

Universidades Lusíada

Martins, Ana Catarina Torgal, 1984-

Aspetos positivos da personalidade do dependente químico e/ou alcoólico, que possam ser mais-valias terapêuticas

<http://hdl.handle.net/11067/4452>

Metadados

| | |
|---------------------------|---|
| Data de Publicação | 2018 |
| Resumo | <p>Este estudo tem como objetivo a identificação de determinados aspetos positivos da personalidade dos dependentes químicos e/ou em álcool, que sejam mais valias terapêuticas, nomeadamente a resiliência e a continuidade do self na relação com género, estado civil, anos de sobriedade. Pretende-se, ainda, investigar as dimensões psicológicas em estudo, comparando os resultados obtidos em sujeitos com passado aditivo e sem passado aditivo. Para tal, procedeu-se a um estudo de carácter exploratório, c...</p> <p>This study aims to identify certain positive personality aspects among the chemical and alcohol addicts, which could be of therapeutic asset, namely the resilience and self continuity along the relationship of genre, marital status and years of sobriety. It's also intended to investigate the psychological frames under research, comparing the obtained results within subjects with addiction past and without a addiction past. To this end, a exploratory study was conducted, composed of 100 participa...</p> |
| Palavras Chave | Abuso de substâncias - Aspectos psicológicos, Abuso de substâncias - Tratamento, Resiliência (Traço da personalidade) |
| Tipo | masterThesis |
| Revisão de Pares | Não |
| Coleções | [ULL-IPCE] Dissertações |

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T07:19:03Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

**Aspetos positivos da personalidade do dependente químico
e/ou alcoólico, que possam ser mais-valias terapêuticas**

Realizado por:
Ana Catarina Torgal Martins

Orientado por:
Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Constituição do Júri:

Presidente: Prof.^a Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 22 de Fevereiro de 2019

Lisboa
2018



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**Aspetos positivos da personalidade do dependente
químico e/ou alcoólico, que possam ser mais-valias
terapêuticas**

Ana Catarina Torgal Martins

Lisboa

novembro 2018



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A D E L I S B O A

I N S T I T U T O D E P S I C O L O G I A E C I Ê N C I A S D A E D U C A Ç Ã O

Mestrado em Psicologia Clínica

**Aspetos positivos da personalidade do dependente
químico e/ou alcoólico, que possam ser mais-valias
terapêuticas**

Ana Catarina Torgal Martins

Lisboa

novembro 2018

Ana Catarina Torgal Martins

Aspetos positivos da personalidade do dependente
químico e/ou alcoólico, que possam ser mais-valias
terapêuticas

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada de
Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita

Lisboa

novembro 2018

Ficha Técnica

Autora Ana Catarina Torgal Martins
Orientadora Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Título Aspetos positivos da personalidade do dependente químico e/ou alcoólico, que possam ser mais-valias terapêuticas
Local Lisboa
Ano 2018

Mediateca da Universidade Lusíada de Lisboa - Catalogação na Publicação

MARTINS, Ana Catarina Ramalho, 1984-

Aspetos positivos da personalidade do dependente químico e/ou alcoólico, que possam ser mais-valias terapêuticas / Ana Catarina Torgal Martins ; orientado por Túlia Rute Maia Cabrita - Lisboa : [s.n.], 2018. - Dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

I - CABRITA, Túlia Rute Maia, 1972-

LCSH

1. Abuso de substâncias - Aspectos psicológicos
2. Abuso de substâncias - Tratamento
3. Resiliência (Traço da personalidade)
4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Substance abuse - Psychological aspects

2. Substance abuse - Treatment

3. Resilience (Personality trait)

4. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. RC564.M37 2018

Aos meus queridos filhos, razão do meu viver
Ao amor da minha vida e alma gémea, “amo-te infinito ao
cubo”...sempre.

A todos aqueles que só por hoje,
me mostram que vale a pena acreditar.

Agradecimentos

Ao longo desta jornada, estive rodeada de pessoas maravilhosas às quais quero demonstrar os meus sinceros agradecimentos. Graças ao seu carinho, apoio e sabedoria, tive oportunidade de aprender e crescer, realizando um desejo há muito ambicionado.

