

# Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	iii
<b>Resumo</b> .....	iv
<b>Abstract</b> .....	v
<b>Introdução</b> .....	<b>8</b>
<b>Capítulo I – Emoção e Regulação Emocional</b> .....	<b>10</b>
<b>Capítulo II – Toxicodependência</b> .....	<b>14</b>
2.1. Abordagens explicativas .....	14
2.1.1. Abordagens Psicológicas.....	15
2.1.3. Abordagens Psicopatológicas.....	17
2.2. Padrões de Consumo de Substâncias Psicoactivas .....	18
<b>Capítulo III – A Regulação Emocional na Toxicodependência</b> .....	<b>21</b>
3.1. A Hipótese de Auto-medicação .....	21
3.2. Dificuldades de Regulação Emocional na Toxicodependência .....	23
<b>Capítulo IV – Método</b> .....	<b>25</b>
4.1. Objectivos .....	25
4.2. Participantes .....	26
4.3. Instrumentos.....	28
4.4. Procedimento .....	30

<b>Capítulo V – Resultados.....</b>	<b>31</b>
5.1. Dificuldades de Regulação Emocional .....	31
5.2. Sintomatologia Psicopatológica.....	33
5.3. Dificuldades de Regulação Emocional e Sintomatologia Psicopatológica .....	35
5.4. Sintomatologia Psicopatológica e Droga de Eleição .....	37
<b>Capítulo VI – Discussão dos Resultados.....</b>	<b>39</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>44</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>45</b>

## **ANEXOS**

## Introdução

No âmbito da investigação em torno dos processos emocionais, o tema da Regulação Emocional tem sido um dos principais alvos de pesquisa, tanto a nível internacional, dos quais Gross (2007) é um dos principais autores a dissertar sobre esta área, como a nível nacional, com os recentes trabalhos de Machado Vaz, Branco Vasco, & Greenberg (2010). Contudo, os estudos sobre a Regulação Emocional no domínio da Toxicodependência são ainda escassos.

O processo de regulação emocional consiste na escolha e realização de determinadas estratégias que o indivíduo irá desenvolver, influenciando desta forma a experiência e expressão das suas emoções, e o momento em que estas ocorrem (Gross, 2002).

Diversos autores têm-se centrado na ideia de que as diversas tentativas de controlar a expressão e experiência emocional e os contínuos esforços realizados para evitar pensamentos e sentimentos indesejáveis, podem aumentar o risco de o indivíduo desenvolver dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004).

Existem evidências empíricas que referem que o fenómeno da toxicodependência poderá estar associado com o controlo de determinados processos emocionais e, conseqüentemente, com a existência de dificuldades de regulação emocional. Segundo a Hipótese de Auto-medicação (Khantzian, 1997; 2003), a dependência de substâncias funciona como um meio para reduzir as emoções negativas resultantes de um acontecimento emocionalmente intenso, fazendo com que o indivíduo procure esse equilíbrio emocional através do consumo de determinada substância (Khantzian, 1999, 2003; Khantzian, Halliday, & McAuliffe, 1990; Morgenstern & Leeds, 1993; cit in Khantzian, 1997; 2003).

Diversos estudos comprovaram também que determinados tipos de personalidade ou perfis psicopatológicos estão associados com o consumo de substâncias ou combinação de substâncias específicas, ou seja, as substâncias psicoactivas podem ser utilizadas pelos consumidores como um meio de medicação para as suas patologias psiquiátricas (Milkman & Frosch 1973; Dolan *et al.* 1987; Brehm & Khantzian 1992; Hutchison, Wood & Swift 1999; Oswald, Roache & Rhoades 1999 cit in Leri et al, 2003).

Assim, este estudo tem como objectivo geral confirmar a existência de dificuldades de regulação emocional em indivíduos dependentes de substâncias, e a sua possível relação

com sintomatologia psicopatológica e a escolha da substância psicoactiva de eleição. Para o efeito foram utilizados, entre outros instrumentos, uma escala elaborada por Gratz e Romer (2004), a *Difficulties in Emotional Regulation Scale*, adaptada para a população portuguesa por Machado Vaz, Branco Vasco e Greenberg (2010), que tem como objectivo principal a avaliação das dificuldades de regulação emocional através de seis dimensões essenciais e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI – *Brief Symptom Inventory*), que avalia a existência de sintomatologia psicopatológica.

## Capítulo I – Emoção e Regulação Emocional

Desde os tempos da Grécia Antiga que o ser humano se questiona sobre a natureza das emoções. Na tradição moderna, o primeiro passo na compreensão deste assunto foi dado por Charles Darwin no livro *On the Expression of the Emotions in Man and Animals* (1872; cit in Oatley & Jenkins, 1998), no qual se interessou pelo estudo das expressões emocionais, que acreditava serem indícios da evolução da espécie humana, uma vez que, segundo Darwin, o ser humano expressa as suas emoções através de mecanismos semelhantes aos existentes noutras espécies ancestrais (Oatley & Jenkins, 1998).

Contudo, devido à natureza subjectiva das emoções, tem-se demonstrado extremamente difícil criar uma definição científica e universal deste assunto, tendo sido propostas várias perspectivas sobre este tema. Existe no entanto consenso face ao facto de as emoções serem fenómenos biológicos e inatos, tal como afirmava Charles Darwin, e ainda relativamente à existência de três processos que se inter-relacionam na resposta à emoção, sendo eles os processos neurofisiológicos, responsáveis pela resposta fisiológica, os processos motores e de expressão comportamental e o processo cognitivo-experiencial ou experiência subjectiva. Segundo Scherer (1987), durante a expressão emocional ocorrem alterações em diversos sistemas orgânicos, nomeadamente no Sistema Nervoso Autónomo, produzindo sensações como aceleração do ritmo cardíaco (resposta fisiológica) e alterações na actividade motora e na expressão corporal, como modificação da expressão facial ou do tom de voz (expressão comportamental). Verifica-se ainda, durante este processo, uma percepção consciente da experiência emocional, caracterizada através da expressão de alegria, zanga ou medo, que não são mais do que a experiência subjectiva de prazer ou de dor relacionados com os estados emocionais vividos pelo indivíduo.

Na tentativa de explicação do conceito de emoção, surgem as noções de emoção adaptativa e emoção desadaptativa. As primeiras dizem respeito às emoções geradoras de bem-estar, que permitem ao indivíduo a satisfação das suas necessidades, conseguindo, desta forma, alcançar os objectivos desejados. Por outro lado, as emoções desadaptativas, ao não permitirem a satisfação das necessidades e objectivos do indivíduo, originam neste uma sensação de mal-estar e desconforto. Fica perceptível desta forma, a função central das emoções na aquisição de competências essenciais ao

indivíduo para lidar com as suas exigências desenvolvimentais (Barrett & Russell, 1998).

Subjacente à expressão das emoções encontra-se a noção de processos emocionais, que se constituem como sendo os processos essenciais para a activação emocional. Assim, para que ocorra a emoção, é necessário existir previamente um estímulo, interno ou externo, que irá desencadear uma activação fisiológica imediata, que, como já foi previamente referido, se pode manifestar através da aceleração do ritmo cardíaco, de um aumento da sudação, entre outros. Ao ser realizado o processamento cognitivo da activação fisiológica, o indivíduo vai atribuir um significado ao evento de acordo com o tipo de activação experienciada, o contexto, as experiências passadas e as memórias episódicas. Este processo pode ser definido como diferenciação emocional e irá dar origem à emoção (Machado Vaz, 2009). O processo seguinte denomina-se de regulação emocional, e consiste na escolha de estratégias e comportamentos que o indivíduo irá desenvolver, influenciando desta forma a experiência e expressão das suas emoções, e o momento em que estas ocorrem (Gross, 2002). Os processos de regulação emocional e diferenciação emocional estão inter-relacionados, na medida em que uma boa capacidade de diferenciação emocional, ou seja, a simbolização da experiência emocional, permite ao indivíduo desenvolver e expressar estratégias de regulação emocionais mais adaptativas (Machado Vaz, 2010).

As emoções têm a particularidade de se modificarem de acordo com a situação, podendo, desta forma, ser úteis na resolução de problemas ou dificuldades (emoções adaptativas) ou, por outro lado, potenciar no indivíduo um mal-estar (emoções desadaptativas), sobretudo em circunstâncias nas quais a emoção não é a adequada à situação em causa. Neste tipo de situações, há por parte do indivíduo uma tentativa de regulação das suas respostas emocionais incongruentes para que se adaptem às necessidades e objectivos que pretende alcançar. Ou seja, para que o indivíduo possa experienciar ou expressar uma resposta emocionalmente adaptativa, há que adquirir estratégias adequadas de regulação emocional. Algumas destas estratégias de regulação emocional passam pela aquisição de competências de diferenciação das emoções e de compreensão das suas funções, permitindo ao indivíduos decidir que tipo de emoções quer expressar, e que tipo de emoções pretende reprimir (Gross, 2002).

As estratégias de regulação emocional podem ocorrer a nível fisiológico, através do controlo, modulação e modificação da activação emocional, permitindo ao indivíduo um

funcionamento adequado e adaptativo perante situações emocionalmente negativas ou restritivas; a nível cognitivo, proporcionando a modificação do significado atribuído à activação fisiológica experienciada, o que permite ao indivíduo lidar de forma eficaz e adaptativa quando se reencontrar perante a mesma situação causadora de stress; e a nível comportamental, através do controlo da expressão emocional, permitindo ao indivíduo escolher o que pretende ou não suprimir (Machado Vaz, 2010).

Com o intuito de facilitar a compreensão do processo de regulação emocional, Gross (1999) reuniu um conjunto pressupostos, fundamentais para o entendimento deste processo: o indivíduo tem a capacidade de modificar as suas emoções adaptativas e desadaptativas, aumentando-as, diminuindo-as ou mantendo-as; a regulação emocional pode ser adaptativa ou desadaptativa, tendo em conta o modo como o indivíduo irá lidar com a situação activadora; os processos de regulação emocional diferenciam-se de acordo com a emoção experienciada. Tendo como base estes pressupostos, Gross (1999) desenvolveu um modelo de regulação emocional, no qual explica a regulação emocional como sendo um conjunto heterogéneo de vários processos, através dos quais o indivíduo tem a capacidade de influenciar as suas emoções e a expressão destas. Através deste modelo, o autor pretende caracterizar as diferentes estratégias de regulação emocional tendo em conta o momento em que estas ocorrem durante a resposta emocional, podendo desta forma distinguir estratégias de regulação emocional que antecedem a resposta emocional (ocorrem antes da resposta emocional ser activada) e estratégias de regulação emocional que ocorrem após a activação emocional.

