar; começo a pensar por antecipação” (G1.1) e b) no direcionamento da atenção para outros estímulos “não consigo ver tv” (G3.1, G3.3).

Mudança cognitiva

Relativamente à tentativa de pensar sobre a situação de maneira diferente para reduzir o *craving* observou-se, que nos indivíduos sem comorbilidade, a *mudança cognitiva* parece estar associada à congruência cognição-comportamento referente à categoria integração no sistema de personalidade: “digo-me que estou farto” (G2.2), “se penso assim devo atuar em consequência” (G4.3), “coloco-me o objetivo da abstinência” (G4.2, G4.3, G2.1), “tenho de lutar pela minha vida” (G4.2).

Por outro lado, os indivíduos com comorbilidade ante a desorganização afecto-cognitiva suscitada pelo *craving* parecem ter dificuldade em aplicar *mudança cognitiva*. Nestes indivíduos, são as estratégias corporais de *proximidade* que cumprem a função de regulador emocional “ouvir a voz do meu filho é um alívio” (G3.3), ou de auxiliar de organização do pensamento “a minha namorada, confronta-me, ajuda-me a ver a realidade” (G1.1), “ pensar na conversa com o meu psicólogo ” (G1.2).

Supressão Emocional

A *supressão emocional*, tentativa de não expressar sinais de ansiedade face ao *craving*, é utilizada por todos os indivíduos. Os indivíduos com comorbilidade percebem ter menor sucesso com esta estratégia “ tento mas não consigo” (G3.1). Estes referiram dificuldade na *supressão* associada à presença de ruminação “pensar no

passado, a autocriticar-me”(G1.1),“acordar com tristeza por não conseguir combater essa ansiedade de consumir” (G1.3) e “ penso nos problemas da vida”(G1.3).

Relaxamento Corporal

Os indivíduos referiram que não utilizavam o *relaxamento*. Os motivos apontados para a sua não utilização relacionam-se com : (a) o terem tido apenas um contacto breve com a técnica “ fiz uma sessão no internamento mas não uso” (G1.2), (b) não possuírem uma orientação positiva com respeito à sua prática regular “a meditação funcionaria mas com treino regular” (G4.3) ou (c) terem uma expectativa de baixo sucesso “isso não resulta” (G2.2).

Aceitação

Apenas um indivíduo sem comorbilidade e com níveis baixos de intensidade de *craving* referiu usar a *aceitação*, “sim aceito que surjam, a maior parte das vezes deixo-as passar...é o autocarro das ideias tristes, apanho o próximo” (G4.3). E um indivíduo com comorbilidade e *craving* alto referiu a *aceitação* mas associada à procura de *proximidade* “penso na onda, no pico...a minha namorada ajuda-me.. passando essa fase fico contente (G1.1).Verificou-se que estes indivíduos apresentavam níveis de escolaridade mais elevados.

Dificuldades de Controlo de Impulsos

Estas são verbalizadas sobretudo pelos indivíduos sem comorbilidade e nível de intensidade de *craving* elevado. Nestes indivíduos foi mais patente o conflito “tentava-me amarrar a mim próprio”(G4.2) entre por um lado a abstinência como objetivo de

tratamento e por outro lado, o ter de tolerar estados emocionais negativos desorganizadores.

Supressão de pensamento

Os que referem um maior uso da *supressão de pensamento* como estratégia de regulação emocional são os indivíduos com intensidades de *craving* mais baixos: “tiro daí o pensamento, afasto, penso noutra coisa ... a ideia de consumo aparece na cabeça e tiro-a logo inicialmente...tenho uma espécie de moldura mental para não ser incomodado por esses pensamentos” (G4.3). Poderá supor -se que o uso moderado da *supressão* passa a ser possível e desejável, em etapas mais avançadas do tratamento, quando a pessoa vive episódios menos desorganizadores e quando já fortaleceu o controlo executivo.

Metas

O envolvimento em tarefas ou objetivos a curto prazo foi a estratégia mais referida por todos como forma de promover a regulação emocional associada aos episódios de *craving*. A capacidade de encontrar estímulos que direcionem a atenção para novas *metas*, parece desempenhar um importante papel na regulação emocional e, neste sentido as tarefas que solicitam a memória de trabalho aparentam ser particularmente efetivas na redução do *craving* (“tarefa no computador”, “ pôr-me a trabalhar” G1.3,G1.2,G1.1,G2.1, G2.2, G3.3).

Notas interpretativas

Quando os episódios de *craving* e disforia são mais intensos, as estratégias de *mudança cognitiva* que no passado ajudaram o indivíduo a regular-se emocionalmente

como “dizer-me coisas a mim próprio” (G1.1) ou “concentrar-me no meu futuro” (G1.3) deixam de ser possíveis. Aparentemente, há um sentimento de impotência, “não consigo combater essa ansiedade... tento contrariar o meu pensamento, mas puxa e puxa..” (G1.3), que conduz à *dificuldade de controlo de impulsos* e a uma ação tida como indesejável, “puxa e faço mal e logo a seguir vem o arrependimento, tristeza por não conseguir combater” (G1.3). Nessas situações as tentativas de *supressão* poderão contribuir para a persistência da ânsia: “evito o pensamento, mas ele é incontrolável” (G1.1), “se não consumo a vontade passa para o dia seguinte... a vontade continua lá, fica uma moinha” (G2.2), “a cabeça está sempre a trabalhar” (G3.3), “penso uma coisa e faço outra” (G2.1). Parece, em muitas situações, haver um crescendo da intensidade do desconforto a que se associa a *dificuldade de controlar impulsos*: “é um automático, a intensidade aumenta e incomoda-me” (G2.2), “um tipo põe aquilo na cabeça e torna-se difícil” (G2.1). Nestes casos a intensidade do desconforto parece limitar a utilização de estratégias cognitivas: “vinha a ânsia e depois dava cabo de mim próprio” (G2.3) ou “antes era tão forte que não conseguia pensar” (G2.3). Na perspetiva dos participantes as estratégias corporais de *proximidade* parecem ser especialmente efetivas “estar ao pé de pessoas” (G1.2) ou “é ai que me faz falta falar com alguém” (G1.1). Também o envolvimento em *metas* a curto prazo que ajudem a redirecionar a atenção para outros estímulos como as reveladas nestes exemplos, “tento distrair-me...procuro responsabilidades” (G1.1, G1.2, G1.3) ou “tarefas no computador” (G3.2) associadas a estratégias de *mudança cognitiva* “pensar no que falei com o psicólogo” (G1.2) “pensar que vou querer chegar lá sóbrio” (G1.1) são sentidas pelos participantes como efetivas.

Com base no testemunho dos participantes (estudo II) parece existir um aumento da efetividade das estratégias de *mudança cognitiva*, como a *reavaliação*, e um aumento da capacidade inibitória face ao *craving* em resultado do tratamento. O tratamento e, em

particular, a relação terapêutica de *proximidade* em combinação com a possibilidade de elaborar as emoções poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias cognitivas de regulação emocional.

