

Questionário sobre o consumo de substâncias, comportamentos de risco e actividade criminal

O presente questionário insere-se num projecto de Mestrado em Psicologia Forense e da Transgressão, a decorrer no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, sobre a toxicoddependência em relação directa com o Crime e com os Consumos de Álcool.

As suas respostas são confidenciais – não serão reveladas a ninguém – e destinam-se, exclusivamente, para fins de investigação científica. Por isso mesmo, não terá de se identificar. Interessamos a sua resposta sincera. Não há boas ou más respostas. Não existe qualquer limite de tempo.

Parte I – Identificação

1. Idade ___ anos

2. Sexo- F M

3. Zona habitacional:

Urbana

Suburbana

Rural

Bairro Social

3.1. Com quem vive:

Pais

Familiares próximos

Amigos (as)

Companheiro (a)

Sozinho (a)

3.1.1. Se não vive com os seus pais, com que idade saiu de casa? _____

4. Percurso escolar

4.1. Habilitações literárias:

1º ciclo

2º ciclo

3º ciclo

Secundário

Curso superior

Curso técnico

4.2. Reprovou alguma vez? Sim Não

4.2.1. Se SIM, quantas vezes? _____

4.3. Faltava à escola? Sim Não

5. Percurso laboral

5.1. Situação profissional actual

Desempregado Empregado Outra (especificar): _____

5.2. Com que idade começou a trabalhar? _____

5.2.1. Tipo de trabalho:

- Construção civil
- Indústria hoteleira
- Comércio
- Outros

6. Situação conjugal

- Solteiro
- Casado/União de facto Com que idade? _____
- Divorciado/separado

7. Tem filhos?

- Sim Não

7.1 Se respondeu SIM, vivem consigo?

- Sim Não

8. Cumpriu serviço militar?

- Sim Não

Parte II – Programa de Substituição Opiácea

1. Qual o tipo de tratamento em que está inserido actualmente?

- Metadona
- Buprenorfina
- Antagonistas opiáceos

1.1. Há quanto tempo está em tratamento? _____ anos

1.2. Dose diária: _____ mg

2. Número de tratamentos anteriores: _____

Parte III– Consumo de substâncias

1.

<u>Tipo de Substância</u>	<u>1º consumo</u> (idade)	<u>Consumiu ao longo da</u> <u>sua vida?</u>		<u>Consumiu nos últimos 12</u> <u>meses?</u>		
		Sim	Não	Sim	Não	Nº de vezes
<u>Heroína</u>						
<u>Cocaína</u>						
<u>Haxixe</u>						
<u>Anfetaminas/speed</u>						
<u>Ecstasy/MDMA</u>						
<u>LSD/Ácido</u>						
<u>Tabaco</u>						
<u>Álcool</u>						

2. De que forma, habitualmente, arranjava/arranja meios para conseguir droga:

(assinalar mais do que uma, se for o caso)

- Trabalho
- Agregado familiar
- Subsídios
- Tráfico de drogas
- Prostituição
- Roubo/Furto
- Fraude
- Outros

3. Contextos de consumo habituais:

(assinalar mais do que uma, se for o caso)