Gross (1999) identificou cinco estratégias de regulação emocional: a selecção da situação, que antecede a resposta emocional e caracteriza-se pela implementação de tentativas para evitar, ou não, a ocorrência de uma determinada situação que dará origem a uma emoção; a modificação da situação, que é também uma estratégia de regulação emocional antecedente à resposta emocional, e consiste, como o próprio nome indica, na modificação directa da situação, de forma a alterar o seu impacto emocional; a modificação do foco atencional, através da qual o indivíduo pode dirigir, ou não, a sua atenção para dimensões não activadoras da emoção; a mudança cognitiva, que é uma estratégia de regulação emocional que ocorre após a selecção e modificação da situação e consiste na modificação do significado que o indivíduo atribui à situação, aumentando ou diminuindo a resposta emocional ou alterando a própria emoção; a modulação da resposta, que ocorre após a activação emocional e tem como objectivo a

modificação da das componentes fisiológica, comportamental e experiencial da emoção despoletada.

As estratégias de regulação emocional possibilitam ao indivíduo “*aumentar, manter ou diminuir um ou mais componentes de uma determinada resposta emocional e pode ocorrer em todas as dimensões do processamento emocional, nomeadamente a nível fisiológico, cognitivo, comportamental, experiencial e social*” (Gross, 1999; cit in Machado Vaz, 2009). Estas estratégias de regulação emocional podem consistir na negação da realidade e das suas próprias emoções, ou então, em alternativa, o indivíduo pode modificar as suas emoções, enfatizando diferentes aspectos da situação, como por exemplo, a atribuição de diferentes razões para explicar o que aconteceu, a projecção de diferentes consequências e o desenvolvimento de estratégias de *coping* diferentes, potenciando desta forma no indivíduo uma aceitação da sua experiência emocional (Greenberg, 2002).

Diversos autores têm-se focado na concepção de que as tentativas de controlar a expressão e experiência emocional e os esforços realizados para evitar pensamentos e sentimentos indesejáveis, podem aumentar o risco de o indivíduo desenvolver dificuldades de regulação emocional. De igual forma, a tendência para experienciar emoções negativas em resposta às próprias reacções (indicando que o indivíduo tem dificuldade na aceitação das suas emoções) pode potenciar problemas relacionados com dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004). Assim, espera-se que uma regulação emocional adaptativa envolva a modulação e modificação da experiência emocional, e não a eliminação de determinadas emoções. Esta modulação vai permitir ao indivíduo controlar o comportamento resultante da expressão emocional (não sendo necessário desta forma o controlo das próprias emoções), inibindo, desta forma, possíveis comportamentos inapropriados ou impulsivos (Gratz & Roemer, 2004).

Segundo um estudo conceptual e empírico realizado por Gratz e Roemer (2004), uma boa capacidade de regulação emocional deve ser conceptualizada envolvendo quatro questões fundamentais: atenção e compreensão das emoções; aceitação das emoções; capacidade de controlo de comportamentos impulsivos e envolvimento em comportamentos orientados para objectivos; capacidade de utilização de estratégias de regulação emocional efectivas e adaptadas. A ausência de uma ou mais destas competências pode indicar a presença de dificuldades de regulação emocional. A partir deste estudo, Gratz e Roemer (2004) desenvolveram a *Difficulties in Emotional*

*Regulation Scale* (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional), que permite obter uma avaliação das dificuldades de regulação emocional do indivíduo, tendo identificado seis dimensões: 1) não-aceitação da resposta emocional, que reflecte a tendência do indivíduo em reagir de forma negativa quando se encontra perante emoções desadaptativas; 2) dificuldades no envolvimento em comportamentos orientados para objectivos, na ocorrência de emoções desadaptativas, que se manifesta por dificuldades de concentração ou de realização de tarefas, quando experiencia emoções negativas; 3) dificuldades de controlo de impulsos durante a activação de emoções desadaptativas, reflectindo-se em dificuldades de controlo dos comportamentos, ao experienciar emoções desadaptativas; 4) dificuldades em ter consciência da resposta emocional, que se manifesta em dificuldades em perceber e reconhecer as suas emoções; 5) acesso limitado a estratégias de regulação emocional, segundo as quais o indivíduo manifesta a crença de que nada pode ser feito para regular as suas emoções quando se encontra chateado; 6) dificuldades na clareza da resposta emocional, que se manifesta por dificuldades de conhecimento e percepção das emoções que experienciam.

## **Capítulo II – Toxicodependência**

### **2.1. Abordagens explicativas**

Actualmente deparamo-nos com a existência de uma grande diversidade de substâncias, naturais ou sintetizadas, que, ao actuarem no SNC, provocam alterações físicas e da actividade mental do ser humano, nomeadamente, ao nível dos comportamentos, sensações e ainda no estado de humor, de consciência e de percepção. A este tipo de substâncias atribui-se o nome de substâncias psicoactivas, já que têm a capacidade de provocar alterações no psiquismo humano.

O consumo de substâncias psicoactivas remonta aos primórdios da humanidade, sendo utilizadas em rituais religiosos e sociais, como forma de alcançar o *nirvana*, um estado espiritual superior. Ao longo da história vemos também este tipo de substâncias

associadas a práticas médicas, capazes de aliviar o sofrimento físico e psicológico do indivíduo (Morel, Hervé & Fontaine, 1997; Angel, Richard & Valleur, 2000). Foi, contudo, no final da década de 70, que o consumo de substâncias psicoactivas começou a ter um maior impacto social. O acto de procura e consumo de substâncias psicoactivas, tal como acontece com todo o tipo de comportamentos aditivos, pode ser caracterizado através de cinco elementos essenciais: compulsão de investimento nesse comportamento, conduzindo a uma perda da capacidade de prazer; repetição do comportamento, apesar das consequências negativas que este acarreta; obsessão relativa ao comportamento e sentimentos de culpabilidade após a sua realização; presença do síndrome de abstinência, perante a cessação do comportamento (Schneider, 1991).

A Toxicoddependência é uma perturbação crónica, que se caracteriza por um comportamento compulsivo de procura e consumo de uma, ou mais, substâncias que têm a capacidade de produzir no consumidor estados de prazer ou de alívio do stress (Camí & Farré, 2003).

Actualmente, deparamo-nos com a existência de uma multiplicidade de abordagens explicativas dos comportamentos de dependência de substâncias psicoactivas.

### **2.1.1. Abordagens Psicológicas**

Relativamente às abordagens psicológicas, observa-se uma tentativa para explicar a possível existência de características da personalidade relacionadas com a toxicoddependência (Souto, 2000).

No que diz respeito à abordagem Psicodinâmica, observa-se uma tentativa de explicar o fenómeno da toxicoddependência à luz da função da substância psicoactiva na relação com o outro. Segundo este modelo, o consumo de substâncias psicoactivas funciona como um reajustamento subjectivo, através do qual o indivíduo reorganiza a sua relação com o mundo, protegendo-o dos seus medos e provocando modificações de humor e das suas percepções, *“induzindo uma espécie de suspensão do tempo e do pensamento”* (Morel, Hervé & Fontaine, 1997). Para os teóricos psicodinâmicos, o ser humano utiliza este tipo de substâncias para se defender de uma relação com o outro que é vista como ameaçadora. Desta forma, a «droga» é vista como um auto-reforço imediato face à

necessidade afectiva do indivíduo, um substituto de uma relação afectiva que é vivenciada por este como sendo uma ameaça potencial para a sua própria autonomia. O toxicodependente tenta desta forma diminuir a sua necessidade afectiva, desviando toda a sua atenção para uma procura incansável da substância. *“Não é portanto a destruição do self que é procurada na utilização de drogas, mas pelo contrário uma possibilidade de viver e corrigir uma relação com o mundo, e portanto com os outros, vivida como demasiado insatisfatória”* (Morel, Hervé & Fontaine, 1997).

Segundo a abordagem psicodinâmica, a «droga» funciona também como uma forma de protecção de um Ego demasiado frágil, o qual se encontra associado a uma necessidade de satisfação imediata. Devido à fragilidade do seu Ego, o toxicodependente não tem capacidade nem forças para suportar uma depressão, utilizando desta forma mecanismos de defesa maníaco-depressivos que são reforçados pelo consumo de substâncias psicoactivas. Assim, os psicodinâmicos vêem a toxicodependência como um «ciclo vicioso», que tem início com uma reacção depressiva perante a frustração, que irá culminar na experiência de consumo da «droga», causando inicialmente no consumidor uma sensação de prazer e de poder do Ego, sensações que rapidamente desaparecem, dando lugar a um regresso à realidade. Esta situação vai causar no indivíduo um sentimento de culpabilidade, que conduzirá, uma vez mais, a sentimentos depressivos perante a frustração, que por sua vez culmina na necessidade de novo consumo (Rosenfeld, 1961).

Relativamente à abordagem cognitiva, a dependência de substâncias é vista como um comportamento inadaptado, consequência de pensamentos e crenças disfuncionais que levam o indivíduo a tomar decisões nefastas na sua vida. Segundo o modelo proposto por Beck (1993; cit in Morel, Hervé & Fontaine, 1997), existem indivíduos que têm uma pré-disposição para a realização de comportamentos associados com o consumo de substâncias psicoactivas. Esta pré-disposição pode-se explicar através de características como uma sensibilidade extrema ao desprazer, dificuldades e falta de motivação para controlar os seus comportamentos impulsivos e baixa tolerância à frustração. Segundo o modelo cognitivo, o indivíduo dependente de substâncias psicoactivas inicia o consumo deste tipo de substâncias pelo facto de encontrar inicialmente no produto uma gratificação rápida e imediata, dotada de um poder de reforço imediato, culminando desta forma no hábito (Morel, Hervé & Fontaine, 1997).

### **2.1.3. Abordagens Psicopatológicas**

A questão da toxicodependência e da psicopatológica encontram-se profundamente relacionadas, influenciando, reciprocamente, as manifestações e evolução uma da outra. Para além do facto de se poder caracterizar a toxicodependência como uma patologia crónica, estudos clínicos confirmam que a probabilidade de consumidores de substâncias psicoactivas manifestarem sintomatologia psicopatológica é maior relativamente à população não consumidora, e, de igual modo, indivíduos que manifestam algum tipo de psicopatologia estão mais pré-dispostos a consumir substâncias psicoactivas (Angel, Richard & Valleur, 2000).

Desta forma, verifica-se que a psicopatologia pode funcionar como causa ou consequência directa para o consumo de substâncias psicoactivas, sendo que, no primeiro caso, o indivíduo inicia o consumo de droga para aliviar os sintomas psicopatológicos, e no segundo caso a perturbação psicopatológica é induzida pelo consumo de substâncias psicoactivas (Angel, Richard & Valleur, 2000).