Discussão

Com base na revisão teórica realizada, considerámos que o *craving* possui uma dimensão emocional de disforia, constitui um correlato da mobilização automática para o consumo e contribui para a intensificação da sintomatologia de perturbação emocional (Pani et al., 2010; Kavanagh et al., 2013) dos indivíduos que se encontram em tratamento e pretendem parar os consumos. Concluímos também que esta cadeia de ocorrências pode ser mediada pelo tipo de estratégias de regulação emocional (Eliason & Amodia, 2007). Isto é, quando confrontados com a experiência emocional de *craving* a utilização de determinadas estratégias de regulação emocional poderá atenuar, ou aumentar, o efeito do mesmo ao nível da sintomatologia. Assim, no primeiro estudo, testámos o efeito mediador da regulação emocional na relação entre *craving* e a sintomatologia.

De um modo geral, os resultados do primeiro estudo revelaram que as estratégias de regulação emocional medeiam a relação entre *craving* e sintomatologia no sentido esperado, ou seja, as dificuldades de regulação emocional explicam o efeito negativo do *craving* sobre a sintomatologia de perturbação emocional nos indivíduos em tratamento.

Os resultados que obtivemos são indicadores de que a relação entre o *craving* e a sintomatologia é mediada de forma total por cinco das estratégias de regulação emocional.

A *dificuldade de controlo de impulsos* mediou a relação entre o *craving* e a sintomatologia. Este resultado está de acordo com estudos prévios que concluem que

uma característica central das PUS é a *dificuldade de controlo de impulsos* ou a inibição de automatismos (Fox et al., 2007; Fox et al, 2008; George & Koob, 2013; Tice et al., 2001) sendo um dos correlatos comportamentais mais importantes da desregulação emocional (Gratz & Roemer, 2004). A par da *dificuldade para controlar impulsos* encontra-se a *dificuldade em concretizar objetivos* importantes para o indivíduo. Quando a fragilidade no controlo dos automatismos para o consumo face ao *craving* implica o abandono de metas importantes, como a abstinência, é comprometida a coerência do sistema de personalidade (Kooze, 2009) dos sujeitos que pretendem mudar em relação aos seus consumos. Assim, em função dos resultados do nosso estudo, a *dificuldade em controlar os impulsos* e em seguir os *objetivos* parecem ter um papel importante enquanto mecanismo que explica como o *craving* é exacerbado e se torna sintomatologia com carácter patológico.

A dificuldade de *aceitação* das emoções negativas e a *falta de clareza* ou a dificuldade em dar sentido aos estados emocionais também mediarão a relação entre o *craving* e a sintomatologia. Diferentes autores têm sublinhado a importância de aceitar as reações emocionais, as compreender e lhes dar sentido para que seja possível regular as emoções de modo efetivo (eg., Coutinho et al., 2010). A tendência oposta, o evitar experiências internas negativas, contribui para a presença de sintomatologia psicopatológica (Coutinho et al., 2010). Os resultados sugerem que face ao *craving* é importante mobilizar este tipo de estratégias para evitar que o mesmo progrida para sintomatologia.

No nosso estudo verificámos que o *acesso limitado a estratégias* medeia a relação entre o *craving* e a sintomatologia. A dificuldade em aceder a estratégias percebidas como efetivas reflete a crença de que existe pouco a fazer para regular as emoções de modo eficaz. Nos indivíduos com PUS, essa crença poderá estar associada a

sentimentos de vulnerabilidade com respeito à capacidade de resistir ao uso. A dificuldade ou inabilidade em mobilizar recursos para lidar com os impulsos associados ao *craving* poderá contribuir para sentimentos de pouca autoeficácia e baixa autoestima (William, Frosch & Milkman, 1977) assim como para sentimentos de vulnerabilidade face à dependência. Essa inabilidade, segundo Khantzian (1977) contrasta com a eficácia nas ações de manutenção da dependência o que poderá contribuir para a incongruência do indivíduo face a si próprio e aos outros e para o aumento da sintomatologia.

A *supressão de pensamento*, ou tendência a evitar experimentar pensamentos, sensações, memórias e emoções não desejáveis, teve um efeito mediador parcial entre o *craving* e a sintomatologia. Em estudos prévios (Szasz, Szentagotai & Hofman, 2012; Salkovskis & Reynolds, 1994 citado em Kavanagh, May & Andrade, 2009) o uso de estratégias de evitação experiencial como a *supressão de pensamento* contribuiu para que os níveis de *craving* e de afecto negativo se tornassem mais intensos.

A *consciência emocional* não teve efeito mediador eventualmente, como sugerido por Coutinho et al. (2010), devido às qualidades psicométricas menos robustas da subescala que avaliava esta dimensão e ao facto desta ser, segundo os mesmos autores, também menos central para a presença de sintomatologia.

As duas estratégias avaliadas pelo QRE (Gross & John, 2003), a *reavaliação* cognitiva e *supressão emocional*, não tiveram um efeito mediador na relação entre o *craving* e a sintomatologia. A subescala *reavaliação* cognitiva remete para a reapreciação benigna e positiva quando o indivíduo experiêcia emoções negativas. A utilização da *reavaliação* reduz o stress, favorece a compreensão emocional e facilita a modulação de emoções indesejadas (Koole, 2009), sendo considerada uma estratégia de regulação emocional adaptativa que está positivamente relacionada com o bem estar

subjetivo e negativamente relacionado com sintomatologia psicopatológica (Xin & Lu, 2014).

O uso da *reavaliação* depende da capacidade de controlo cognitivo que se encontra frequentemente comprometida nos indivíduos com PUS devido aos danos no córtex pré-frontal e no controlo executivo provocados pelo percurso de consumos (George & Koob, 2013; Volkow, 2010). Este facto poderá justificar o uso limitado da *reavaliação* por parte destes indivíduos quando experienciam as emoções negativas características do *craving* e, conseqüentemente, a ausência de efeito mediador entre o *craving* e a sintomatologia.

A *supressão emocional* incide sobre a limitação da expressão emocional mas não reduz a experiência negativa e, por isso, é considerada uma estratégia desadaptativa que correlaciona positivamente com a experiência emocional negativa e com a *falta de clareza emocional* (Xin et al., 2014). Como indicado por Koole (2009) apenas o uso crónico da *supressão* expressiva está associado a mal estar emocional a longo prazo. Neste sentido, os resultados do nosso estudo parecem estar em sintonia com o estudo Xin et al., (2014) que indicou não ter encontrado um maior uso da *supressão emocional* por parte dos indivíduos com PUS.