- Com amigos (as)
- Sozinho (a)
- Com desconhecidos
- Noutra situação

Parte IV- Comportamentos de risco

1. Partilhou a seringa ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

- Nunca Raramente Por vezes sempre

2. Partilhou o algodão ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

- Nunca Raramente Por vezes sempre

3. Partilhou o recipiente ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

- Nunca Raramente Por vezes sempre

4. Actividade Sexual

4.1 Tem parceiro sexual fixo (estável)?

- Sim Não

4.1.1 Se respondeu SIM, nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou preservativo?

- Nunca Raramente Por vezes sempre

4.2 Nos últimos 12 meses, teve “encontros” sexuais casuais?

- Sim Não

4.2.1 Se respondeu SIM, nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou preservativo?

- Nunca Raramente Por vezes sempre

5. Tem testes positivos para o VIH?

- Não Sim Desconhece

5.1 Se SIM, Há quanto tempo?

- Menos de um ano
- Mais de um ano

6. Tem testes positivos para a Hepatite B?

- Não Sim Desconhece

6.1 Se SIM, há quanto tempo?

- Menos de um ano
 Mais de um ano

7. Tem testes positivos para a Hepatite C?

- Não Sim Desconhece

7.1 Se SIM, há quanto tempo?

- Menos de um ano
 Mais de um ano

Parte V-Comportamentos relacionados com o álcool

1. **Antes** de estar inserido em programa de substituição opiácea, qual o grau de necessidade de consumir bebidas alcoólicas?

Nada importante	1	2	3	4	5	Extrema/importante
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------------

2. **Antes** de estar inserido em programa de substituição opiácea;

2. 1. Com que frequência consumia bebidas que contêm álcool?

- Nunca
 Uma vez por mês ou menos
 Duas a quatro vezes por mês
 Duas a Três vezes por semana
 Quatro ou mais vezes por semana

2.2. Quando bebia, quantas bebidas contendo álcool consumia num dia normal?

- Uma a duas
 Três ou quatro
 Cinco ou seis
 De sete até nove
 Dez ou mais

2.3. Com que frequência consumia seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- Nunca
 Menos de uma vez por mês
 Pelo menos uma vez por mês
 Pelo menos uma vez por semana
 Diariamente ou quase diariamente

3. Assinale, **actualmente**, qual o grau de necessidade de consumir bebidas alcoólicas.

Nada importante	1	2	3	4	5	Extrema/importante
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------------

AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- Nunca
- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês
- Duas a três vezes por semana
- Quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- Uma a duas
- Três ou quatro
- Cinco ou seis
- De sete até nove
- Dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?

- Nunca

- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência **não** se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ferido por **você** ter bebido?

- Não
- Sim, mas **não nos últimos 12 meses** Sim, **aconteceu nos últimos 12 meses**

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- Não
- Sim, mas **não nos últimos 12 meses**
- Sim, **aconteceu nos últimos 12 meses**

CAGE (Cut; Annoyed; Guilty; Eyer)

1. Já lhe aconteceu ter de beber logo ao levantar, para aliviar a sensação de mal estar?

- Sim Não

2. Já pensou que deveria reduzir ou deixar de ingerir bebidas alcoólicas?

- Sim Não

3. Já alguma vez se sentiu desgostoso e triste com os seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

- Sim Não

4. Já se sentiu desagradado com os comentários que outras pessoas tenham feito acerca dos seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas ?

- Sim Não

IDTS (Inventory of Drug-Taking Situation)Alcohol

Seguidamente, são descritas algumas situações ou acontecimentos em que algumas pessoas consomem álcool.

Leia atentamente cada uma das afirmações e assinale a resposta que mais se adequa ao seu consumo durante os últimos 12 meses.

Se NUNCA bebeu nessa situação, assinale 1;

Se RARAMENTE bebeu nessa situação, assinale 2;

Se FREQUENTEMENTE bebeu nessa situação, assinale 3;

Se QUASE SEMPRE bebeu nessa situação, assinale 4.