Hoje em dia admite-se que qualquer estrutura mental pode conduzir ao consumo de substâncias psicoactivas. Foi demonstrado num estudo que a frequência das perturbações mentais no indivíduo consumidor de substâncias psicoactivas é de aproximadamente 35%, sendo que as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor são as co-morbilidades psicopatológicas mais frequentes em indivíduos dependentes, com uma prevalência de 13,9% para as perturbações de ansiedade e 12,9% para as perturbações de humor (Wittchen et al., 1991 cit in Wedekind et al., 2009). Observa-se ainda que, relativamente aos estados neuróticos e psicóticos estruturados, raramente está associado o consumo de substâncias psicoactivas, e que, pelo contrário, os estados depressivos severos e as personalidades anti-sociais ou psicopáticas estão profundamente relacionados com a toxicodependência.

No grupo das perturbações de humor, observa-se uma incidência significativa da depressão, sendo também esta a psicopatologia mais patente na toxicodependência. Em muitos casos, o próprio consumidor utiliza a substância psicoactiva como forma de controlar estes sintomas depressivos, havendo portanto uma influência mútua entre a droga e a perturbação. Esta situação verifica-se também no caso das perturbações de ansiedade, nas quais o toxicodependente consome a substância para desta forma aliviar os seus estados ansiosos (Angel, Richard & Valleur, 2000).

Relativamente às perturbações da personalidade, verifica-se na toxicodependência uma maior prevalência das personalidades anti-social e *borderline*, estando a primeira associada a um predomínio de comportamentos agressivos e ao policonsumo de substâncias psicoactivas, e a segunda indicando uma maior propensão para o risco de suicídio e o consumo preferencial de cocaína (Morel, Hervé & Fontaine, 1997).

Por fim, no âmbito das perturbações psicóticas, assiste-se, por um lado, à situação de indivíduos que de forma a evitar os surtos delirantes consomem um determinado tipo de droga, e por outro lado, indivíduos que procuram justificar as crises psicóticas pelo uso da substância psicoactiva (Bergeret, 1984 cit in Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

Diversas investigações têm também confirmado uma maior e mais intensa incidência de co-morbilidade psicopatológica em indivíduos dependentes de heroína que consomem concomitantemente cocaína, comparativamente com indivíduos que consomem unicamente heroína (Dolan *et al.* 1987; Torrens *et al.* 1991; Malow *et al.* 1992; Grella *et al.* 1995; Walsh *et al.* 1996; Rowlett *et al.* 1997 cit in Leri, 2003).

Por fim, estudos comprovam que determinados tipos de personalidade ou perfis psicopatológicos estão associados com o consumo de determinadas substâncias ou combinação de substâncias, ou seja, as substâncias psicoactivas podem ser utilizadas pelos consumidores como um meio de medicação para as suas patologias psiquiátricas (Milkman & Frosch 1973; Dolan *et al.* 1987; Brehm & Khantzian 1992; Hutchison, Wood & Swift 1999; Oswald, Roache & Rhoades 1999 cit in Leri et al, 2003).

## **2.2. Padrões de Consumo de Substâncias Psicoactivas**

O consumo ocasional de uma substância psicoactiva para fins recreativos, não implica a presença de uma problemática patológica ou prejuízos físicos ou psíquicos ao consumidor, uma vez que se trata do uso moderado e controlado de uma substância, em circunstâncias sociais e culturais. Contudo, o consumo regular, qualquer que seja a substância, pode ser encarado como uma utilização de risco imediato ou potencial para o consumidor. Desta forma, e com a finalidade de unificar e uniformizar uma definição referente aos padrões de consumo, foram criados, segundo os critérios diagnósticos das

duas classificações internacionais (CID-10 e DSM-IV-TR), dois tipos de comportamento de consumo: o abuso e a dependência de substâncias (Angel, Richard & Valleur, 2000).

O Abuso de substâncias é um padrão desadaptativo de utilização de substâncias psicoactivas que conduz a défices ou sofrimento clinicamente significativo ao indivíduo, e que, acontecendo de forma recorrente durante um período de pelo menos 12 meses, se caracteriza por um ou mais dos seguintes aspectos (APA, 2002):

- O uso continuado de uma substância conduz a uma incapacidade de cumprimento de tarefas importantes, nomeadamente no trabalho, escola ou em casa;
- Uso continuado de uma substância em circunstâncias potencialmente perigosas para a saúde física do consumidor, nomeadamente conduzir um automóvel sobre o efeito de uma substância psicoactiva;
- O uso continuado da substância conduz a problemas legais recorrentes, como por exemplo, detenções devido a comportamentos desordeiros relacionados com a substância;
- Uso continuado da substância apesar das consequências sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causadas ou exacerbadas pelos efeitos da substância.

Relativamente ao conceito de dependência, este começou por referir-se meramente a um estado fisiológico, no qual se poderia verificar o fenómeno de tolerância e/ou o síndrome de abstinência. Contudo, actualmente, e pelo que se pode verificar nos critérios de diagnóstico descritos no DSM-IV-TR, a dependência física não se constitui como um factor essencial no diagnóstico de Dependência de Substâncias, bem como não se pode ter como característica exclusiva para o mesmo diagnóstico (Gitlow, 2007). De um modo geral, a dependência de substâncias pode ser vista como uma acção compulsiva, na qual o indivíduo se envolve, de forma excessiva, nessa actividade, podendo causar dependência física e psicológica, e provocando sérios prejuízos em várias áreas da vida do sujeito.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), pode-se definir dependência de substâncias como sendo um padrão desadaptativo referente à utilização de substâncias, que conduz a um défice ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos três de sete

critérios, os quais se podem verificar em qualquer ocasião durante um período de doze meses:

- Tolerância, que consiste na necessidade de aumentar a quantidade de substância de forma a atingir o efeito desejado, ou na crescente diminuição do efeito devido à utilização continuada da mesma quantidade de substância;
- Abstinência, manifestada pelo Síndrome de Abstinência de cada substância ou pelo facto de a mesma substância, ou outra relacionada, ser consumida para evitar ou aliviar os sintomas de abstinência;
- A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia;
- Desejo persistente ou tentativas, sem êxito, para reduzir ou controlar o uso da substância;
- É dispendida uma grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância, bem como à recuperação dos seus efeitos;
- Abandono ou diminuição da participação em actividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido ao uso da substância;
- Uso continuado da substância, apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, possivelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Observa-se actualmente, entre os consumidores de substâncias psicoactivas, a difusão de um novo padrão de consumo, denominado de Policonsumo, que consiste na utilização concomitante de diferentes substâncias psicoactivas. Este consumo de múltiplas substâncias está a aumentar sobretudo na população jovem, com uma maior incidência do consumo de cannabis e álcool, sendo no entanto no grupo dos consumidores problemáticos de droga que se verifica uma maior ocorrência deste padrão (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2009).

No toxicodependente este tipo de prática é na maioria das vezes realizada quando, devido ao consumo continuado de uma determinada substância, o consumidor deixa de sentir o efeito inicialmente desejado. A associação de uma nova substância psicoactiva pode ainda funcionar como atenuante dos sintomas de privação, ou para prolongar ou aumentar a sensação de prazer do produto inicial (Lowenstein et al., 1998). Desta

forma, o perfil de policonsumo mais frequente entre os toxicodependentes é o consumo de cocaína por indivíduos dependentes de heroína ou em tratamento opiáceos com metadona ou buprenorfina. Num estudo realizado em Montreal no Canadá (Lauzon et al, 1994, cit in Leri et al, 2003) sobre o padrão de consumo de substâncias psicoactivas, concluiu-se que cerca de 50% dos consumidores de cocaína referiram consumir regularmente heroína. Também no caso dos tratamentos de substituição opiácea se tem verificado que o consumo de altos níveis de cocaína pode ter como consequência baixos resultados neste tipo de intervenção (Downey, Helmus & Schuster, 2000).

No geral, foram identificados dois padrões de policonsumo de heroína e cocaína: a injeção simultânea de heroína e cocaína, vulgarmente conhecida como *speedbal*, que pode ser realizada através de uma mistura dos dois produtos ou através da injeção de uma substância de cada vez (Hunt et al, 1984); e a administração das duas substâncias em momentos diferentes.

Existem também evidências que comprovam que consumidores de *speedball* apresentam níveis mais altos de depressão e ansiedade-traço, e ainda manifestam perfis psicopatológicos mais severos, do que consumidores de cocaína ou heroína (Malow et al, 1992 cit in Leri et al, 2003).

## **Capítulo III – A Regulação Emocional na Toxicodependência**

### **3.1. A Hipótese de Auto-medicação**

Muito se tem especulado sobre quais serão os factores que poderão estar na base do início de consumo de substâncias psicoactivas. Segundo Morel, Hervé e Fontaine (1997) uma das motivação que leva o indivíduo a utilizar este tipo de substâncias é a necessidade de aliviar a sua dor física ou psíquica. De facto, algumas substâncias psicoactivas têm a capacidade, a curto prazo, de atenuar o sofrimento ou angústia do

consumidor. Contudo, com o decorrer do tempo e o uso continuado da substância, o indivíduo deixa de sentir o efeito desejado inicialmente e entra num ciclo de procura compulsiva da droga, sob pena de lhe provocar uma intensa sensação de mal-estar físico e/ou psicológico. Podemos concluir desta forma que a existência de determinadas vulnerabilidades psicológicas poderá estar na base dos comportamentos aditivos, havendo uma associação entre toxicodependência e estados emocionais dolorosos (Guimarães & Fleming, 2009).

O acto de consumir substâncias psicoactivas pode então ser visto como uma tentativa de preencher um vazio, uma vez que *“o ego do adicto é fraco e não tem força para lidar com a dor e com a depressão e, recorre a mecanismos maníacos, mas a reacção maníaca só pode ser alcançada com a ajuda das drogas”* (Rosenfeld, 1961 cit in Guimarães & Fleming, 2009). Outros autores defendem a ideia de que o consumo de substâncias psicoactivas é explicado como uma auto-medicação para todas as fragilidades e sentimentos de desespero do indivíduo (Khantzian & Wilson, 1993 cit in Guimarães & Fleming, 2009).

Da mesma forma que as diferentes substâncias psicoactivas produzem efeitos diferentes, também é de esperar que estas sejam consumidas por diferentes razões. Assim, segundo a Hipótese de Auto-medicação (Khantzian, 1997; 2003), a condição psicológica do consumidor irá conduzir à escolha da sua droga de eleição, uma vez que o indivíduo escolhe a substância psicoactiva mais apropriada para o alívio do seu estado psicológico angustiante, ajudando-o desta forma a atingir uma estabilidade emocional. Entende-se, desta forma, que a escolha da droga de eleição não é feita ao acaso, sendo antes o resultado da interacção entre as propriedades farmacológicas da substância e a situação emocional do indivíduo, que lhe produz sofrimento psicológico e que este procura ver resolvida.