Em conclusão, em função dos resultados do primeiro estudo, o efeito do *craving* na sintomatologia depende das estratégias de regulação emocional. O nosso estudo parece indicar que o *acesso limitado a estratégias*, a *não aceitação* das respostas emocionais, a *dificuldade de controlo de impulsos*, a *dificuldade de agir de acordo com objetivos*, a *falta de clareza emocional* e a *supressão de pensamento* medeiam a relação entre o *craving* e a sintomatologia, revelando que a um défice nessas estratégias se associam mais sintomatologia quando ocorre o *craving*.

Assim, julgamos que são necessários mais estudos que abordem o contributo das estratégias de regulação emocional para o tratamento das PUS com o objetivo de promover intervenções mais focalizadas no desenvolvimento das capacidades de regulação emocional dos indivíduos em tratamento.

No segundo estudo obtivemos uma descrição: (1) do tipo de estratégias de regulação emocional utilizadas pelos sujeitos para lidar com o *craving*; (2) de como é que a comorbilidade e a sintomatologia se associavam às estratégias de regulação emocional adoptadas face ao *craving*.

Concluimos que nos indivíduos com comorbilidade os episódios de *craving* eram suscitados por estímulos internos, sobretudo sentimentos de disforia e necessidades emocionais não resolvidas. Com efeito, através de estudos que demonstram que existe uma forte associação entre mau estar emocional e ressurgimento do *craving* nos indivíduos com PUS tem sido comprovado que os estímulos internos suscitam o *craving* (Berking et al., 2011; George & Koob, 2013; Kober, 2013).

Para lidar com o mal estar e com o *craving* os indivíduos com comorbilidade, em tratamento, recorreram sobretudo à estratégia *proximidade*. Segundo Schore (2009) as falhas na relação com os cuidadores e ou/ negligência sofrida na infância contribuem para uma insuficiente capacidade de autorregulação. Nos indivíduos com PUS, as relações precoces conduzem a padrões de vinculação inseguras e evitantes que explicam as dificuldades em termos de autorregulação. Essas dificuldades constituem, segundo Schore (2009), o núcleo da psicopatologia das PUS e torna o indivíduo mais propenso ao uso de estratégias defensivas e primitivas de regulação emocional. O facto de o indivíduo recorrer à *proximidade* como forma de se autorregular emocionalmente (Fonagy, 2001) pode ser considerado um primeiro passo para o desenvolvimento da confiança. Neste sentido, poderemos supor que o tratamento, ao oferecer a oportunidade

para uma maior *proximidade* interpessoal, pode ter um importante papel no desenvolvimento da confiança no outro e na capacidade de autorregulação emocional. Esta capacidade, segundo Schore (2009), está aberta a mudanças na idade adulta e a psicoterapia promove a recuperação clínica mediante um processo de elaboração e modulação das emoções.

No nosso estudo, os indivíduos com comorbilidade referiram ter uma maior dificuldade em desengajar-se do foco problemático e em direcionar a atenção para outros estímulos. A tendência a fixar e a dificuldade em desengajar a atenção de estímulos ou situações negativas é característica de vários quadros psicopatológicos (Mocaiber et al., 2008). Nas PUS, este viés é tido como desadaptativo porque contribui para a manutenção do *craving* e da sintomatologia (Peuker et al., 2013; Szasz, Szentagotai & Hofman, 2012; Wiers & Stacy, 2006). Verificámos também que os indivíduos com comorbilidade referiram um maior uso da ruminação cognitiva associada ao *craving*. A utilização combinada destas estratégias tem um efeito negativo, ou seja, a focalização em pistas condicionadas em resultado de um viés atencional e o uso de ruminação aumentam o *craving*. Além disso, tal como referido por Gross e Oshner (2005), a tendência para a ruminação cognitiva de eventos emocionais limita o uso da *reavaliação* na diminuição da intensidade das respostas emocionais.

Com respeito ao uso de estratégias cognitivas foi observada uma maior capacidade de reapreciação e eficácia do sistema reflexivo nos indivíduos sem comorbilidade. Em contrapartida nos indivíduos com comorbilidade parece existir uma tendência à desorganização afectivo-cognitiva, associada aos episódios de *craving*. Este resultado parece estar em sintonia com o referido por Garza-Guerrero (2012) de que a maior grau de psicopatologia corresponde uma maior tendência à desregulação afectivo-cognitiva. Neste sentido, os indivíduos com comorbilidade parecem apoiar-se no uso da

proximidade não só para se regularem emocionalmente mas também como um auxiliar de organização do pensamento.

Vários estudos têm indicado que a implicação numa tarefa esgota recursos de processamento e diminui a atenção para estímulos emocionais (Mocaiber et al., 2008). Em sintonia com os estudos prévios, verificámos que quando as *estratégias atencionais* são focalizadas numa tarefa neutra (eg., ocupação, rotinas, trabalho) permite a diminuição das emoções negativas suscitadas pelo *craving*. Neste sentido, os participantes do estudo II referiram o envolvimento em tarefas como uma importante estratégia de regulação emocional. A capacidade de encontrar estímulos que direcionem a atenção para estímulos neutros e que solicitem a memória de trabalho parecem ser particularmente efetivas na redução do impacto emocional dos estímulos negativos (Mocaiber et al., 2008).

O uso da *supressão de pensamento* tem sido associado a menor *insight* com respeito aos estados emocionais e à presença de pensamentos intrusivos (Koole, 2009). Os resultados obtidos em ambos os estudos, tal como na revisão teórica realizada, apontam para o facto da *supressão de pensamento* contribuir para o aumento da sintomatologia e persistência do *craving*. Porém, o resultado do estudo II também nos leva a sugerir que o seu uso moderado passa a ser eficaz quando a pessoa vive episódios menos desorganizadores. Tal é também o caso da aplicação de outras estratégias como o viés interpretativo que tem por função a redução da ansiedade e de outras emoções negativas (Koole, 2009). Este, se usado de maneira intensa, é capaz de minar o ajustamento psicológico mas o seu uso moderado contribui para o funcionamento do indivíduo, permitindo-lhe um equilíbrio e bem-estar emocional.

A estratégia de *aceitação*, ou observação dos sentimentos associados ao *craving* sem a tentativa de os modificar, estava associada ao nível de escolaridade. Isto leva-nos a supor que a *aceitação* requer algumas competências adquiridas, por parte dos indivíduos, tais como mecanismos de autoidentificação, entendimento e diferenciação dos processos internos assim como conhecimento da temporalidade e capacidade de distanciamento cognitivo das emoções.

Os resultados de este segundo estudo permitem-nos concluir tal, como Berking et al. (2011), que as estratégias de regulação emocional ajudam os indivíduos com PUS a manter a abstinência, mesmo na presença de afeto negativo. Também constatámos que o uso de determinadas estratégias face ao *craving* é moderado pela presença de comorbilidade, tendo-se verificado nos indivíduos com comorbilidade um uso preferencial da estratégia de *proximidade* física e detrimento do uso de *estratégias atencionais* e cognitivas. Nos indivíduos com comorbilidade parece existir uma pressão para aliviar estados internos, procurando obter uma autoregulação dinâmica emocional como tem sido referido por vários autores (Garland, Boettiger & Howard, 2011; Khantzian, 1977; Kober, 2013; William, Frosch & Milkman, 1977; Wurmser, 1974) e, sem ser tão patente a pressão para a coerência no sistema de personalidade.