<u>Eu bebia:</u>	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
1. Quando estava deprimido(a) com as coisas em geral;	1	2	3	4
2. Quando me sentia trémulo(a), doente ou com enjoos;	1	2	3	4
3. Quando estava feliz;	1	2	3	4
4. Quando sentia que não havia outra saída;	1	2	3	4
5. Quando eu queria ver se era capaz de beber com moderação;	1	2	3	4
6. Quando estava em lugares onde já tinha bebido ou comprado álcool;	1	2	3	4
7. Quando me sentia tenso(a) ou agitado(a) com a presença de alguém;	1	2	3	4
8. Quando me convidavam para ir a casa de alguém e me sentia desconfortável em recusar uma bebida quando me era oferecida;	1	2	3	4
9. Quando me encontrei com alguns amigos e queríamos passar um bom bocado;	1	2	3	4
10. Quando era incapaz de expressar os meus sentimentos a alguém;	1	2	3	4
11. Quando sentia que me desiludia a mim mesmo;	1	2	3	4
12. Quando tinha problemas de sono;	1	2	3	4
13. Quando me sentia confiante e relaxado(a);	1	2	3	4
14. Quando estava aborrecido(a);	1	2	3	4
15. Quando queria provar a mim mesmo que o álcool não era um problema para mim;	1	2	3	4
16. Quando, inesperadamente, encontrei uma/alguma desta droga ou aconteceu ver algo que mas recordou;	1	2	3	4
17. Quando outras pessoas me rejeitavam ou pareciam não gostar de mim;	1	2	3	4
18. Quando saía com amigos e eles sugeriam insistentemente para irmos beber;	1	2	3	4
19. Quando estava com um amigo(a) íntimo(a) e queríamos sentir-nos ainda mais próximos;	1	2	3	4
20. Quando outras pessoas me tratavam injustamente ou interferiam nos meus planos;	1	2	3	4
21. Quando me sentia sozinho(a);	1	2	3	4
22. Quando queria ficar acordado(a), estar mais activo(a) ou estar mais energético(a);	1	2	3	4

<u>Eu bebia:</u>	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
23. Quando me sentia entusiasmado(a) com algo;	1	2	3	4
24. Quando me sentia ansioso(a) ou tenso(a) com algo;	1	2	3	4
25. Quando queria descobrir se poderia beber ocasionalmente sem ficar dependente;	1	2	3	4
26. Quando tinha consumido drogas e pensava em beber;	1	2	3	4
27. Quando sentia que a minha família punha muita pressão sobre mim ou que não conseguia corresponder às suas expectativas;	1	2	3	4
28. Quando outros no mesmo quarto estavam a beber e eu sentia que eles esperavam que eu me juntasse a eles;	1	2	3	4
29. Quando estava com amigos e queria aumentar o meu prazer;	1	2	3	4
30. Quando eu não me dava bem com os outros na escola ou no trabalho;	1	2	3	4
31. Quando me começava a sentir culpado(a) em relação a qualquer coisa;	1	2	3	4
32. Quando queria perder peso;	1	2	3	4
33. Quando eu me estava a sentir satisfeito(a) com a vida;	1	2	3	4
34. Quando me senti sobrecarregado(a) e queria escapar;	1	2	3	4
35. Quando queria testar se poderia estar com amigos que bebem, sem eu estar a beber;	1	2	3	4
36. Quando ouvia alguém a falar sobre experiências passadas com o álcool;	1	2	3	4
37. Quando havia brigas em casa;	1	2	3	4
38. Quando era pressionado(a) para beber, e sentia que não poderia recusar;	1	2	3	4
39. Quando queria comemorar com um amigo;	1	2	3	4
40. Quando alguém ficou insatisfeito com o meu trabalho ou me sentia pressionado(a) na escola ou trabalho;	1	2	3	4
41. Quando estava zangado(a) com algo sucedido;	1	2	3	4
42. Quando tinha dor de cabeça ou estava com dores;	1	2	3	4
43. Quando recordava algo de bom que aconteceu;	1	2	3	4
44. Quando me sentia confuso(a) sobre o que deveria fazer;	1	2	3	4
45. Quando queria testar se poderia estar em lugares onde o álcool estava a ser consumido sem que consumisse;	1	2	3	4
46. Quando começava a pensar como era bom uma bebedeira;	1	2	3	4
47. Quando sentia que necessitava de coragem para enfrentar alguém;	1	2	3	4
48. Quando estava com um grupo de pessoas e todas estavam a beber ;	1	2	3	4
49. Quando estava a passar um bom bocado e queria aumentar o meu prazer sexual;	1	2	3	4
50. Quando sentia que alguém estava a tentar controlar-me e queria sentir-me mais independente.	1	2	3	4