Na Hipótese de Auto-medicação, Khantzian (1997; 2003) faz referência a duas substâncias psicoactivas que podem ter efeitos sob determinadas características psicopatológicas que o indivíduo dependente manifeste, são elas a cocaína e a heroína.

Tendo em conta que a cocaína é uma substância estimulante, esta é geralmente utilizada para aumentar a energia, a sensação de euforia, a auto-confiança e a auto-estima, e ainda para melhorar as capacidades físicas e mentais do indivíduo e diminuir a fadiga. É portanto consumida preferencialmente por indivíduos que experienciam estados depressivos, para desta forma regular o seu vazio interior (Khantzian, 1997; 2003).

Por outro lado, a heroína funciona como um analgésico, reduzindo a percepção e reacção à dor. Esta substância é preferencialmente consumida por indivíduos com dificuldades em controlar os seus comportamentos agressivos e de raiva, que manifestam regularmente sentimentos negativos face os e que apresentam uma postura muito auto-crítica (Khantzian, 1997; 2003). Desta forma, as emoções dolorosas conduzem geralmente a sentimentos de raiva e fúria, sendo que o consumo de heroína é visto como uma protecção face à realização destes impulsos destrutivos (Blatt, McDonald, Sugarman & Wilber, 1984; cit in Khantzian, 1997; 2003).

### **3.2. Dificuldades de Regulação Emocional na Toxicodependência**

Para além do que já foi referido, a Hipótese de Auto-medicação (Khantzian, 1997; 2003) funciona como forma de explicação das dificuldades de regulação emocional presentes em indivíduos dependentes de substâncias.

A Regulação Emocional é o modo como o ser humano controla a experiência e expressão das suas emoções perante circunstâncias angustiantes, através do emprego de diversos tipos de estratégias. Contudo, existem indivíduos que não conseguem, por si próprios, executar estratégias de regulação emocional perante situações que induzam algum tipo de *stress* ou sofrimento psicológico, desenvolvendo, desta forma, dificuldades de regulação emocional. Estes indivíduos têm tendência a desviar a sua atenção na procura de objectivos mais imediatos, ocorrendo por vezes uma perda de controlo dos impulsos, que, na toxicodependência, se constitui como a procura e consumo de uma substância (Gross, 2002).

Segundo um estudo realizado por Gratz e Roemer (2004), e como foi já supracitado, existem seis dimensões essenciais de avaliação de dificuldades de regulação emocional, as quais podem estar profundamente relacionadas com o início do consumo de substâncias psicoactivas pelo indivíduo toxicodependente. Características como a impulsividade, a incapacidade de controlo dos comportamentos, nomeadamente comportamentos de cariz agressivo, e a baixa tolerância à frustração são frequentemente associadas ao consumidor de substâncias psicoactivas, sugerindo, desta forma, uma

provável existência de dificuldades de controlo dos impulsos e no envolvimento em comportamentos orientados para objectivos, perante emoções desadaptativas ou que o toxicodependente entenda como geradoras de intenso stress psicológico.

Como já foi referido, o consumo de substâncias psicoactivas pode ser encarado como uma tentativa por parte do indivíduo consumidor de aliviar, diminuir ou suprimir a expressão de emoções geradoras de stress ou sofrimento psicológico, ocorrendo desta forma, uma não-aceitação da resposta emocional. A supressão emocional é uma estratégia de regulação emocional que consiste na repetição de tentativas de redução ou eliminação do comportamento de expressão emocional. Contudo, esta estratégia de regulação emocional acarreta consequências cognitivas negativas, na medida em que *“cria um sentimento de discrepância entre o que foi experienciado e o que o indivíduo mostra aos outros, conduzindo a emoções negativas acerca de si próprio, aumentando a alienação do indivíduo perante os outros e impedindo o desenvolvimento de relações emocionalmente próximas”* (Machado Vaz, 2009). A utilização da supressão emocional pode ter ainda consequências negativas a nível social, uma vez que ao diminuir a expressão emocional, o indivíduo impede a partilha das suas emoções, culminando, consequentemente, num baixo suporte e responsividade social.

Alguns estudos revelaram também a existência de uma importante relação entre a capacidade de regulação dos estados emocionais e a dependência de substâncias, na medida em que uma pobre regulação dos afectos, estados de humor negativos, nomeadamente a depressão, a ansiedade e a raiva, mecanismos de defesa e estratégias de *coping* imaturas, têm sido identificados como factores de risco para o abuso de substâncias psicoactivas (Cooper, Frone, Russell, & Mudar, 1995; Cooper, Russell, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; Thorberg & Lyvers, 2005; Childress et al., 1994; Colder & Chassin, 1997; Tarter et al., 1999; Tarter, Blackson, Brigham, Moss, & Caprara, 1995; Eftekhari, Turner, & Larimer, 2004 cit in Suh et al., 2008).

Thorberg e Lyvers (2005) descobriram ainda que a relação entre as dificuldades de regulação emocional e a dependência de substâncias não dependem dos efeitos residuais ou da síndrome de abstinência da substância, uma vez que comprovaram que, mesmo por um período extenso de abstinência, se continuam a verificar dificuldades na regulação das emoções.

## Capítulo IV – Método

### 4.1. Objectivos

Recentemente tem-se vindo a observar um alargado número de investigações na área dos processos emocionais, sendo a capacidade de regulação emocional uma das principais fontes de pesquisa internacional (Gross, 2007). A nível nacional, apesar de ser ainda escassa a investigação neste domínio, pode-se salientar o recente estudo de Machado Vaz (2009) sobre diferenciação e regulação emocional na idade adulta, bem como a adaptação de uma escala de avaliação de dificuldades de regulação emocional, a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (Gratz & Roemer, 2004), para a população portuguesa (Machado Vaz, Vasco Branco & Greenberg, 2010). Verificamos, contudo, a escassa existência de estudos que abordem a área da Regulação Emocional no domínio da toxicoddependência.

Desta forma, esta investigação pretende proporcionar uma maior e mais aprofundada compreensão sobre este tema, na medida em que se presta a estudar se a existência de dificuldades de regulação emocional poderá estar associado ao fenómeno da toxicoddependência. Propusemo-nos também a avaliar de que forma a presença de sintomatologia psicopatológica e indicadores como a escolha da substância psicoactiva de eleição poderão estar relacionados com as dificuldades de regulação emocional na população toxicoddependente. Para o efeito, definimos as seguintes hipóteses:

1. A população toxicoddependente apresenta mais dificuldades de regulação emocional quando comparada com indivíduos sem história de consumo de substâncias ilícitas;
2. A população toxicoddependente apresenta níveis mais altos de sintomatologia psicopatológica quando comparada com indivíduos sem história de consumo de substâncias ilícitas;
3. As dificuldades de regulação emocional verificadas estão relacionadas com a presença de sintomatologia psicopatológica;
4. A existência de sintomatologia psicopatológica está relacionada com a escolha da droga de eleição.

## 4.2. Participantes

A amostra total deste estudo é constituída por 80 indivíduos do sexo masculino, divididos por dois grupos, um Grupo de Toxicodependentes e um Grupo de Comparação.

O Grupo de Toxicodependentes é composto por 40 indivíduos que se encontravam a realizar tratamento em Programa de Substituição Opióide com Metadona, no CRI Porto Ocidental, ET Ocidental. A duração do tratamento da amostra seleccionada varia entre 1 mês e 20 anos. Através da análise dos resultados do CAGE-AID, um pequeno questionário que serve de indicador de um provável consumo excessivo de substâncias psicoactivas, pôde-se concluir que todos os participantes do Grupo de Toxicodependentes, à excepção de um, apresentam pontuações que sugerem a existência de uma dependência de substâncias severa. Relativamente à história de consumo de substâncias psicoactivas, todos os participantes referiram já ter consumido Heroína e Cocaína, sendo que a idade de início de consumo de Heroína varia entre os 13 e os 33 anos ( $M = 19,48$ ;  $DP = 4,84$ ) e no caso da Cocaína, a idade de início de consumo varia entre os 14 e os 40 anos ( $M = 20,62$ ;  $DP = 5,43$ ). Os indivíduos deste grupo têm idades compreendidas entre os 21 e os 56 anos ( $M = 40,83$ ;  $DP = 9,59$ ).

Relativamente ao Grupo de Comparação, foram seleccionados 40 indivíduos sem história de consumo de substâncias ilícitas, sendo a amostra constituída por Encarregados de Educação e familiares significativos do sexo masculino de alunos provenientes de duas turmas de uma Escola Secundária da região do Grande Porto. As idades dos participantes do Grupo de Comparação estão compreendidas entre os 23 e os 56 anos ( $M = 42,55$ ;  $DP = 10,49$ ).

Foi tido o cuidado de recolher uma amostra com características semelhantes entre os dois grupos, nomeadamente no que diz respeito à idade. Para o efeito, realizaram-se os devidos testes de comparação referentes a esta variável, tendo-se concluído que não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à idade dos participantes:  $t(78) = -0,77$ ;  $p = 0,45$ .

**Tabela 1:** Características sócio demográficas do Grupo de Toxicodependentes e do Grupo de Comparação.

		N (%)	
		Grupo de Toxicodependentes	Grupo de Comparação
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	23 (57,5%)	30 (75%)
	Casado/União de Facto	9 (22,5%)	8 (20%)
	Divorciado/Separado	8 (20%)	2 (5%)
<b>Habilitações Literárias</b>	1º Ciclo	9 (22,5%)	1 (2,5%)
	2º Ciclo	9 (22,5%)	6 (15%)
	3º Ciclo	10 (25%)	9 (22,5%)
	Secundário ou Equivalente	9 (22,5%)	23 (57,5%)
	Ensino Superior	2 (5%)	1 (2,5%)
	Curso Técnico	1 (2,5%)	-
<b>Situação Profissional</b>	Estudante	1 (2,5%)	3 (7,5%)
	Trabalho estável/regular	12 (30%)	31 (77,5%)
	Trabalho Ocasional	1 (2,5%)	1 (2,5%)
	Desempregado	22 (55%)	4 (10%)
	Reformado	4 (10%)	1 (2,5%)
<b>Coabitação</b>	Familiares (pais/irmãos)	18 (45%)	9 (22,5%)
	Cônjuge e/ou filhos	11 (27,5%)	30 (75%)
	Sozinho	7 (17,5%)	1 (2,5%)
	Centro de Abrigo	4 (10%)	-

### 4.3. Instrumentos

**Questionário Sócio-demográfico**<sup>1</sup>: foi utilizado com o intuito de recolher os dados de identificação indispensáveis dos participantes, como a idade, estado civil, coabitação, habilitações literárias e situação profissional dos participantes. Os questionários relativos ao Grupo de Toxicodependentes incluíam ainda dados sobre o consumo de substâncias psicoactivas, informação sobre o tipo de tratamento que o participante se encontra a realizar e ainda a aspectos relacionados com comportamentos de risco e existência de doenças infecto-contagiosas.