O objetivo da regulação emocional é o de manter os estados emocionais em níveis de intensidade que permitam aos sujeitos lidar com as situações stressantes sem comprometer a sua estabilidade emocional (Goodman, 2008). Para tal, é importante que no decorrer do tratamento os sujeitos tenham a oportunidade de desenvolver e intensificar a efetividade das estratégias de controlo cognitivo, como a *reavaliação*, aumentem a capacidade inibitória dos automatismos face ao *craving*, aumentem a flexibilidade e uso diversificado de estratégias de regulação emocional.

Parece-nos ser central no tratamento desenvolver a identificação clara dos estados emocionais que desencadeiam os episódios de *craving*, favorecer o insight com respeito aos mesmos, entender o seu sentido no contexto das necessidades humanas e relações e promover a capacidade para os expressar. Desenvolver em terapia a capacidade de integrar o *craving* aceitando-o e reapreciando-o poderá favorecer o distanciamento face ao mesmo e fortalecer o controlo cognitivo dos automatismos associados a esses episódios. Paralelamente, nos casos necessários, a adesão a terapêutica medicamentosa coadjuvante poderá aumentar o sentimento de autoeficácia no acesso a estratégias efetivas face ao *craving*. Estas duas vertentes do tratamento, psicoterapia e terapêutica medicamentosa, contribuem para o fortalecimento da regulação emocional favorecendo a inibição de impulsos o que permite a persistência em objetivos como a abstinência, promove a coerência da personalidade e bem-estar emocional e assim diminuir a sintomatologia dos indivíduos.

Limitações e propostas para futuros estudos

A presente dissertação apresenta limitações que importam serem referidas. A primeira prende-se com a consideração de que ambos os estudos apresentados serem estudos exploratórios onde apenas foi feita uma avaliação da regulação emocional explícita. Os instrumentos de autorrelato utilizados nos estudos apenas permitem aceder ao conhecimento que as pessoas conscientemente revelam ter dos seus estados internos. Estudos que avaliem a atividade regulatória emocional permitindo aceder aos seus processos implícitos, não conscientes e automáticos, não foram avaliados neste estudo e podem ser de extrema importância para a compreensão da regulação emocional face ao *craving*.

Em segundo lugar fatores como o tipo de substância, padrão de uso, idade de início e tempo de consumo, personalidade e estilo de vinculação poderão explicar diferenças na capacidade regulatória dos indivíduos com PUS. A inclusão dessas variáveis de controlo em futuros estudos poderá contribuir para aprofundar o conhecimento do tema em estudo. Neste mesmo sentido, o fator tempo deveria ter sido considerado. Por outro lado, segundo Torrado (2013b), em virtude das consequências de períodos de consumo abusivo frequentemente longos, têm sido apontados na literatura comprometimentos, mais ou menos transitórios, no funcionamento de regiões cerebrais diretamente implicadas nos domínios da experiência e regulação afetiva. Um melhor conhecimento dos danos neuropsicológicos associados às dificuldades regulatórias poderão ajudar a fortalecer a intervenção.

Por fim, um futuro estudo poderia também procurar entender a relação entre comorbilidade e *craving*. Esta relação tem sido bem documentada na literatura, mas são necessários mais estudos sobre os fatores que suscitam e medeiam a experiência de *craving*. Mantêm-se largamente desconhecidos os mecanismos implícitos subjacentes que contribuem para o facto dos estados emocionais negativos precipitarem o *craving* (George & Koob, 2013). Fatores como o viés atencional tem um importante papel na relação entre cognição e emoção nos indivíduos com PUS (Haghiaght, 2013) sendo necessários mais estudos que entendam o seu contributo para as dificuldades regulatórias dos indivíduos.

Conclusões

Concluimos que as estratégias de regulação emocional medeiam a relação entre *craving* e a sintomatologia, ou seja, as dificuldades de regulação emocional explicam o efeito negativo do *craving* sobre a sintomatologia de perturbação emocional nos

indivíduos em tratamento. Também concluímos que os indivíduos com PUS e comorbidade parecem estar mais centrados no evitamento de experienciar disforia para diminuir o *craving*. Estes têm mais dificuldade em desengajar a atenção de estímulos emocionais negativos e maior tendência á desorganização afecto-cognitiva, tendo-se verificado o uso preferencial da estratégia de *proximidade* física e detrimento do uso de *estratégias atencionais* e cognitivas. Em contrapartida os indivíduos com PUS e sem comorbidade parecem estar mais centrados na manutenção da abstinência como meta pessoal importante e congruente com o sistema de personalidade. Estes associam o *craving* a situações essencialmente externas e tendem a recorrer a *estratégias atencionais*, de envolvimento em tarefas e de *mudança cognitiva* verificando-se um uso mais diversificado das estratégias para atenuar os efeitos do mesmo.

Estes resultados realçam a necessidade de promover através da intervenção psicoterapêutica a capacidade de regulação emocional, para aumentar o bem estar emocional dos indivíduos, e conseqüentemente, a adesão e os resultados do tratamento. Assim, consideramos importante desenvolver em terapia a efetividade das estratégias de controlo cognitivo, como a *reavaliação* e o controlo atencional, aceitar e dar sentido às emoções, promover o uso diversificado de estratégias de regulação emocional, para ajudar o indivíduos a manter as emoções em níveis de intensidade que permitam a inibição de impulsos face ao *craving* e a prossecução dos seus objetivos pessoais.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bausela, E. (2008). Neuropsicologia y adicciones. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3, 1-3.
- Beadman, M., Das, R., Freeman, T., Scragg, P., West, R. & Kamboj, S. (2015). A comparison of emotion regulation strategies in reponse to craving cognitions: Effects on smoking behavior, craving and affect

- in dependent smokers. *Behaviour Research and Therapy*, 69,29-39.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. & Junghans, K. (2011). Deficits in Emotion-Regulation Skills Predict Alcohol Use During and After Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307–318.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos Estudos realizados em Portugal. In M.R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.) *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305- 331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Coan, J. & Maresh, E. (2014). Social baseline theory and social regulation of emotion. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., 221-236). New York: Guilford Press.
- 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), 145-51.
- Drummond, C. (2001). Conceptualizing addiction. Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*; 96, 33-46.
- Eliason, M., & Amodia, D. (2007). An integral approach to drug craving. *Addiction Research And Theory*; 15(4), 343-364.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fox, H.C., Axelrod, S.R., Paliwal, P., Sleeper, J. & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 298-301.
- Fox, H.C., Hong, K.A. & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33, 388–394.
- Garland, E., Charlotte, A., & Howard, M. (2011) Targeting cognitive-affective risk mechanisms in stress-precipitated alcohol dependence: An integrated, biopsychosocial model of automaticity, allostasis, and addiction. *Medical Hypotheses*, doi:10.1016/j.mehy.2011.02.014.
- Garza-Guerrero, C. (2012). Desregulación afecto-cognoscitiva en organización limítrofe de la personalidad y sobremedicación: iatrogenia, ignorancia e pseudoprofisionismo. *Revista de Medicina Universitária*, 14 (55), 99-112.
- George, O. & Koob, G. (2013). Control of craving by the prefrontal cortex. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America* (PNAS) web site. Acedido 9 de Agosto de 2015, em www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1301245110
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75, 266 – 322.
- Gratz, L. & 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*, 26 (1), 41-54.

- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J.J. (2013). Emotion Regulation: Taking Stock and Moving Forward. *American Psychological Association*, 13(3), 359–365.
- Haghiaght, R., Ghasemi, N., Rabiei, M., Zerehposh, A. & Kiani, A. (2013) The comparison of attentional bias and difficulty of emotional states regulation and their correlation with craving severity in drug abuser methamphetamines and crack. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(1), 29-34.
- Hertling, I., Ramskogler, K., Dvorak, A., Klingler, A., Saletu-Zyhlarz, G., Schoberberger R., Walter H., Kunze M. & Lesch, O. (2005). Craving and other characteristics of the comorbidity of alcohol and nicotine dependence. *European Psychiatry*, 20, 442–450
- Jiménez-Ros, A. M., Orgambidez-Ramos, A., & Pascual-Orts, L. M. (In press). El inventario de supresión del pensamiento del “oso blanco” (WBSI): propiedades psicométricas de la versión portuguesa (Portugal). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, Vol. 20.
- Kavanagh, D., May, J. & Andrade, J. (2009). Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: features of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 241-254.
- Kavanagh, D., Statham, D., Feeney, G., Young, R., May, J., Andrade, J. & Connor, J. (2013). Measurement of alcohol craving. *Addictive Behaviors*, 38, 1572-1584.
- Khantzian E.J. (1977). The ego, the self and opiate addiction: Theoretical and treatment considerations. In *Psychodynamics of drug dependence*, (101-117). National Institute on Drug Abuse. Research Monograph, 12, 101-117.
- Khantzian E.J. (2013). Addiction as a self-regulation disorder on the role of self-medication. *Addiction*, 108, 668–674.
- Kober, H. (2013). Regulação Emocional na Toxicodependência. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*, 2nd Edition. New York, NY: Guilford.
- Koob, O. (2013). Control of craving by prefrontal center. Committee of the neurobiology of addictive disorders. *The Scripps Research Institute*.
- Koole, S.L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, 23 (1), 4-41.
- Mocaiber, I., Oliveira, L., Garcia, M., Machado Pinheiro, W., Ventura, P., & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da Regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em Estudo*, 13, 3, 531-538.
- Nakama, H., Chang L., Cloak C., Jiang C., Alicata D. & Haning W. (2008). Association between Psychiatric symptoms and craving in metamphetamines users. *American Journal on Addictions*, 17, 441-446.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2004). *Comorbilidade, o consumo de drogas e*

- as perturbações mentais*. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias
- Ochner, K.N. & Gross, J.J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5), 242-249.
- Pani, P., Maremmanni, I., Trogu, E., Gessa, G., Ruiz, P. & Akiskal, H. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should anxiety, mood and impulse-control deregulation be included?. *Journal of Affective Disorders*, 122, 185–197.
- Peuker, A., Lopes, F., Menezes, C., Cunha, S. & Bizarro, L. (2013) Processamento implícito e dependência química: Teoria, Avaliação e Perspectivas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol.29, n.1, 7-14.
- Pombo, S., Ismail, F. & Neves Cardoso, J. (2008). Cravers pelo álcool. *Psicologia, Saúde e Doenças*, vol.9, n.2, 349-365 .
- Saunders, B. (1993). Conductas adictivas y recaída. Una vision de conjunto. Em M. Casas e M. Gossop (eds), *Recaída y Prevencion de recaídas*. Citran: Monografias de Toxicomanias.
- Schore, A.N. (2009). Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. *Self and Systems: Annual of the New York Academy of Science*, 1159, 189-203.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage Publications
- Sequeira, J.P. (2006). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi
- Serrea F., Fatseasa, M., Swendsen, J. & Auriacombe, M. (2015) Ecological momentary assessment in the investigation of craving and substance use in daily life: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 148, 1-20.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidade/resiliência. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 43(3), 201-209.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990, 1ª ed; 1998, 2ª ed.). *Basics of qualitative research*. London: Sage
- Szasz, P. Szentagotai, A. & Hofmann, S. (2012). Effects of emotion regulation strategies on smoking craving, attentional bias and task persistence. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 333-340.
- Tice, D.M., Bratslavsky, E. & Baumeister, R.F. (2001). Emotional distress regulation takes precedent over impulse control: If you feel bad do it! *Journal of Personality and social Psychology*, 80, 53-67.
- Torrado, M.V., Ouakinin, S.S. & Bacelar-Nicolau, L. (2013). Alexithymia, Emotional Awareness and Perceived Dysfunctional Parental Behaviors in Heroin Dependents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, 703–718.
- Torrado, M.V. (2013b). *Alexitimia e toxicodependência: Contributos para o estudo de processos emocionais, da regulação afectiva e das interações parentais precoces em indivíduos toxicodependentes* (Tese de doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde, especialidade de desenvolvimento humano), Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Vaz, F. & Martins, C. (2008). Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Validação de dois instrumentos de avaliação do repertório e capacidade de diferenciação e regulação emocional na idade adulta. In A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, S. & Ramalho, (Coordenação). *XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Actas, Braga: Psiquilibrios Edições
- Volkow, N. (2010). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses*. In National Institute of drug

- abuse (Eds) Research report serie.
- Volkow, N., Wang, G., Fowler, J., Tomasi, D. & Baler R. (2012). Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction. To be published in *Brain Imaging in Behavioral Neuroscience*. Edited by J.W. Dalley & C.S. Carter.
- Wegner, M.D. & Najmi, S. (2008). Thought suppression and psychopathology. In Elliot, A.J. (Eds) *Handbook of approach and avoidance motivation* (447-459). New York: Taylor & Francis group.
- Werner, K., Goldin, P.R., Ball, T.M., Heimberg, R.G., & Gross, J.J. (2011). Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: The Emotion Regulation Interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 346-354.
- West, R. & Miller, P. (2001). What is the purpose of diagnosing addiction or dependence and what does this mean for establishing diagnostic criteria? *Addiction*, 106, 863-865.
- Wiers, R., & Stacy, A. (2006). Implicit cognition and addiction. *Current Directions in Psychological Science*; Vol.15; 6; 292-296.
- William, A., Frosch M.D. & Milkman Ph.D. (1977). Ego functions in drug users. In *Psychodynamics of drug dependence* (142-156). National Institute on drug abuse Research Monograph 12.
- Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal American Psychoanalysis Assn.*, 22:820 (APA).
- Xin, Z., Lu, X., Li, F., Haitao, H., Ling, Y. & Aibao, Z. (2014). Emotion regulation in male abstinent heroin abusers. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 114 (1), 14-9.