À minha orientadora da dissertação, professora Doutora Túlia Cabrita, pela infinita paciência e sábia orientação, mostrou-me que tudo se consegue quando existe motivação. Não existem palavras que traduzam o quando agradeço a ajuda, disponibilidade constante e acima de tudo, por me receber sempre com um sorriso.

À professora Doutora Tânia Gaspar pela sua disponibilidade e profissionalismo que muito me ajudaram ao longo desta etapa.

À professora Doutora Teresa Leite pela compreensão e paciência.

À UTITA pela colaboração na minha investigação e por me receberem com todo o profissionalismo e simpatia.

À minha família, amigos e camaradas, cujo apoio e encorajamento me permitiu ultrapassar todos os desafios e sobretudo, alcançar a tão esperada meta.

Ao meu avô que mesmo “longe” me permitiu perceber o que a razão não queria ver.

“I feel the warmth upon my face as i enter
the land of God's good grace,
Friends and loved ones gone before,
waiting here beyond the door.
With open arms they welcome me,
amazement in my eyes they see.
They look so well and at their best, beauty
beholds them now they rest...”
Sue Walkinshaw in “Life Beyond
À memória de Tiago Miguel Carrilho

Resumo

Este estudo tem como objetivo a identificação de determinados aspetos positivos da personalidade dos dependentes químicos e/ou em álcool, que sejam mais valias terapêuticas, nomeadamente a resiliência e a continuidade do self na relação com género, estado civil, anos de sobriedade. Pretende-se, ainda, investigar as dimensões psicológicas em estudo, comparando os resultados obtidos em sujeitos com passado aditivo e sem passado aditivo. Para tal, procedeu-se a um estudo de carácter exploratório, composto por 100 participantes, 50 sem qualquer tipo de perturbação de abuso de substâncias e 50 possuem doença aditiva em álcool e/ou substâncias químicas em processo de abstinência ou sobriedade. Os resultados evidenciam diferenças significativas entre os dois grupos estudados (resiliência, perseverança, autoconfiança, sentido da vida, continuidade e descontinuidade do self). No grupo de indivíduos com perturbação aditiva apenas foram encontradas diferenças em relação ao género, na autoconfiança e no estado civil na serenidade. Conclui-se reforçando a importância da prevenção primária ao nível da promoção de competências de resiliência, nas fases precoces do desenvolvimento humano.

Palavras-chave: doença aditiva, aspetos positivos, resiliência, continuidade do *Self*.

Abstract

This study aims to identify certain positive personality aspects among the chemical and alcohol addicts, which could be of therapeutic asset, namely the resilience and self continuity along the relationship of genre, marital status and years of sobriety. It's also intended to investigate the psychological frames under research, comparing the obtained results within subjects with addiction past and without a addiction past. To this end, a exploratory study was conducted, composed of 100 participants, 50 of which have no type of substance abuse disorder and 50 others do have addiction with alcohol and/or chemical substances but are now under process of recovery and sobriety. The results have shown evident differences between the two groups studied (Resilience, perseverance, self-confidence, meaning of life, self-continuity and self-discontinuation of the self). Among the group of individuals with addiction disturbance, the only differences were found in the relation of gender, self-confidence and marital status in serenity. Thus the conclusion is by reinforcing the importance of primary prevention in the promotion of resilience skills amid the early phases of human development.

Keywords: additive disease, positive aspects, resilience, self-continuity.

Lista de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Taxa de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool por 100 000 habitantes em Portugal no ano de 2015 | 16 |
| Tabela 2 - Óbitos relacionados com consumo de drogas referentes ao ano de 2015 | 16 |
| Tabela 3 - Mortes por Overdose, segundo o ano, por tipo de substância | 18 |
| Tabela 4 - Tabela de Frequências | 23 |
| Tabela 5 - Tabela de Frequências | 24 |
| Tabela 6 - Cotação de resultados de Wagnild e Young (1993) | 26 |
| Tabela 7 - Estatística Descritiva das Variáveis Psicológicas | 28 |
| Tabela 8 - Estatística do Grupo Com Doença Aditiva | 29 |
| Tabela 9 - Estatística do Grupo Sem Doença Aditiva | 29 |
| Tabela 10 - Teste Paramétrico t de Student | 31 |
| Tabela 11 - Estudo das diferenças, nos sujeitos com patologia aditiva em função do género | 32 |
| Tabela 12 - Estudo das diferenças em função do tempo de abstinência..... | 33 |
| Tabela 13 - Diferenças em função do estado civil..... | 34 |
| Tabela 14 - Modelo regressão linear múltiplo da patologia aditiva em função das variáveis preditoras (N=100)..... | 35 |