**CAGE-AID** (*Cutdown, Annoyed, Guilt, Eyeopener – Questionnaire Adapted to include Drugs*, Bown & Rounds, 1995): é um pequeno questionário de quatro perguntas que fornece informação sobre a severidade da dependência ao álcool ou a outras substâncias psicoactivas. A cada afirmação positiva atribui-se 1 ponto, indicando desta forma um possível problema. Uma pontuação de 2 ou mais pontos corresponde a uma provável dependência de substâncias.

**BSI**<sup>2</sup> (*Brief Symptom Inventory*, Derogatis, 1993; adaptado para a população portuguesa por Canavarro, 1995): fornece uma avaliação dos sintomas psicopatológicos do sujeito com base em nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo) e três índices de pontuação geral (Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos, Total de Sintomas Positivos).

O questionário é uma versão mais curta do SCL-90-R (*Symptom Check-list*, Derogatis, 1977), sendo composto por 53 itens e está classificado numa escala de *Lickert*, tendo o indivíduo de responder a uma lista de problemas e queixas, avaliando até que ponto se sentiu afectado por cada um dos sintomas durante a última semana. As respostas aos itens podem ser: 0 - “Nada”, 1 - “Poucas Vezes”, 2 - “Algumas Vezes”, 3 - “Muitas Vezes” e 4 - “Muitíssimas Vezes”.

---

<sup>1</sup> Ver Anexo 1

<sup>2</sup> Ver Anexo 2

O BSI apresenta uma boa consistência interna nas subescalas do questionário, com os valores de alfa de Cronbach a variar entre 0,621 e 0,797, exibindo também correlações de Spearman estatisticamente significativas entre as nove dimensões de sintomatologia e os três índices globais do inventário.

**Escala de Dificuldades de Regulação Emocional**<sup>3</sup> (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, Gratz, K. & Roemer, L., 2004; adaptado para a população portuguesa por Machado Vaz, F., Branco Vasco, A. & Greenberg, L., 2010): tem como objectivo avaliar as dificuldades nas diversas dimensões representativas da regulação emocional: 1) não-aceitação da resposta emocional; 2) dificuldades no envolvimento em comportamentos orientados para objectivos na ocorrência de emoções desadaptativas; 3) dificuldades de controlo de impulsos durante a activação de emoções desadaptativas; 4) dificuldades em ter consciência da resposta emocional; 5) acesso limitado a estratégias de regulação emocional; 6) dificuldades na clareza da resposta emocional.

A EDRE é composta por 36 itens, aos quais o participante tem de indicar com que frequência cada uma das afirmações se aplicam a ele próprio. Os itens são cotados numa escala de *Lickert*, sendo que as resposta variam entre 1 e 5 valores, no qual o 1 corresponde a “*Quase nunca*”, 2 a “*Algumas vezes*”, 3 a “*Cerca de metade do tempo*”, 4 a “*A maioria do tempo*” e 5 a “*Quase sempre*”.

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional apresenta uma alta consistência interna em todas as subescalas, com valores de alfa de Cronbach a variar entre 0,80 e 0,89. As seis dimensões da escala encontram-se ainda estatisticamente correlacionadas entre si.

---

<sup>3</sup> Ver Anexo 3

#### **4.4. Procedimento**

Em Janeiro de 2010 foi obtido o consentimento para a realização da investigação no CRI Porto Ocidental, ET Ocidental. Foi inicialmente seleccionada a amostrado Grupo de Toxicodependentes, que seria constituída por indivíduos do sexo masculino em Tratamento de Substituição Opióide no CRI Porto Ocidental, ET Ocidental. A administração dos instrumentos foi realizada pela investigadora, demorando cerca de 20 minutos a sua aplicação completa. O participante teria de responder inicialmente a um questionário sócio demográfico, que incluía informações pessoais e dados de consumo de substâncias psicoactivas, preenchendo posteriormente os restantes instrumentos de avaliação que incluíam o CAGE-AID, o BSI e a EDRE.

Procedeu-se posteriormente à selecção do Grupo de Comparação, que seria composto por indivíduos do sexo masculino, sem história de consumo de substâncias ilícitas, tendo o cuidado de recolher uma amostra com distribuição equivalente relativamente à idade comparativamente com o Grupo de Toxicodependentes. Os instrumentos de avaliação utilizados neste grupo foram o questionário sócio demográfico, o BSI e a EDRE.

Antes da aplicação dos instrumentos de avaliação escolhidos, foi explicado a todos os participantes o objectivo do estudo, mencionado o carácter voluntário da participação, bem como foi dada a garantia de confidencialidade da informação recolhida.

Finalmente realizou-se a análise quantitativa dos dados recolhidos através do programa *PASW Statistics 18*, recorrendo-se à análise descritiva dos resultados (Médias, Frequências) e a correlações e comparações de médias das diversas variáveis que se pretendia estudar.

## Capítulo V – Resultados

Tal como já foi referido anteriormente, pretende-se com este estudo uma análise aprofundada relativamente às prováveis dificuldades de regulação emocional verificadas em indivíduos com dependência de substâncias psicoactivas, e a sua possível relação com a existência de sintomatologia psicopatológica nesta população e a escolha da droga de eleição. Desta forma, através da análise dos diferentes instrumentos utilizados neste estudo, obtiveram-se os resultados que são seguidamente apresentados.

### 5.1. Dificuldades de Regulação Emocional

Através da análise dos valores normativos relativamente às seis dimensões da EDRE<sup>4</sup> (**não-aceitação** da resposta emocional; dificuldades no envolvimento em comportamentos orientados para **objectivos**, na ocorrência de emoções desadaptativas; dificuldades de controlo de **impulsos** durante a activação de emoções desadaptativas; dificuldades em ter **consciência** da resposta emocional; acesso limitado a **estratégias** de regulação emocional; dificuldades na **clareza** da resposta emocional) e à pontuação total da escala, pode-se concluir que o Grupo de Toxicodependentes apresenta resultados estatisticamente superiores na pontuação total ( $t(39) = 3,53$ ;  $p = 0,001$ ) e nas três seguintes dimensões da escala: dificuldades de controlo de impulsos durante a activação de emoções desadaptativas ( $t(39) = 3,29$ ;  $p = 0,000$ ), dificuldades em ter consciência da resposta emocional ( $t(39) = 4,55$ ;  $p = 0,000$ ) e acesso limitado a estratégias de regulação emocional ( $t(39) = 3,60$ ;  $p = 0,001$ ).

Por outro lado, verifica-se que o Grupo de Comparação, apresenta resultados estatisticamente inferiores na pontuação total e em todas as dimensões da EDRE, à excepção da dimensão dificuldades em ter consciência da resposta emocional ( $t(39) = -2,00$ ;  $p = 0,052$ ), quando comparados com os valores normativos da escala.

---

<sup>4</sup> Os termos identificados a negrito referem-se às palavras-chave de cada uma das seis dimensões da EDRE

**Tabela 2:** Comparação dos valores normativos da EDRE com os resultados obtidos no Grupo de Toxicodependentes.

	Valores Normativos da EDRE		Grupo de Toxicodependentes		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
<b>Não-aceitação</b>	11,55	4,20	11,90	4,82	0,46	39	0,649
<b>Objectivos</b>	14,34	5,16	14,076	4,33	-0,39	39	0,701
<b>Impulsos</b>	11,55	4,59	15,60	6,54	3,92	39	<b>0,000</b>
<b>Consciência</b>	16,26	4,61	20,68	6,14	4,55	39	<b>0,000</b>
<b>Estratégias</b>	16,23	6,26	20,05	6,71	3,60	39	<b>0,001</b>
<b>Clareza</b>	10,74	3,67	10,98	3,16	0,47	39	0,641
<b>TOTAL</b>	80,66	18,79	93,28	22,63	3,53	39	<b>0,001</b>

Constatou-se ainda que, quando comparado com a amostra do Grupo de Comparação, a população toxicodependente apresenta resultados significativamente superiores nas seis dimensões da escala, bem como na pontuação total da mesma ( $p < 0,05$ ). Pode-se desta forma afirmar que o Grupo de Toxicodependentes apresenta mais dificuldades de regulação emocional comparativamente com o Grupo de Comparação.

**Tabela 3:** Comparação dos resultados da EDRE obtidos no Grupo de Toxicodependentes e no Grupo de Comparação.

	Grupo de Toxicodependentes		Grupo de Comparação		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
<b>Não-aceitação</b>	11,90	4,82	6,90	2,17	5,98	54,16	<b>0,000</b>
<b>Objectivos</b>	14,076	4,33	6,48	1,15	10,73	44,52	<b>0,000</b>
<b>Impulsos</b>	15,60	6,54	7,93	2,18	7,05	47,55	<b>0,000</b>
<b>Consciência</b>	20,68	6,14	15,23	3,27	4,95	59,47	<b>0,000</b>
<b>Estratégias</b>	20,05	6,71	11,80	1,96	7,46	45,63	<b>0,000</b>
<b>Clareza</b>	10,98	3,16	7,00	1,36	7,31	52,96	<b>0,000</b>
<b>TOTAL</b>	93,28	22,63	55,33	8,37	9,95	49,48	<b>0,000</b>

## 5.2. Sintomatologia Psicopatológica

Os valores normativos do BSI permitem discriminar os resultados entre pontuações obtidas pela população geral e pontuações de indivíduos com perturbações mentais.

A partir da análise do BSI pode-se concluir que o Grupo de Toxicodependentes apresenta resultados estatisticamente superiores aos demonstrados nos valores normativos do questionário, no que diz respeito à população geral, nas subescalas Sensibilidades Interpessoal ( $t(39) = 2,43$ ;  $p = 0,020$ ), Depressão ( $t(39) = 3,24$ ;  $p = 0,002$ ), Psicoticismo ( $t(39) = 2,51$ ;  $p = 0,017$ ), Hostilidade ( $t(39) = 5,53$ ;  $p = 0,000$ ) e Ideação Paranóide ( $t(39) = 5,25$ ;  $p = 0,000$ ). Relativamente aos Índices de pontuações gerais, observa-se que apenas o Índice Global de Sintomas ( $t(39) = 3,30$ ;  $p = 0,002$ ) e o Índice de Sintomas Positivos ( $t(39) = 5,32$ ;  $p = 0,000$ ) apresentam resultados estatisticamente superiores para o Grupo de Toxicodependentes.

**Tabela 4:** Comparação dos valores normativos do BSI, relativamente à população geral, com os resultados obtidos pelo Grupo de Toxicodependentes.