ANEXOS

Anexo I

Questionário sócio-demográfico, Historia Toxicofílica e informação sobre
o tratamento

Questionário Sociodemográfico

Nome: _____ Nº Inv _____

Processo nº _____

A - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

A1. Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

A2. Idade: _____ anos

A3. Estado Civil: 0-Solteiro 1- Casado 2- União de facto 3- Divorciado 4- Viúvo

A4. Agregado familiar (nº elementos e parentesco): 0- Sozinho 1- Família nuclear 2- Pais
3- Companheiro 4- Outros

A5. Habilitações literárias:

A6. Situação laboral: Com emprego Desemprego

Reformado (motivo _____) Formação Profissional

A7. Apresenta alguma doença física? 0- Não 1- Sim

A7.1. Se sim, qual (quais)?

A7.2. Faz tratamento? Qual?

B – HISTORIA TOXICOFILICA

B1. Com que idade é que começou a consumir (anos)? _____

B2. Qual a substância que consumia predominantemente? 1- Heroína 2- Cocaína 3-Haxixe
4- Álcool 5- Outras

B3. Consumia outras substâncias? 0- Não 1- Heroína 2- Cocaína 3-Haxixe 4- Álcool 5- Outras

B3.1. Se sim, diga quais:

B4. Atualmente consome (droga principal)? _____

B4.1 Pesquisa de metabolito em urina (droga principal) _____

B4.2 Padrão de consumo: 0- Não consome 1- Esporádico 2- Uma vez/semana 3 Varias vezes/semana 4- Diário

B4.3 Quantidade (nº de pacotes/ dia de consumo): _____ gr: _____

B4.2 E (outras) substância consome? 0- Não consome 1- Esporádico 2- Uma vez/semana 3- Varias vezes/semana 4- Diário

B4.3 Se sim, diga quais: 1- Heroína 2- Cocaína 3-Haxixe 4- Álcool 5- Outras

B5 Abstinente há quanto tempo (droga principal) **semanas**)? _____

B5.1- Numero de recaídas prévias _____

C – INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO

B6. Data do primeiro tratamento (nº de anos) _____ Meses: _____

B7. Toma alguns medicamentos no momento actual? Se sim, refira quais: 1- Agonista 2- Antagonista 3- Antidepressivo 4- Ansiolítico 5- Neuroléptico 6- Estabilizador de humor

B8. Que tipo de acompanhamento tem atualmente:

Individual

Psicólogo: _____ Psiquiatra: _____ Médico: _____ Grupal: _____

D – DIAGNOSTICO COMORBILIDADE

Sumário de diagnóstico atual de acordo com o DSM-V

0_ Não 1_ Em avaliação 2_ Perturbações Depressivas 3_ Perturbações Ansiosas

4_ Perturbação da Personalidade 5_ Espectro psicótico 6_ Deficit de atenção 7_ Outros

ANEXO II
INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE
CONSENTIMENTO INFORMADO

Informação ao participante

Pretende-se realizar um estudo que permita caracterizar as estratégias de regulação emocional usadas pelas pessoas dependentes de substâncias e identificar as estratégias protetoras da recaída. Este estudo integra-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve e é orientado pelo Prof. Doutor Luís Janeiro.

Ao participar no estudo é-lhe pedido que responda a **instrumentos de avaliação** de sintomatologia, de estratégias regulação emocional e de “ vontades de consumo”. Normalmente o tempo necessário para o preenchimento desses instrumentos é de 25 minutos. Os resultados são confidenciais e utilizados apenas para o estudo referido.

Eventualmente poderá ser-lhe pedida a colaboração para uma segunda fase do estudo com o objetivo de quantificar o uso de diferentes estratégias de regulação emocional utilizadas em situações de risco.

A não participação no estudo não acarreta qualquer tipo de consequência em termos do acompanhamento prestado na ETET do Sotavento. Se decidir participar e posteriormente desistir, também não ocorrerá qualquer tipo de consequência em termos do acompanhamento realizado neste serviço.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983; Honk Kong, 1989; Somerseyt West, 1996 e Edimburgo, 2000)

Designação do Estudo

A relação entre craving e a sintomatologia em função da
regulação emocional e da comorbilidade

Eu, abaixo assinado, (nome completo do participante) _____

_____, compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador (a).

Data: ____/____/20____

Assinatura do (a) participante

A Investigadora responsável:

Nome: Maria Teresa Cassinello Dias

Assinatura: _____

ANEXO III

Escala de Craving pelo Álcool de Penn (PENN-ACE; Flannery et al. ,
1999)

Questionário de “Desejo de Consumos”

Indique qual a droga que o levou a efetuar este tratamento? _____

Leia cada item cuidadosamente e coloque um círculo no número que melhor descreva os seus desejos de consumo durante a última semana da droga que indicou anteriormente.

1. Durante a última semana com que frequência pensou em consumir?
 0. Nunca (0 vezes durante a semana passada).
 1. Raramente (1 a 2 vezes durante a semana passada).
 2. Ocasionalmente (3 a 4 vezes durante a semana passada).
 3. Algumas vezes (5 a 10 vezes durante a semana passada ou 1 ou 2 vezes por dia).
 4. Frequentemente (11 a 20 vezes durante a semana passada ou 2 ou 3 vezes por dia).
 5. A maioria do tempo (20 a 40 vezes durante a semana passada ou 3 a 6 vezes por dia).
 6. Praticamente todo o tempo (mais de 40 vezes durante a semana passada ou mais de 6 vezes por dia).

2. Qual a intensidade máxima dos seus desejos durante a semana passada?
 0. Nada intensas.
 1. Leve, senti um desejo muito ligeiro.
 2. Senti um desejo ligeiro.
 3. Senti um desejo moderado.
 4. Senti um desejo forte, mas controlável.
 5. Senti um desejo forte e dificuldade de controlo.
 6. Senti um desejo forte e teria consumido se pudesse.