Lista de Abreviaturas

- APA - *American Psychological Association*
- DSM V - Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais 5ª
Edição
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas
Dependências
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*
- UTITA - Unidade de Tratamento Intensivo de Toxicodependência e
Alcoolismo
- WHO - *World Health Organization*

Índice

| | |
|---|------|
| Agradecimentos | IX |
| Resumo | XIII |
| Abstract..... | XV |
| Lista de Tabelas | XVII |
| Lista de Abreviaturas..... | XIX |
| Índice | XXI |
| Introdução..... | 1 |
| Enquadramento Teórico | 5 |
| Variáveis da personalidade dos dependentes químicos e/ou em álcool..... | 7 |
| Aspetos positivos da personalidade | 10 |
| Resiliência | 11 |
| Continuidade do <i>self</i> | 12 |
| Características Sociodemográfica dos Indivíduos com Doença Aditiva | 15 |
| A adição em contexto clínico..... | 18 |
| Método..... | 22 |
| Objetivo do Estudo | 22 |
| Participantes..... | 22 |
| Instrumentos..... | 25 |
| Escala de resiliência | 25 |
| Escala continuidade do <i>self</i> | 26 |
| Procedimentos..... | 26 |
| Resultados..... | 28 |
| Resultados Descritivos do Estudo..... | 28 |
| Resultados da relação entre as variáveis resiliência e continuidade do <i>self</i> , e as amostras com e sem patologia aditiva | 30 |
| Resultados da relação entre as variáveis resiliência e continuidade do <i>self</i> , e variáveis sociodemográficas na amostra com patologia aditiva | 32 |
| Resultado do estudo das variáveis preditoras | 35 |
| Discussão | 36 |
| Referências | 45 |
| APÊNDICES | 57 |
| LISTA DE APÊNDICES | 59 |
| APÊNDICE A..... | 61 |
| APÊNDICE B | 65 |

| | |
|------------------|----|
| APÊNDICE C | 71 |
| APÊNDICE D | 75 |
| APÊNDICE E | 79 |

Introdução

O consumo e dependência de substâncias representam um importante encargo para indivíduos e sociedades em todo o mundo, sendo por isso um problema de saúde pública com consequências biopsicossociais na vida dos indivíduos aditos e dos que o rodeiam (Detar, 2011).

As perturbações relacionadas com substâncias e patologia aditiva, têm como característica o consumo abusivo de substâncias ou exteriorização de determinados comportamentos que impulsionam o sistema de recompensa do cérebro de forma direta em lugar de o efetuar por comportamentos ajustados (APA, 2014; Detar, 2011).

O abuso de substâncias pode ser definido como uma perturbação cronicamente recorrente com comportamentos contraproducentes onde a compulsão de procura de álcool ou drogas originam consequências nefastas, nomeadamente perda de controlo na ingestão e a excrecência de um estado emocional e afetivo negativos, tais como a ansiedade, irritabilidade, agressividade ou humor deprimido, revelando uma síndrome de abstinência quando o acesso às substâncias que originam o vício é vedado (Brook, Brook, Richter & Whiteman, 2002).

Determinadas substâncias causam uma dependência física e o organismo simplesmente adapta-se ao consumo frequente, conduzindo à tolerância e síndrome de abstinência aquando se deixa de consumir (Detar, 2011; National Institute on Drug Abuse, 2012).

Os problemas relacionados com o álcool estão caracteristicamente articulados a diversas contendas de ordem médica, económica, litigiosa e/ ou social. O consumo excessivo pode originar problemáticas que conseqüentemente engendram uma morte prematura ou comportamentos implícitos em atividades criminosas, violência e danos à integridade pessoal do próprio ou de outros (National Institute on Drug Abuse, 2012).