	População Geral		Grupo de Toxicodependentes		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Somatização	0,57	0,92	0,64	0,67	0,65	39	0,518
Obsessões-Compulsões	1,29	0,88	1,05	0,68	-2,23	39	<b>0,032</b>
Sensibilidade Interpessoal	0,96	0,73	1,34	0,95	2,43	39	<b>0,020</b>
Depressão	0,90	0,72	1,38	0,95	3,24	39	<b>0,002</b>
Ansiedade	0,94	0,77	1,03	0,56	1,06	39	0,296
Hostilidade	0,89	0,78	1,60	0,81	5,53	39	<b>0,000</b>
Ansiedade Fóbica	0,42	0,66	0,35	0,54	-0,82	39	0,420
Ideação Paranóide	1,06	0,79	1,93	1,05	5,25	39	<b>0,000</b>
Psicoticismo	0,67	0,61	0,96	0,72	2,51	39	<b>0,017</b>
IGS	0,84	0,48	1,15	0,59	3,30	39	<b>0,002</b>
TSP	26,99	11,72	29,90	10,88	1,69	39	0,099
ISP	1,56	0,39	1,95	0,46	5,32	39	<b>0,000</b>

Da análise dos resultados da BSI podemos ainda concluir que, quando comparado com a amostra do Grupo de Comparação, a população toxicodependente apresenta resultados estatisticamente superiores em todas as dimensões do questionário, à excepção da dimensão Ansiedade Fóbica ( $t(50,56) = 1,85$ ;  $p = 0,071$ ), onde não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Relativamente aos Índices de pontuação do BSI, verifica-se uma vez mais que o grupo de toxicodependentes apresenta resultados significativamente superiores nos três Índices Globais, quando comparado com o grupo de comparação ( $p < 0,05$ ). Podemos então concluir que, relativamente à amostra do Grupo de Comparação, a população toxicodependente apresenta mais queixas sintomáticas e maior intensidade das mesmas.

**Tabela 6:** Comparação dos resultados do BSI obtidos no Grupo de Toxicodependentes e no Grupo de Comparação.

	Grupo de Toxicodependentes		Grupo de Comparação		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
<b>Somatização</b>	0,64	0,67	0,26	0,28	3,25	76,18	<b>0,002</b>
<b>Obsessões-Compulsões</b>	1,05	0,68	0,58	0,34	3,89	56,90	<b>0,000</b>
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	1,34	0,95	0,36	0,25	6,19	44,49	<b>0,000</b>
<b>Depressão</b>	1,38	0,95	0,40	0,31	6,19	47,30	<b>0,000</b>
<b>Ansiedade</b>	1,03	0,56	0,41	0,26	6,42	55,35	<b>0,000</b>
<b>Hostilidade</b>	1,60	0,81	0,62	0,40	6,87	57,18	<b>0,000</b>
<b>Ansiedade Fóbica</b>	0,35	0,54	0,18	0,21	1,85	50,56	0,071
<b>Ideação Paranóide</b>	1,93	1,05	0,69	0,47	6,83	53,95	<b>0,000</b>
<b>Psicoticismo</b>	0,96	0,72	0,22	0,25	6,13	48,55	<b>0,000</b>
<b>IGS</b>	1,15	0,59	0,41	0,22	7,44	50,22	<b>0,000</b>
<b>TSP</b>	29,90	10,88	17,75	9,31	5,37	78	<b>0,000</b>
<b>ISP</b>	1,95	0,46	1,19	0,14	9,90	46,25	<b>0,000</b>

### 5.3. Dificuldades de Regulação Emocional e Sintomatologia Psicopatológica

Tendo em conta a amostra total do estudo, verifica-se que existe uma forte correlação entre todas as dimensões da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e as subescalas e índices globais de pontuação do BSI. Observa-se, no entanto, uma excepção relativamente à dimensão 3 da EDRE (Dificuldade de controlo dos impulsos durante a activação de emoções desadaptativas) e a subescala do BSI referente à Ansiedade Fóbica ( $r = 0,16$ ;  $p = 0,152$ ).

**Tabela 7:** Correlação entre as seis dimensões da EDRE e as subescalas<sup>5</sup> e índices do BSI, na amostra total.

	Não-aceitação		Objectivos		Impulsos		Consciência		Estratégias		Clareza	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>SOM</b>	0,40	<b>0,000</b>	0,46	<b>0,000</b>	0,33	<b>0,003</b>	0,31	<b>0,006</b>	0,52	<b>0,000</b>	0,47	<b>0,000</b>
<b>OC</b>	0,46	<b>0,000</b>	0,51	<b>0,000</b>	0,33	<b>0,003</b>	0,48	<b>0,000</b>	0,60	<b>0,000</b>	0,54	<b>0,000</b>
<b>SI</b>	0,63	<b>0,000</b>	0,64	<b>0,000</b>	0,49	<b>0,000</b>	0,44	<b>0,000</b>	0,73	<b>0,000</b>	0,56	<b>0,000</b>
<b>DEP</b>	0,64	<b>0,000</b>	0,60	<b>0,000</b>	0,48	<b>0,000</b>	0,46	<b>0,000</b>	0,72	<b>0,000</b>	0,60	<b>0,000</b>
<b>ANS</b>	0,50	<b>0,000</b>	0,70	<b>0,000</b>	0,46	<b>0,000</b>	0,39	<b>0,000</b>	0,71	<b>0,000</b>	0,59	<b>0,000</b>
<b>HOST</b>	0,47	<b>0,000</b>	0,53	<b>0,000</b>	0,65	<b>0,000</b>	0,42	<b>0,000</b>	0,51	<b>0,000</b>	0,47	<b>0,000</b>
<b>AF</b>	0,36	<b>0,001</b>	0,40	<b>0,000</b>	0,16	0,152	0,24	<b>0,035</b>	0,52	<b>0,000</b>	0,43	<b>0,000</b>
<b>IP</b>	0,57	<b>0,000</b>	0,61	<b>0,000</b>	0,61	<b>0,000</b>	0,52	<b>0,000</b>	0,67	<b>0,000</b>	0,54	<b>0,000</b>
<b>PSIC</b>	0,56	<b>0,000</b>	0,62	<b>0,000</b>	0,45	<b>0,000</b>	0,53	<b>0,000</b>	0,65	<b>0,000</b>	0,64	<b>0,000</b>
<b>IGS</b>	0,64	<b>0,000</b>	0,70	<b>0,000</b>	0,55	<b>0,000</b>	0,52	<b>0,000</b>	0,77	<b>0,000</b>	0,66	<b>0,000</b>
<b>TSP</b>	0,51	<b>0,000</b>	0,57	<b>0,000</b>	0,40	<b>0,000</b>	0,41	<b>0,000</b>	0,63	<b>0,000</b>	0,56	<b>0,000</b>
<b>ISP</b>	0,60	<b>0,000</b>	0,68	<b>0,000</b>	0,65	<b>0,000</b>	0,59	<b>0,000</b>	0,71	<b>0,000</b>	0,67	<b>0,000</b>

<sup>5</sup> Subescalas do BSI: Somatização (SOM), Obsessões-compulsões (OC), Sensibilidade Interpessoal (SI), Depressão (DEP), Ansiedade (ANS), Hostilidade (HOST), Ansiedade Fóbica (AF), Ideação Paranóide (IP) e Psicoticismo (PSIC).

Ainda relativamente à possível correlação existente entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia psicopatológica no grupo de toxicodependentes, constatou-se que existe uma elevada correlação entre o resultado total da EDRE e cada uma das subescalas e índices do BSI, sugerindo a existência de uma forte relação entre estas duas variáveis.

No que concerne aos índices de pontuação globais do BSI, pode-se observar uma forte correlação entre estes três resultados relativamente às dimensões 1 (Não-aceitação da resposta emocional), 5 (Acesso limitado a estratégias de regulação emocional) e 6 (Dificuldades na clareza da resposta emocional) da EDRE. Por fim, ao analisar as correlações entre as seis dimensões da EDRE e as subescalas do BSI neste grupo, podemos concluir que:

- A dimensão 1 da EDRE (Não-aceitação da resposta emocional) encontra-se correlacionada com as seguintes subescalas do BSI: Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo;
- A dimensão da 2 EDRE (Dificuldades no envolvimento em comportamentos orientados para objectivos, na ocorrência de emoções desadaptativas) encontra-se correlacionada com as seguintes subescalas do BSI: Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo;
- A dimensão 3 da EDRE (Dificuldade de controlo de impulsos durante a activação de emoções desadaptativas) encontra-se correlacionada com as seguintes subescalas do BSI: Hostilidade e Ideação Paranóide;
- A dimensão 4 da EDRE (Dificuldades em ter consciência da resposta emocional) encontra-se correlacionada com as seguintes subescalas do BSI: Obsessões-compulsões, Ideação Paranóide e Psicoticismo;
- A dimensão 5 da EDRE (Acesso limitado a estratégias de regulação emocional) encontra-se correlacionada com as seguintes subescalas do BSI: Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo;
- A dimensão 6 da EDRE (Dificuldades na clareza da resposta emocional) encontra-se correlacionada com as seguintes subescalas do BSI: Somatização,

Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo.

**Tabela 8:** Correlação entre as seis dimensões da EDRE e as subescalas e índices do BSI, no Grupo de Toxicodependentes.

	Não-aceitação		Objectivos		Impulsos		Consciência		Estratégias		Clareza	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>SOM</b>	0,31	0,053	0,36	<b>0,023</b>	0,14	0,378	0,17	0,305	0,46	<b>0,003</b>	0,33	<b>0,038</b>
<b>OC</b>	0,41	<b>0,009</b>	0,40	<b>0,010</b>	0,14	0,389	0,36	<b>0,022</b>	0,56	<b>0,000</b>	0,42	<b>0,007</b>
<b>SI</b>	0,52	<b>0,001</b>	0,41	<b>0,009</b>	0,21	0,186	0,23	0,147	0,62	<b>0,000</b>	0,32	<b>0,047</b>
<b>DEP</b>	0,54	<b>0,000</b>	0,32	<b>0,043</b>	0,20	0,215	0,30	0,082	0,59	<b>0,000</b>	0,39	<b>0,012</b>
<b>ANS</b>	0,27	0,090	0,54	<b>0,000</b>	0,12	0,466	0,11	0,512	0,57	<b>0,000</b>	0,31	0,055
<b>HOST</b>	0,25	0,117	0,16	0,340	0,49	<b>0,001</b>	0,17	0,298	0,22	0,172	0,06	0,695
<b>AF</b>	0,36	<b>0,021</b>	0,43	<b>0,005</b>	0,04	0,811	0,14	0,406	0,58	<b>0,000</b>	0,39	<b>0,014</b>
<b>IP</b>	0,38	<b>0,017</b>	0,30	0,057	0,40	<b>0,011</b>	0,40	<b>0,011</b>	0,49	<b>0,001</b>	0,25	0,124
<b>PSIC</b>	0,39	<b>0,012</b>	0,37	<b>0,021</b>	0,14	0,374	0,35	<b>0,027</b>	0,48	<b>0,002</b>	0,43	<b>0,006</b>
<b>IGS</b>	0,51	<b>0,001</b>	0,46	<b>0,003</b>	0,26	0,101	0,32	<b>0,042</b>	0,67	<b>0,000</b>	0,41	<b>0,008</b>
<b>TSP</b>	0,44	<b>0,005</b>	0,44	<b>0,004</b>	0,12	0,452	0,20	0,216	0,58	<b>0,000</b>	0,32	<b>0,045</b>
<b>ISP</b>	0,41	<b>0,009</b>	0,29	0,072	0,40	<b>0,011</b>	0,44	<b>0,005</b>	0,51	<b>0,001</b>	0,41	<b>0,009</b>

#### 5.4. Sintomatologia Psicopatológica e Droga de Eleição

Relativamente à droga de eleição, dos 40 indivíduos que fazem parte do grupo experimental, 21 elegeram o consumo simultâneo de Heroína e Cocaína como principal escolha (52,5%) e os restantes o consumo individual de Heroína (N = 19, 47,5%).