Parte VI- História de Comportamentos Desviantes

1. Comportamentos desviantes:

<u>Tipo de comportamento</u>	<u>1ª vez (idade)</u>	<u>Ao longo da sua vida</u>		<u>Último ano</u>		
		<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>Sim</u>	<u>Não</u>	<u>Nº de vezes</u>
Roubo/Furto						
Tráfico de Droga						
Receptação						
Agressão						

Fraude						
Outros						

1.1. Geralmente, a actividade criminal descrita:

1.1.1. Esteve relacionada com o consumo de drogas?

Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

1.1.2. Foi praticada sob o efeito de drogas?

Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

1.2.3. Porque estava envolvido no meio do Tráfico e Consumo de Drogas?

Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

2. Circunstâncias habituais da ocorrência do Delito:

	<u>Sozinho(a)</u>	<u>Em grupo</u>
Roubo/Furto		
Tráfico de droga		
Receptação		
Agressão		
Fraude		
Outros		

3. Ocorrências Jurídico-Penais

3.1. Internamento em instituição de menores: Sim Não

3.1.1. Idade _____

3.2. Contacto com Instâncias Jurídico-Penais:

3.2.1. Já foi condenado(a) alguma vez a pena de prisão? Sim Não

3.2.1.1. Se SIM, durante quanto tempo no total? _____

3.2.2. Por que crimes?

(assinalar mais do que uma, se for o caso)

- Roubo/Furto
- Tráfico de droga
- Receptação
- Agressão
- Fraude
- Outros

Parte VII-Avaliação Psicológica

BSI (Brief Symptoms Inventory)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços á direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o grau em que cada problema o afectou durante a última semana. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

<u>Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:</u>	Nunca Vezez	Poucas Vezez	Algumas Vezez	Muitas Vezez	Muitíssimas
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. Dificuldades em se lembrar de coisas passadas/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. Dificuldades 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 fácilmente 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 ma estar do estomâgo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:</u>	Nunca Veze	Poucas Veze	Algumas Veze	Muitas Veze	Muitíssimas
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. Dificuldades 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"/>
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/ comboio ou 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/ 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 dificuldades 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, cinema 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"/>

Mestrado em Psicologia Forense e da Transgressão

<u>Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:</u>	Nunca Veze	Poucas Veze	Algumas Veze	Muitas Veze	Muitíssimas
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 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 que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala do Suporte Social

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas frequentemente têm. Gostaria que assinalasse com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos 6 meses.

	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Ter problemas na gestão do dinheiro.	1	2	3	4	5
2. Ter falta de um(a) amigo(a) íntimo(a).	1	2	3	4	5
3. Ter poucas pessoas em quem possa confiar.	1	2	3	4	5
4. Ter uma vida sexual pouco satisfatória.	1	2	3	4	5
5. Ter poucas pessoas de quem se sinta próximo.	1	2	3	4	5
6. Ter falta de alguém que se preocupe com os seus problemas.	1	2	3	4	5
7. Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer.	1	2	3	4	5
8. Ter problemas com as crianças.	1	2	3	4	5
9. Exercer uma actividade profissional pouco satisfatória.	1	2	3	4	5
10. Sentir-se demasiado controlado(a) por outros.	1	2	3	4	5
11. Ter falta de dinheiro suficiente para se governar.	1	2	3	4	5
12. Sentir-se insatisfeito(a) com o seu estado civil (casado, solteiro, etc.).	1	2	3	4	5
13. Ter poucos amigos íntimos.	1	2	3	4	5
14. Ter problemas com o cônjuge ou ex-cônjuge [companheiro(a)].	1	2	3	4	5
15. Ter falta de alguém que lhe demonstre amor e afeição.	1	2	3	4	5
16. Sentir-se demasiado dependente dos outros.	1	2	3	4	5
17. Sentir que as outras pessoas interferem com aquilo que quer fazer.	1	2	3	4	5
18. Ter problemas com familiares do cônjuge, companheiro(a) ou parentes.	1	2	3	4	5
19. Ter falta de alguém que compreenda os seus problemas.	1	2	3	4	5
20. Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas.	1	2	3	4	5