Alguns estudos realizados com indivíduos que padecem de doença aditiva, têm revelado diversos prejuízos do foro neuro psicológico, revelando os mesmos inclusivamente após períodos em abstinência e sobriedade (Cunha & Novaes, 2004; Leweke & Koethe, 2008; Salgado *et al.*, 2009).

A intervenção em indivíduos com doença aditiva exige uma abordagem ao nível interdisciplinar, de carácter dinâmico e com procedimentos e resultados poderosos, que conduzam a práticas cada vez mais eficazes. Por esta razão, a avaliação de relações entre as variáveis que possam vir a influenciar a motivação e o sucesso de um processo terapêutico, é fundamental para implementar a objetividade no combate a este problema social (Salgado *et al.*, 2009)

Existem vários tipos/programas de intervenção e tratamento que visam o tratamento e reabilitação dos indivíduos que sofrem deste tipo de problemática. Dependendo do técnico de saúde, eficácia dos tratamentos, preferência e motivação do individuo e da sua problemática aditiva, é utilizado um ou mais métodos de trabalho que assentam em diversos princípios teóricos e práticos (Broekaert, Vandeveldde, Soyez, Yates, & Slater, 2005; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014).

A resiliência pode ser descrita como uma capacidade de adaptação positiva à mudança, deliberando problemas através de estratégias, superação de adversidades e resistência à pressão que advém de situações estressantes ou traumáticas que possam colocar em risco a saúde física e mental e, pode ser analisada com base nas diferenças individuais na responsividade ao *stress* em diversos tipos de organismos (Cicchetti e Blender, 2006; Reppold et al. 2012).

A variabilidade na composição genética e a particularidade da experiência concretizada na infância, assim como a correlação que pode advir da interceção entre os dois aspetos, são notórias por contribuir para a incitação da resiliência ao *stress* (Schmid et al. 2010).

Sob outra perspetiva, a continuidade do *self* é evidenciada por determinados estudos que aludem às destrições intrínsecas que os indivíduos transparecem, nomeadamente as características centrais e imutáveis de um conceito e características que são permitidas mudar sem alterar fundamentalmente a sua identidade (Sadeh & Karniol, 2012).

Tendo em conta estes pressupostos, esta investigação tem como objetivo principal a identificação de aspetos positivos da personalidade dos dependentes químicos e/ou em álcool, que sejam mais valias terapêuticas, nomeadamente a resiliência e a continuidade do *self*. Pretende-se ainda, analisar e caracterizar o perfil da população com dependências e sem as mesmas, comparando determinadas dimensões – género, estado civil, anos de abstinência/sobriedade – aferindo uma possível relação entre as variáveis psicológicas e as sociodemográficas.

Procedeu-se a uma recolha bibliográfica de aspetos científicos, socioeconómicos, culturais e demográficos sobre os elementos associados à personalidade dos dependentes (aditos) em substâncias psicoativas, que facilitasse o suporte da contextualização e enquadramento da importância da resiliência e da continuidade do *self* em indivíduos em processo de recuperação, assim como o contexto teórico pertinente à investigação.

Enquadramento Teórico

A dependência em substâncias químicas, assim como em álcool, pode ter origem em determinados fatores relacionados com a génese do indivíduo, nomeadamente aspetos biológicos e psicológicos, fatores alusivos à essência da substância e ainda ao ambiente social e cultura onde o indivíduo se encontra inserido (Brook, Brook, Richter & Whiteman, 2002).

Existem diversos padrões de consumo e todos acarretam riscos, o consumo de álcool de forma controlada, em baixas doses e envolto em precauções de forma a evitar e prevenir consequências negativas, é considerado um consumo de baixo risco. O consumo exagerado, denominado de uso nocivo ou abuso é manifestado pela ingestão e uso de doses claramente superiores, acarreta na generalidade complicações que influenciam negativamente o dia-a-dia do indivíduo e dos que o rodeiam. Quando a procura e consumo das substâncias é efetuado de forma recorrente e compulsivamente, procurando a suprimir os sintomas de abstinência e exibindo uma notória recorrência de problemáticas biopsicossociais, é validado o conceito de dependência (Brook, Brook, Richter & Whiteman, 2002; Edwards, Marshall & Cook 2004).