Relativamente à associação entre a escolha da droga de eleição e das dimensões da BSI, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas no que diz

respeito à possível associação entre os sintomas psicopatológicos presentes na população toxicodependente e a escolha da substância psicoactiva de eleição de cada participante ( $p > 0,05$ ). Assim, podemos concluir que a escolha da droga de eleição (Heroína ou Heroína e Cocaína) não está relacionada com nenhum tipo de sintomatologia psicopatológica.

**Tabela 8:** Relação entre Sintomatologia Psicopatológica e Droga de Eleição

	Heroína		Heroína e Cocaína		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Somatização	0,69	0,65	0,59	0,70	0,47	38	0,645
Obsessões-Compulsões	1,25	0,77	0,87	0,54	1,86	38	0,070
Sensibilidade Interpessoal	1,45	1,01	1,21	0,90	0,77	38	0,446
Depressão	1,43	0,92	1,33	0,99	0,34	38	0,733
Ansiedade	1,10	0,56	0,98	0,57	0,68	38	0,503
Hostilidade	1,54	0,77	1,66	0,86	- 0,46	38	0,646
Ansiedade Fóbica	0,28	0,43	0,41	0,63	- 0,72	38	0,473
Ideação Paranóide	1,99	1,11	1,88	1,01	0,34	38	0,738
Psicoticismo	1,04	0,59	0,88	0,82	0,72	38	0,474

## **Capítulo VI – Discussão dos Resultados**

Os resultados obtidos a partir da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional foram analisados de duas maneiras distintas, através da comparação destes com os valores normativos da escala (Gratz & Roemer, 2004) e ainda através da comparação dos dois grupos seleccionados para o estudo e permitem-nos confirmar a hipótese que referia que a população toxicodependente apresenta mais dificuldades de regulação emocional quando comparada com indivíduos sem história de consumo de substâncias ilícitas.

Tendo em conta os valores normativos da EDRE (Gratz & Roemer, 2004), verifica-se que os resultados obtidos no Grupo de Toxicodependentes são significativamente superiores na pontuação total e nas dimensões 3 (dificuldade no controlo de impulsos durante a activação de emoções desadaptativas), 4 (dificuldade em ter consciência da resposta emocional) e 5 (acesso limitado a estratégias de regulação emocional) da escala. Desta forma, pode-se constatar que os toxicodependentes manifestam crenças relativas à sua própria incapacidade de regulação das emoções negativas e dificuldades de controlo dos seus comportamentos ao experienciar emoções desadaptativas e em perceber e reconhecer as suas emoções (Gratz & Roemer, 2004), podendo estas dificuldades ser entendidas como factores precipitantes para o início de consumo de

substâncias psicoactivas, uma vez que, a «droga» é sentida inicialmente como fonte de prazer e de alívio da dor psicológica do indivíduo. Segundo Morel, Hervé e Fontaine (1997), o indivíduo dependente de substâncias psicoactivas inicia o consumo deste tipo de substâncias pelo facto de encontrar inicialmente no produto uma gratificação rápida e imediata, dotada de um poder de reforço imediato, culminando desta forma no hábito.

De facto, segundo Gross (2002), a existência de estratégias de regulação emocional imaturas, ou um acesso limitado a estas, poderão desencadear no indivíduo uma tendência para desviar a sua atenção em busca de objectivos de mais fácil e imediato acesso e que, como no caso das substâncias psicoactivas, aliviam, inicialmente o seu sofrimento emocional.

Relativamente à comparação dos dois grupos envolvidos neste estudo, pode-se constatar que o Grupo de Toxicodependentes apresenta resultados muito superiores aos obtidos pelo Grupo de Comparação em todas as dimensões e pontuação total da EDRE. Apesar de estes resultados estarem de acordo com a pesquisa bibliográfica, que refere que há mais probabilidades de existir uma ausência ou dificuldades em aceder a mecanismos e estratégias de regulação emocional em indivíduos com dependência de substâncias (Suh et al., 2008), deparamo-nos com resultados, relativamente ao Grupo de Comparação, bastante inesperados, na medida em que se encontram muito abaixo dos valores normativos (Gratz & Roemer, 2004), uma limitação que se poderá dever ao facto de estarmos perante uma amostra pequena.

Assim, pode-se desta forma concluir que a população toxicodependente apresenta mais dificuldades em todas as dimensões de avaliação da regulação emocional, relativamente à população não consumidora de substâncias psicoactivas, o que se reflecte nas constatações de Thorberg e Lyvers (2006), que referiram que mecanismos inadequados de regulação emocional podem estar na base dos comportamentos aditivos.

Relativamente aos resultados do *Brief Symptom Inventory* (BSI), foi realizada a análise tendo em conta a comparação da existência de sintomatologia psicopatológica entre os dois grupos seleccionados para o estudo, e entre o Grupo de Toxicodependentes e os valores de referência do questionário para a população portuguesa (Cannavarro, S/D), tendo sido possível, desta forma, corroborar a hipótese inicial que referia que a população toxicodependente apresenta níveis mais altos de sintomatologia

psicopatológica quando comparada com indivíduos sem história de consumo de substâncias ilícitas.

Face aos resultados obtidos pela população geral, concluiu-se que o Grupo de Toxicodependentes apresenta resultados superiores nas subescalas do BSI referentes à Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Hostilidade, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Assim, tendo em conta os valores de referência para a população geral, pode-se afirmar que o Grupo de Toxicodependentes apresenta, com mais frequência e mais intensidade, sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade (Sensibilidade Interpessoal), sintomas depressivos, como afecto e humor disfórico (Depressão), pensamentos, emoções e comportamentos agressivos (Hostilidade), pensamentos de suspeição, egocentrismo e delírios (Ideação Paranóide), alucinações e controlo do pensamento (Psicoticismo) (Cannavarro, S/D).

Relativamente à comparação dos valores do BSI entre os dois grupos do presente estudo, pode-se constatar a existência de resultados muito superiores de sintomatologia psicopatológica na população toxicodependente quando comparado com o Grupo de Comparação, em todas as dimensões avaliadas por este questionário, à excepção da dimensão referente à Ansiedade Fóbica. Estes resultados podem ser atribuídos ao facto de, tal como é referido na pesquisa bibliográfica realizada, determinadas características psicopatológicas estarem relacionadas com o consumo de substâncias ou combinação de substâncias, o que sugere que o toxicodependente pode utilizar este tipo de substâncias como um meio de medicação para as suas patologias psiquiátricas (Milkman & Frosch 1973; Dolan *et al.* 1987; Brehm & Khantzian 1992; Hutchison, Wood & Swift 1999; Oswald, Roache & Rhoades 1999 cit in Leri et al, 2003). Uma vez mais, deparamo-nos com valores extremamente baixos de sintomatologia psicopatológica no Grupo de Comparação.

Os resultados obtidos podem ainda ser entendidos à luz da concepção existente que dá como certa a associação entre sintomatologia psicopatológica e toxicodependência, na medida em que afirmam que há uma maior probabilidade de manifestação de sintomatologia psicopatológica em indivíduos consumidores de substâncias psicoactivas, e que, por outro lado, há uma pré-disposição ao consumo deste tipo de substâncias quando se verifica a existência prévia de sintomatologia psicopatológica (Angel et al., 2000).

Um dos objectivos deste estudo consistia em determinar a existência de relação entre dificuldades de regulação emocional e sintomatologia psicopatológica. Para o efeito, estudamos a correlação existente entre estas duas variáveis, relativamente à amostra total e relativamente ao Grupo de Toxicodependentes. Através dos resultados obtidos no BSI e na EDRE, pode-se de facto constatar que existe uma profunda relação entre as dificuldades de regulação emocional e a presença de sintomatologia psicopatológica, verificadas tanto na amostra total como no Grupo de Toxicodependentes, sendo possível desta forma confirmar a hipótese que referia que as dificuldades de regulação emocional verificadas estão relacionadas com a presença de sintomatologia psicopatológica.

Os resultados referentes à amostra total evidenciam uma forte correlação entre todas as dimensões da EDRE e o valor total da escala e as subescalas e índices do BSI, à excepção da dimensão 3 da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (Dificuldade no controlo de impulsos durante a activação de emoções desadaptativas) e da subescala do BSI relativa à Ansiedade Fóbica, que não apresentam correlação entre si.

Desta forma, pode-se confirmar que a existência de determinadas vulnerabilidades psicológicas poderá estar na base dos comportamentos aditivos, havendo uma associação entre toxicodependência e estados emocionais dolorosos, estando por vezes estes últimos associados a determinados tipo de sintomatologia psicopatológica (Guimarães & Fleming, 2009).

Por fim, no que diz respeito à relação entre as seis dimensões da EDRE e as subescalas do BSI no Grupo de Toxicodependentes, verifica-se a existência de variadas correlações, as quais podem ser consultadas no capítulo dos Resultados, confirmando assim a existência de relação entre as dificuldades de regulação emocional e o consumo de substâncias psicoactivas, uma vez que, segundo muitos autores, são estas dificuldades que estão na base dos comportamentos aditivos (Suh et al., 2008; Thorberg & Lyvers, 2006).

De igual modo, existe uma clara associação entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia psicopatológica evidenciadas por indivíduos com dependência de substâncias, na medida em que, segundo a Hipótese de Auto-medicação (Khantzian, 1997; 2003), o indivíduo toxicodependente inicia o consumo de substâncias como forma de medicação e controlo dos seus estados emocionais negativos, patentes em determinados tipos de sintomatologia psicopatológica.