Penn A. Craving Scale (EPACS)

3. Durante a última semana durante quanto tempo pensou em consumir?
0. Nenhum.
 1. Menos de 20 minutos.
 2. Entre 21 a 45 minutos.
 3. Entre 46 a 90 minutos.
 4. Entre 90 minutos a 3 horas.
 5. Entre 3 a 6 horas.
 6. Mais de 6 horas.
4. Durante a semana passada se tivesse a substância em casa teria tido dificuldade em resistir?
0. Nenhuma dificuldade.
 1. Dificuldade muito ligeira.
 2. Ligeira dificuldade.
 3. Moderada dificuldade.
 4. Muita dificuldade.
 5. Extrema dificuldade.
 6. Não teria conseguido resistir.
5. Tendo em conta as suas respostas às questões anteriores, por favor, quantifique em geral o seu desejo de consumo na semana passada.
0. Nunca pensou sobre a substância e nunca sentiu desejo de consumo.
 1. Raramente pensou na substância e raramente sentiu desejo de consumo.
 2. Ocasionalmente pensou em consumo e ocasionalmente sentiu desejo de consumir.
 3. Por vezes pensou na substância e por vezes sentiu desejo de a consumir.
 4. Frequentemente pensou na substância e frequentemente sentiu desejo de consumo.
 5. Pensou em consumir bastante tempo e sentiu desejo na maior parte do tempo.
 6. Pensou em consumir praticamente todo o tempo e sentiu desejo praticamente todo o tempo.

Penn A. Craving Scale (EPACS)

ANEXO IV

Emotion Regulation Interview (ERI; Werner, Goldin, Ball, Heimberg &
Gross, 2011)

Entrevista de Avaliação de Estratégias de Regulação Emocional face ao Craving*

Vou colocar-lhe algumas questões sobre várias estratégias que as pessoas usam para diminuir a ansiedade e mau estar emocional. Não existem estratégias correctas ou incorrectas. Ao colocar-lhe as questões espero que me guie de modo a obter um esboço do que se passa interiormente quando se sente ansioso ou com mau estar emocional.

Descrição de Situações de “Vontade de Consumo”

01. Para começar vou perguntar como faz para regular a sua ansiedade ou mau estar emocional quando pensa ou sente vontade de consumir?

Situação Ideográfica 1

02. Pode descrever-me uma situação que tenha sucedido no último mês em que tenha sentido vontades de consumo? (*Em caso de resposta vaga peça para descrever a situação com o maior detalhe.*)

03. Nessa situação como pontuaria a vontade de consumo numa escala de 0-100?

04. Com que frequência essa situação lhe aconteceu no último mês?

Situação Ideográfica 2

05. E que outras situações em que tenha tido vontade de consumir lhe ocorreram no último mês? (*Pedir à pessoa para escolher outra situação específica provocadora de ânsias pelo consumo e para a descrever com o maior detalhe possível.*)

06. Nessa situação como pontuaria a vontade de consumo numa escala de 0-100?

07. Com que frequência essa situação lhe aconteceu no último mês?

Questões sobre Regulação Emocional

08. Ansiedade/Mau estar emocional

Numa escala de 0-100 tente quantificar a sua ansiedade ou mau estar emocional quando sentiu ânsias de consumir nas duas situações que descreveu anteriormente?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

09. Seleção de Situação

Queria que me quantificasse a frequência com que evita o tipo de situações que relatou de modo a evitar a ansiedade associada a essas situações? Tenha em conta que 0 significa que não evita a situação e 100 que evita sempre a situação.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Indique o que faz para a evitar cada uma dessas situações.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____
Situação Ideográfica 2 (id2) _____

Que sucesso julga ter com essa estratégia?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

10. Modificação da Situação

Quando se encontra na situação Id1 como quantifica o quanto tenta modificar a situação para reduzir a ansiedade? Ou seja, faz alguma coisa como, por exemplo, proteger-se com a companhia de alguém ou dar o seu cartão multibanco a alguém para não poder comprar a droga? Tente quantificar sabendo que 0 significa que não faz nada para modificar a situação e 100 significa que dedica muito tempo a modificar a situação de maneira ativa.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Pode dar-me exemplos do que faz ou pensa modificar a situação de risco?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____

Que sucesso julga ter com essas estratégias?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

11. Estratégias Atencionais

Quando se encontra em situações como id1 e id2 tente quantificar-me o quanto tenta distrair-se para reduzir a sua ansiedade? Ou seja, o quanto olha através do quarto ou pensa em algo não relacionado com a situação para reduzir a sua ansiedade? Por favor, tente quantificar tendo em conta que 0 significa que não dedica tempo a tentar distrair-se e 100 significa que passa todo o tempo a tentar distrair-se. Exemplos adicionais: tente quantificar quanto muda o seu foco de atenção com o intuito de reduzir a sua ansiedade, ou pensa ou olha para outra coisa com o intuito de reduzir a sua ansiedade; ou se foca em algo (visual, auditivo, pensamentos distratores) diferente do que lhe causa ansiedade.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Pode dar-me exemplos do que faz para focar a atenção em algo que lhe permita reduzir a ansiedade?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____

Que sucesso julga ter com essa estratégia?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

11. Mudança Cognitiva

Quando está na situação Id1 id2 pode-me quantificar quanto tenta pensar sobre a situação de maneira diferente para reduzir a ansiedade? Ou seja o quanto continua focado na situação e se diz coisas a si próprio para ficar menos ansioso? Tente quantificar sabendo que 0 significa que não dedica tempo a mudar o que esta pensando e 100 significa que passa todo o tempo a tentar mudar como está a pensar. (*Exemplos adicionais: tentar dizer-se a si próprio que não vale a pena ficar assim; pensando o lado positivo da questão; tentar lutar contra os seus pensamentos*).

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Pode dar-me exemplos do que pensa para reduzir a ansiedade?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____

Que sucesso julga ter com essa estratégia?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Se a pessoa disser que não usou mudança cognitiva na situação, perguntar quanto sucesso considera teria se tentasse.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

12. Supressão

Quando está na situação id1 e id2 tente quantificar o quanto tenta não expressar sinais da sua ansiedade? Quero dizer com isto o quanto tenta parecer calmo para que ninguém se aperceba da sua ansiedade? Tente quantificar sabendo que 0 significa que não tenta ocultar a sua ansiedade e 100 significa que passa todo tempo a tentar ocultar a ansiedade. (*Exemplos adicionais: mantem a sua cara, braços e mãos de maneira que não se perceba a sua tensão.*)

Acha que os outros não se apercebem da sua ansiedade?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Pode dar-me exemplos do que faz para aparentar que não está ansioso?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____

Que sucesso julga ter com essa estratégia? (Parecer estar completamente calmo no exterior mesmo estando ansioso no seu interior)

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Se a pessoa disser que não usou a supressão na situação, perguntar quanto sucesso considera que teria se tentasse.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

13. Relaxamento Corporal

Quando está na situação id1 e id2 tente quantificar o quanto tenta relaxar o seu corpo para reduzir a ansiedade. Quanto tenta fazer coisas como respirar fundo ou relaxar as costas. Por favor, quantifique o quanto faz isso tendo em conta que 0 significa que não tenta relaxar fisicamente e 100 que passa todo o tempo a tentar relaxar corporalmente.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Pode dar-me exemplos do que faz para relaxar o corpo?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____

Que sucesso julga ter com essa estratégia?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

14. Aceitação

Até agora tenho-lhe colocado questões sobre como mudaria a situação ou os pensamentos para reduzir a ansiedade. Outra coisa que as pessoas fazem é, por vezes aceitar os sentimentos de ansiedade e deixá-los fluir em vez de os tentar modificar. Quando está numa situação Ideográfica 1 ou 2 tente quantificar o quanto aceita a ansiedade sem tentar mudá-la. Ou seja, quanto deixa os sentimentos surgirem sem tentar lutar contra eles. Exemplos: não tenta a eliminação da ansiedade. Somente deixa os sentimentos acontecerem.