Uma das características mais marcantes dos indivíduos que possuem uma dependência de substâncias químicas e/ou em álcool, são as consequências psicológicas do seu comportamento. Esta característica tornou-se um dos critérios de diagnóstico para a dependência do álcool especificada no Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais 5ª Edição (APA, 2014).

Estudos (Shen, Wang, Wang & Lou, 2012) evidenciam que tal como os indivíduos que padecem de algum tipo de lesão no lobo frontal, os aditos em substâncias químicas e álcool, exteriorizam comportamentos de natureza impulsiva, desinibida ou inflexível podendo igualmente manifestar uma conduta caracterizada por perturbação afetiva, perceção insatisfatória, distração, rigidez cognitiva e baixa motivação (Brewer 1974, p. 41).

O abuso de substâncias químicas e/ou álcool possui significado variável. Segundo o DSM V (APA, 2014), um indivíduo pode revelar uma perturbação por uso de álcool se tiver na presença, num período de 12 meses, de pelo menos dois dos 11 critérios de diagnóstico, os quais incluem: a) Consumo de álcool em quantidades elevadas ou por um período de tempo superior ao pretendido; b) Apesar de algum desejo demonstrado, o indivíduo sente-se incapaz de reduzir ou controlar o consumo de álcool; c) Desejo de ingestão de álcool elevado e temporalmente constante; d) Quantidade de tempo significativa na tentativa de obtenção de álcool, no seu consumo ou na recuperação das consequências do consumo excessivo; e) Constância e insistência no consumo de álcool, apesar da clareza com que as consequências nocivas se manifestam de forma biopsicossocial; f) É notória a interferência que o consumo de álcool possui, no desempenho de atividades do dia-a-dia; g) Demonstração gradual de ausência de interesse pessoal em atividades de contexto social ou lúdico devido à ingestão do álcool; h) Tolerância manifestada no indivíduo, assim como sintomatologia de privação associada quando a ingestão de álcool é reduzida ou suprimida.

A Perturbação por Uso de Álcool pode ser qualificada como ligeira/moderada/grave, de acordo com a presença de, respetivamente, dois a três, quatro a cinco ou seis ou mais dos sintomas descritos (APA, 2014).

Para além do tabaco, o álcool é a substância psicoativa mais consumida nos dias de hoje pela sociedade. O mecanismo exato pelo qual o álcool se converte em tóxico, não está completamente esclarecido, embora existam evidências que advêm do aumento dos efeitos do neurotransmissor inibitório gama ácido aminobutírico (GABA) em recetores GABAA e inibindo o efeito do neurotransmissor excitatório glutamato no N-metil-D-aspartato recetores (NDMA) (OMS, 2004).

As substâncias psicoativas podem ser classificadas em diferentes categorias, dependendo da sua substância ativa. O álcool e os sedativos são depressores, a cocaína, o *ecstasy* e nicotina são catalogados de estimulantes, a morfina e heroína pertencem aos opiáceos e a canábis e LSD são alucinogénios. Cada categoria atua de forma diferente no cérebro de quem consome, atuando de determinada forma para produzir o efeito a que se destina. Esta ação é efetuada pela ligação da substância ativa libertada que se liga a diferentes recetores, aumentando ou diminuindo a atividade neural (OMS, 2004).

Existem vários tipos/programas de intervenção e tratamento que visam o tratamento e reabilitação dos indivíduos que sofrem deste tipo de problemática. Os mesmos podem diferir nos tipos de intervenção, abordagens teóricas utilizadas no aconselhamento psicológico ou psicoterapia, ou até na administração ou ausência de medicação na fase de desintoxicação (Center for Substance Abuse Treatment, 1999).

Dependendo do técnico de saúde, eficácia dos tratamentos, preferência e motivação do indivíduo e da sua problemática aditiva, é utilizado um ou mais métodos de trabalho que assentam em diversos princípios teóricos e práticos. Em termos institucionais, diversos profissionais integram equipas multidisciplinares que visam a prevenção e tratamento do uso de substâncias. Entre estes profissionais, encontra-se o psicólogo cuja intervenção dentro do contexto clínico visa a intercessão nas perturbações de abuso de substâncias (Broekaert, Vandavelde, Soyez, Yates, & Slater, 2005; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014).