Por fim, pode-se constatar, através dos resultados obtidos no estudo, que não existe associação entre a manifestação de qualquer tipo de sintomatologia psicopatológica na população toxicodependente, avaliada com o BSI, e a escolha da droga de eleição.

Desta forma, e ao contrário do que é referido em diversas investigações, não foi possível comprovar a ideia de que a existência de sintomatologia psicopatológica está relacionada com a escolha da droga de eleição, nomeadamente em indivíduos dependentes de heroína que consomem concomitantemente cocaína, comparativamente com indivíduos que consomem unicamente heroína (Dolan *et al.* 1987; Torrens *et al.* 1991; Malow *et al.* 1992; Grella *et al.* 1995; Walsh *et al.* 1996; Rowlett *et al.* 1997 cit in Leri, 2003).

Assim, verifica-se que, apesar de a psicopatologia poder existir como causa ou consequência directa para o consumo de substâncias psicoactivas, sendo que, no primeiro caso, o indivíduo inicia o consumo de droga para aliviar os sintomas psicopatológicos, e no segundo caso a perturbação psicopatológica é induzida pelo consumo de substâncias psicoactivas (Angel, Richard & Valleur, 2000), não existe, segundo este estudo, relação entre as queixas sintomáticas apresentadas pelos toxicodependentes e a sua droga de eleição.

Em suma, a teoria defendida por Khantzian (1997; 2003) na Hipótese de Auto-medicação não pode desta forma ser confirmada, uma vez que afirmava que a condição psicológica do consumidor, ou seja as suas características psicopatológicas, conduz à escolha de uma determinada droga de eleição.

## Conclusão

O objectivo inicial desta investigação consistia em proporcionar uma compreensão mais aprofundada sobre o tema da regulação emocional, mais concretamente, sobre as dificuldades de regulação emocional existentes em indivíduos com dependência de substâncias.

Desta forma, propusemo-nos a analisar as seguintes hipóteses: a população toxicodependente apresenta mais dificuldades de regulação emocional quando comparada com indivíduos sem história de consumo de substâncias ilícitas; a população toxicodependente apresenta níveis mais altos de sintomatologia psicopatológica quando comparada com indivíduos sem história de consumo de substâncias ilícitas; as dificuldades de regulação emocional verificadas estão relacionadas com a presença de sintomatologia psicopatológica; e a existência de sintomatologia psicopatológica está relacionada com a escolha da droga de eleição.

Foi-nos possível concluir que existe, de facto, mais intensidade de dificuldades de regulação emocional e de sintomatologia psicopatológica na população toxicodependente, em comparação com indivíduos não consumidores. Constatou-se ainda que existe associação entre dificuldades de regulação emocional e sintomatologia psicopatológica, avaliadas, respectivamente, através da EDRE (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional) e do BSI (*Brief Symptom Inventory*). Contudo, não foi possível corroborar o pressuposto que afirmava que a existência de sintomatologia psicopatológica está relacionada com a escolha da droga de eleição.

Com o desenvolvimento do estudo deparamo-nos com a existência de algumas limitações, que sugerem a necessidade de investigações futuras que colmatem estas restrições, nomeadamente no que diz respeito ao tamanho da amostra e à homogeneidade relativamente ao sexo dos participantes.

## Bibliografia

Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2000). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Backmund, M. et al. (2005). Co-Consumption of Benzodiazepines in Heroin Users, Methadone-Substituted and Codeine-Substituted Patients. *Journal of Addictive Disease*, 24 (4), 17-29.

Balsa, C. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal, 2007*. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

Barrett, L.F., & Russell, J. A. (1998). Independence and bipolarity in the structure of current affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 967-984.

Barret, L. (2006). Solving the Emotion Paradox: Categorization and the Experience of Emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (1), 20-46.

Barrett, L. (2004). Feelings or Words? Understanding the Content in Self-Report Ratings of Experienced Emotion. *Journal of personality and Social Psychology*, 87 (2), 266-281.

Brown, R.L., and Rounds, L.A. (1995). Conjoint screening questionnaires for alcohol and drug abuse. *Wisconsin Medical Journal* 94 (3):135-140.

Butler, E.A., & Gross, J.J. (2009). Emotion and Emotion Regulation: Integrating Individual and Social Levels of Analysis. *Emotion Review*, 1 (1), 86-87.

Camí, J., & Farré, M. (2003). Mechanisms of Disease: Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 349 (10), 975-986.

Campos, J.J., Frankel, C.B., & Camras, L. (S/D). *The Nature of Emotion Regulation*. University of California: Berkley.

Canavarro, M. C. (S/D). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. 3). Coimbra: Quarteto Editora.

Diamond, L.M., & Aspinwall, L.G. (2003). Emotion Regulation Across the Life Span: An Integrative Perspective Emphasizing Self-Regulation, Positive Affect, and Dyadic Processes. *Motivation and Emotion*, 27 (2), 125-156.

Downey, K.K., Helmus, T.C., & Schuster, C.R. (2000) Treatment of heroin-dependent polydrug abusers with contingency management and buprenorphine maintenance. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 176–184.

DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi editores.

Dubey, C., & Arora, M. (2008). Sensation Seeking Level and Drug of Choice. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34 (1), 73-82.

Fitness, J., & Curtis, M. (2005). Emotional Intelligence and the Trait Meta-Mood Scale. *Journal of Applied Psychology*, 1 (1), 50-62.

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.

Gitlow, S. (2007). *Substance Use Disorders* (2ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings*. Washington DC: American Psychological Association.

Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, Present and Future. *Cognition and emotion*, 13 (5), 551-573.

Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291

Gross, J.J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guildford Press.

Gross, J.J., & Levenson, R.W. (1997). Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (1), 95-103.

Gross, J.J., & Muñoz, R.F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (2), 151-164.

Gross, J.J., Richards, J.M., & John, O.P. (S/D). Emotion regulation in everyday life. In D.K. Snyder, J.A. Simpson, & J.N. Hughes (Eds.). *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health*. Washington DC: American Psychological Association.

Guimarães, R., & Fleming, M. (2009). Dor que Consome. Para uma compreensão da Dor Mental na Toxicodependência. *Toxicodependências*, 15 (2), 3-12.

Gratz, K.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 Psychology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.

Hopson, R.E. (1993). A Thematic Analysis of the Addictive Experience: Implications for Psychotherapy. *Psychotherapy*, 30 (3), 481-494.

Hunt, D.E., Lipton, D.S., Goldsmith, D., & Strug, D. (1984) Street pharmacology: uses of cocaine and heroin in the treatment of addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 13, 375-387.

Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P., & Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1301-1320.

Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231–244.

Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability. *Neuro-Psychoanalysis*, 5, 5–21.

Kopp, C.B. (1989). Regulation of Distress and Negative Emotions: A Developmental View. *Developmental Psychology*, 25 (3), 343-354.

Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding Polydrug Use: review of Heroin and Cocaine co-use. *Addiction*, 98, 7-22.

Leri, F., Stewart, J., Tremblay, A., & Bruneau, J. (2004). Heroin and cocaine co-use in a group of injection drug users in Montréal. *Psychiatry Neuroscience*, 29 (1), 40-47.

Leri, F. et al. (2005). Patterns of Opioid and Cocaine Co-Use: A Descriptive Study in a Canadian Sample of Untreated Opioid-Dependent Individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13 (4), 303-310.

Lewis, M., Haviland-Jones, J.M., & Barrett, L.F. (2008). *Handbook of Emotions* (3ed). New York: The Guildford Press.

Lyvers, M., Thorberg, F., Ellul, A., & Bahr, M. (2010). Negative mood regulation expectancies, frontal lobe related behaviors and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 48 (3), 332-337.

Lowenstein, W. Gourarier, L. Coppel, A. Lebeau, B. & Hefez, S. (1998). *A Metadona e os tratamentos de substituição*. Lisboa. Climepsi Editores.

Machado Vaz, F. (2009). *Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*. Universidade do Minho.

Machado Vaz, F., Branco Vasco, A., Greenberg, L., & Machado Vaz, J. (2010). Avaliação dos processos emocionais dos pacientes em psicoterapia. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Universidade do Minho.

Mauss, I.B., Bunge, S.A., & Gross, J.J. (2007). Automatic Emotion Regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 1-22.

Mauss, I.B., Cook, C.L., & Gross, J.J. (2007). Automatic emotion regulation during anger provocation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 698-711.

Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1997). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Oatley, K., & Jenkins, J.M. (1998). *Compreender as Emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ochsner, K.N., & Gross, J.J. (2005). The Cognitive Control of Emotion. *Cognitive Sciences*, 9 (5), 242-249.

Richards, J.M., & Gross, J.J. (1999). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1033-1044.

Rosenfeld, H.A. (1961). De la Toxicomanie. *Rev. Fr. Psychanal.*, 25, 885-889.

Scherer, K.R. (1987). Toward a dynamic theory of emotion: the component process model of affective states. *Geneva Studies in Emotion and Communication*, 1(1), 1-98.

Schneider, J.P. (1991). How to recognize the rigus of sexual addiction. *Postgraduate Medicine*, 90 (6), 171-182.

Souto, M.T.S. (2000). *A Alexitimia e a Dependência de Drogas*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Suh, J.J, Robins, C.E., Ruffins, S., Albanese, M.J., & Khantzian, E.J. (2008). Self-medication Hypothesis: Connecting Affective Experience and Drug Choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (3), 518-532.

Thorberg, F.A., & Lyvers, M. (2006). *Negative Mood Regulation (NMR) Expectancies, Mood, and Affect Intensity among Clients in Substance Disorder Treatment Facilities*. Humanities & Social Sciences papers. Bond University.

Torres, N., Chagas, T., & Ribeiro, J.P. (2008). Dependência Emocional e Consumo de Substâncias Psicoativas: um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressuposto básico de W. R. Bion. *Toxicodependências*, 14 (3), 35-48.

Torres, N., & Ribeiro, J.P. (2001). *A Pedra e o Charco: Sobre o Conhecimento e Intervenção nas Drogas*. Almada: Íman Edições.

Udo, T. et al. (2009). Gender Differences in Acute Alcohol Effects on Self-Regulation of Arousal in Response to Emotional and Alcohol-Related Picture Cues. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (2), 196-204.

Watt, D.F. (2004). Consciousness, Emotional Self-Regulation and the Brain. *Journal of Consciousness Studies*, 11 (9), 77-82.

Wedekind, D. et al. (2009). Psychiatric Comorbidity and Gender Effects in Heroin and Cocaine-Addicted Patients in Specified Long-term Treatment and Acute Inpatient Detoxification Treatment. *The German Journal of Psychiatry*, 12, 1-7.