Quantifique o quanto aceita a ansiedade sem tentar mudá-la.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]

- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Pode dar-me exemplos de como isso ocorre?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____

Que sucesso julga ter com essa estratégia?

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

Se a pessoa disser que não usou a aceitação na situação, perguntar quanto sucesso considera que teria se tentasse.

- Situação Ideográfica 1 (id1) _____ [0-100]
- Situação Ideográfica 2 (id2) _____ [0-100]

15. Outras Estratégias

Há algo mais que faça ou pense que ajuda a diminuir a sua ansiedade quando esta na situação id1 ou id2 que não tenhamos abordado?

Tente quantificar o quanto usa essa estratégia quando se encontra numa situação de ânsias de consumo. Em que é que consiste cada uma das estratégias definidas?

*Adaptação de Teresa Cassinello e Luís Janeiro (2014) com base no artigo: Werner, K., Goldin, P.R., Ball, T.M., Heimberg, R.G., & Gross, J.J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 346-354. doi:10.1007/s10862-011-9225-x

ANEXO V

Escala de Dificuldades de regulação Emocional (DERS ; Gratz & Roemer,
2004).

Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

Kim L. Gratz & Lizabeth Roemer, 2004

Department of Psychology

University of Massachusetts

Tradução e Adaptação da Versão portuguesa

Eugénia Fernandes, Joana Coutinho, Raquel Ferreirinha, 2007

Departamento de Psicologia

Universidade do Minho

INSTRUÇÕES: Por favor indique com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo indicada, na linha anterior a cada item:

1	2	3	4	5
quase nunca (0-10%)	algumas vezes (11-35%)	metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- _____ 1) Percebo com clareza os meus sentimentos.
- _____ 2) Presto atenção a como me sinto.
- _____ 3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controlo.
- _____ 4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.
- _____ 5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.
- _____ 6) Estou atento aos meus sentimentos.
- _____ 7) Sei exactamente como me estou a sentir.
- _____ 8) Interesse-me com aquilo que estou a sentir.
- _____ 9) Estou confuso sobre como me sinto.
- _____ 10) Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções.
- _____ 11) Quando estou chateado, fico zangado comigo próprio por me sentir assim.
- _____ 12) Quando estou chateado, fico embaraçado por me sentir assim.

1	2	3	4	5
quase nunca (0-10%)	às vezes (11-35%)	cerca de metade das vezes (36-65%)	a maioria das vezes (66-90%)	quase sempre (91-100%)

- _____ 13) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas.
- _____ 14) Quando estou em baixo, fico fora de controlo.
- _____ 15) Quando estou em baixo, penso que me vou sentir assim por muito tempo.
- _____ 16) Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido.
- _____ 17) Quando estou em baixo, acredito que os meus sentimentos são validos e importantes.
- _____ 18) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas.
- _____ 19) Quando estou em baixo, sinto-me fora de controlo.
- _____ 20) Quando estou em baixo, continuo a conseguir fazer as coisas.
- _____ 21) Quando estou em baixo, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim.
- _____ 22) Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.
- _____ 23) Quando estou em baixo, sinto que sou fraco.
- _____ 24) Quando estou em baixo, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos.
- _____ 25) Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim.
- _____ 26) Quando estou em baixo, tenho dificuldades em concentrar-me.
- _____ 27) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.
- _____ 28) Quando estou em baixo, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.
- _____ 29) Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim.
- _____ 30) Quando estou em baixo, começo a sentir-me muito mal comigo próprio.
- _____ 31) Quando estou em baixo, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.
- _____ 32) Quando estou em baixo, eu perco o controlo dos meus comportamentos.
- _____ 33) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.
- _____ 34) Quando estou em baixo, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estou a sentir.
- _____ 35) Quando estou em baixo, demoro muito tempo até me sentir melhor.
- _____ 36) Quando estou em baixo, as minhas emoções parecem avassaladoras.

ANEXO VI

Inventário Breve de Sintomas (BSI ; Derogatis, 1982)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO VII

White Bear Suppression Inventory (WBSI; Wegner, & Zanakos,
1994)

WBSI

A maioria das pessoas tem alguma vez pensamentos, ideias ou imagens inoportunas que podem ser difíceis de controlar. Gostávamos de lhe perguntar por este tipo de experiências. Por favor, com base na escala que se apresenta a seguir, faça um círculo à volta da opção que melhor descreve o seu grau de concordância com cada uma delas. Não existem respostas certas ou erradas, responda apenas com sinceridade. Certifique-se que respondeu a todas as questões.

1	2	3	4	5
Completamente em desacordo	Bastante em desacordo	Nem de acordo, nem em desacordo	Bastante de acordo	Completamente de acordo

1. Há coisas nas que prefiro não pensar	1 2 3 4 5
2. As vezes pergunto-me porque tenho determinados pensamentos	1 2 3 4 5
3. Tenho pensamentos que não posso parar	1 2 3 4 5
4. Há imagens que aparecem na minha mente e que não posso apagar	1 2 3 4 5
5. Os meus pensamentos frequentemente giram em torno de uma só ideia	1 2 3 4 5
6. Desejava poder deixar de pensar em certas coisas	1 2 3 4 5
7. Às vezes a minha mente anda tão depressa que desejaria poder para-la	1 2 3 4 5
8. Às vezes trato de afastar os problemas da minha mente	1 2 3 4 5
9. Há pensamentos que ficam a rondar a minha cabeça	1 2 3 4 5
10. Às vezes mantenho-me ocupado para não deixar que alguns pensamentos se infiltrem na minha mente	1 2 3 4 5
11. Há coisas sobre as que tento não pensar	1 2 3 4 5
12. Às vezes desejaria realmente poder parar o meu pensamento	1 2 3 4 5
13. Com frequência faço coisas para distrair-me dos meus pensamentos	1 2 3 4 5
14. Com frequência tenho pensamentos que tento evitar	1 2 3 4 5
15. Tenho muitos pensamentos que não conto a ninguém	1 2 3 4 5

ANEXO VIII

Questionário de Regulação Emocional (QRE; Gross & John, 2003)