Variáveis da personalidade dos dependentes químicos e/ou em álcool

Para Gerhant & Olajossy (2016), a personalidade pode ser vista como um sistema hierárquico intrincado que se decompõe em dois fatores psicológicos: o carácter e o temperamento. O temperamento é resultado um conjunto de disposições genéticas, composto

por emoções como a raiva, medo e o apego, assim como determinados comportamentos automáticos acionados em resposta a estímulos ambientais (novidade, perigo, recompensa). O carácter vai evidenciar as características de um indivíduo que são adquiridas e moldadas durante o período de desenvolvimento. Poderá sofrer influência de determinados fatores como a educação e aprendizagem (Evren et al., 2013).

O carácter é coerente com a destreza individual na perceção do eu, assim como a aquisição e desenvolvimento dos seus objetivos e valores, por outro lado o temperamento evidencia as diversas formas de reagir, assim como nos hábitos emocionais automáticos. Os indivíduos que sofrem com abuso de substâncias tendem a reagir de uma forma mais intensa a novos estímulos, sendo mais indiciados à estimulação e dispostos para a ação (Dillon et al., 2009).

Devido aos consumos excessivos, existem indivíduos que desenvolvem problemáticas de foro mental. Ainda que o uso de substâncias químicas e álcool possam conduzir a uma recompensa e gratificação imediata, assim que o efeito se dissipa, elas instigam ou agravam a sintomatologia depressiva. Estudos realizados para determinar se existem diferenças nos níveis de alexitimia (dificuldade na identificação e capacidade de exprimir emoções), neuroticismo e depressão, revelaram valores significativamente mais elevados no grupo com problemáticas de adição em álcool do que no grupo sem qualquer tipo de adição (Maciel & Yoshida, 2006; OMS, 2004; Rosenberg & Feder, 2014).

Existem resultados positivos evidenciados nos tratamentos psicoterapêuticos junto dos indivíduos que sofrem de perturbação aditiva, sendo importante referir que há melhorias a curto prazo assim que existe uma cessação do uso substancias psicoativas. (Witkiewitz, Votaw, Vowles & Kranzler, 2012).

A personalidade demonstra estar relacionada com abuso e dependência de substâncias, assim como no potencial papel que poderá exercer na conclusão com sucesso dos programas de tratamento e reabilitação de substâncias aditivas. Os indivíduos com perturbações de adição revelam instabilidade emocional, sentimentos de insegurança e elevadas dificuldades no ajustamento ao meio onde estão inseridos. Estes bloqueios emocionais e de caráter poderão ser instigados por um défice na articulação e processamento de variáveis afetivas, contribuindo para uma desorganização mental no que diz respeito à capacidade de adaptação a novas situações, tomada de decisões de forma a superar dificuldades, complexidades de interação com o outro social e ausência de ambição individual (Rocha & Rocha, 2010; Witkiewitz & Wu, 2010).

Determinados estudos (Sinha, 2008) sugerem que determinados eventos de vida, assim como um grau de *stress* elevado, podem influenciar e motivar fortemente o indivíduo na decisão de consumir substâncias psicoativas, evidenciando uma correlação entre o fator stress e o desenvolvimento da adição.

Semelhante fator que indica uma possível ligação à vontade e decisão de consumo e abuso de substâncias químicas e álcool corresponde à ansiedade. Experimentada por todos os indivíduos em várias alturas da vida, pode ser definida como um estado psicológico onde predominam emoções de receio e apreensão como resposta à antevisão de determinadas situações ou cenários. Apesar de poder ser considerado de elevada utilidade para panoramas de fuga, adaptação ou reação, a ansiedade pode evoluir para um quadro de psicopatologia, quando percecionada num grau extremo ou quando determinado estímulo desencadeia uma resposta inadequada em termos de intensidade e durabilidade (APA, 2014; Lopes & Rezende, 2013).

Esta resposta inadequada que se traduz em ansiedade extrema, poderá ser uma das razões que contribuem para um consumo abusivo. Estudos (Chiapetti & Serbena, 2007) demonstram uma relação entre o consumo de substâncias químicas e/ou álcool com o intuito consciente de minimizar ou aliviar o desconforto psíquico originado pela ansiedade e stress.

Aspetos positivos da personalidade

A personalidade pode ser definida como um conjunto de traços que exercem um papel fulcral nas emoções, atitudes, crenças, comportamentos e formas de reagir e perceber as situações, é dotada de uma complexidade e individualiza cada ser humano como um ser único e diferencial. Apesar desta individualidade, a personalidade pode sofrer influências pela cultura e meio social onde o indivíduo se encontra inserido (Lopes, 2008; Nunes, 2010; Pedroso Lima & Simões, 2012).

Considerando a evidência de que um adicto tem dificuldade em perceber a gravidade da sua dependência, desvalorizando ou negando a problemática, é aparente que uma das consequências reflete a ausência de procura de ajuda e ou extrema dificuldade que um terapeuta possui em estabelecer uma forte aliança terapêutica. É importante por isso, encontrar um técnico de saúde mental com uma elevada intuição e experiência terapêutica. Neste contexto, os profissionais devem ter a capacidade de entender o funcionamento intrínseco do sujeito e propor um tratamento onde seja evidenciado os traços positivos da personalidade (Bechelli & Santos, 2002; Occhini & Teixeira, 2006).

Os desafios persistentes que um organismo experiencia através do consumo continuado de substâncias podem originar a alteração de diversos sistemas do mesmo, podendo originar adaptações nos circuitos neurais de recompensa e *stress* (cortisol) levar a um conjunto de pontos alterados em vários sistemas. Essa hipótese é consistente com evidências que sugerem adaptações nos circuitos de recompensa e *stress* cerebral, contribuindo para a evolução de

processos aditivos. Estes traduzem-se pelos comportamentos desfavoráveis e debilitados, associados à ausência de auto controlo e procura compulsiva que determinam cada adito. (Dallman et al. 2005; Sinha, 2001)

Resiliência

A resiliência pode ser descrita como uma capacidade de adaptação positiva à mudança, deliberando problemas através de estratégias, superação de adversidades e resistência à pressão que advém de situações estressantes ou traumáticas que possam colocar em risco a saúde física e mental ou seja, a resiliência pode ser encarada como o ajustamento individual positivo apesar da condição de risco (Cicchetti & Cohen, 2006; Sirikantraporn, Mateu-Gelabert, Friedman, Sandoval & Torruella, 2012).

Em situações extremas de *stress*, a resiliência pode ser encarada como inexistência de patologia podendo ser analisada através da diferenciação individual com que o organismo replica perante o stress. Esta resposta do organismo ao *stress* é diversa e varia consoante duas disparidades próprias de cada indivíduo: diferenças psicológicas e diferenças nas condições neuroquímicas e neurais (Cicchetti e Blender 2006; Cicchetti & Cohen, 2006; Reppold et al. 2012).

A resiliência é dotada de contributos genéticos e experiência que advém da vivência na infância, contudo pode ser encarada também como resultado da interação entre o indivíduo e o seu contexto social, sendo totalmente permeável à influência dessa mesma interação (Enoch, 2010; Velleman & Templeton, 2007).

A análise sobre os fatores positivos associados à resiliência revela-se importante, pois parecem interromper determinados circuitos de risco, revertendo adversidades em respostas positivas e obtendo valiosos auxílios para o entendimento do processo e desenvolvimento de estratégias de prevenção (Silva, Elsen & Lacharité, 2003; Ostaszewski & Zimmerman, 2006).

O conceito de resiliência enquanto fator de proteção individual, fornece recursos que suscitam o bem-estar mental e que poderá ter um impacto positivo na recuperação e manutenção da sobriedade do abuso de substâncias químicas. Os fatores de proteção conseguem atuar como mecanismos de defesa, promovendo o desenvolvimento do indivíduo, minimizando a repercussão de situações de risco que possam surgir na vivência diária do ser humano, estimulando e impelindo o indivíduo para o sucesso na execução de funções e reverter um possível fracasso das mesmas (Resnik, 2000).

Um indivíduo com uma boa capacidade de resiliência, evidencia autoconfiança elevada, acreditando nas suas próprias aptidões e competências, criando estratégias de enfrentamento para resolver dilemas e dificuldades que vão surgindo na sua vivência com o meio onde esta inserido. Por esta razão, é considerada como uma variável de elevada significância na promoção e manutenção da saúde intelectual ao reduzir a intensidade de emoções negativas como o *stress*, humor deprimido ou ansiedade. (Ferro & Meneses-Gaya, 2015)

É essencial identificar os fatores de risco que parecem estar associados ao abuso e dependência de drogas e/ou álcool, no entanto a resiliência evidencia possuir um papel relevante enquanto fator protetor na promoção da saúde psicológica e conseqüentemente um meio de prevenção no abuso de substâncias. (Ferro & Meneses-Gaya, 2015; Maddi, 2013).

Continuidade do *self*

Estudos referem que o ser humano se distingue pelas características centrais e imutáveis que evidencia e pelas particularidades que o indivíduo pode modificar sem transformar fundamentalmente a sua identidade (Sadeh & Karniol, 2012).

A construção do conceito de uma essência individual, aparenta estar estreitamente relacionada à noção de continuidade pessoal demonstrando o quão importante é o sustento intrapsíquico em contraste com o a importância da visão física do conceito. Isto leva a que o

ser humano detenha a capacidade consciente de perceber determinados acontecimentos e vivências individuais, levando por isso a juízos concebidos devido a mudanças significativas no campo mental, capazes de questionar a conexão entre um *self* atual e futuro (Nichols e Bruno, 2010; Tierney, Howard, Kumar, Kvaran, & Nichols, 2014).

A continuidade do *self* é um conceito que suscita a curiosidade deste o primórdio da filosofia, sendo um enigma estreitamente ligado ao conceito da identidade pessoal. Uma das grandes questões, relaciona-se com a incerteza do que acontece intrinsecamente quando o corpo físico muda com o tempo e em que grau é semelhante no ser humano. A continuidade do *self* pode ser encarada com uma variável individual, distinta para cada indivíduo e evidenciando uma maior robustez na ligação com o *self* futuro (Hershfield, Garton, Ballard, Larkin & Knutson, 2009).

A procrastinação pode ser definida como o adiamento de uma determinada ação ou situação, gerando no indivíduo sentimentos de culpa, *stress* e diminuição de motivação e produtividade. As causas ligadas ao conceito estão amplamente ligadas a graus de ansiedade e a incapacidade do organismo lidar com a mesma. No entanto parece ocasionar condutas autodestrutivas que decorrem quando o *self* presente decide adiar uma situação ou tarefa para o *self* futuro resolver. Um nível alto de continuidade do *self* percebida evidencia uma relação de causalidade com níveis mais baixos de procrastinação e conseqüentemente uma experiência do *self* futuro como uma amplificação direta do *self* presente (Ariely & Wertenbroch, 2002; Blouin-Hudon & Pychyl, 2015; Lay & Silverman, 1996)

O conceito de continuidade do *self* vai-se desenvolvendo ao longo da infância, concomitante com todos os processos cognitivos fundamentais como o pensamento operativo formal, estruturas de conhecimento auto relacionadas, a capacidade para percorrer o tempo mental e desenvolvimento de habilidades narrativas e autobiográficas. Simultaneamente, a

criança vai desenvolvendo a capacidade de identificar a conjunção da autorrepresentação, congruência e mudança (Chandler, Lalonde, Sokol, & Hallett, 2003; Fivush, 2011; Wang & Koh, 2015).

Após um período de desenvolvimento progressivo a criança alcança a adolescência e é nesta fase que existe uma elevada instabilidade psíquica, fomentada pelos processos necessários à formação de uma identidade, todo um processo de socialização de papéis que almejam a moldação de um robusto senso de identidade adulto, assim como toda uma passagem com sucesso nas diversas etapas precedentes, que consigam conferir uma história de vida coerente (Chandler, et al., 2003; Erikson, 1968).

Com o avançar da idade, os traços de personalidade tendem a estabilizar, depois de uma fase de céleres transformações na adolescência, os traços evidenciam estabilidade na idade adulta jovem e média, demonstrando uma progressiva mudança na idade sénior (Costa & McCrae, 2006; Soto, John, Gosling e Potter, 2011).

Falhas surgem agregadas à continuidade do *self* e tomadas de decisão, devido a divergências entre os vários *selves* temporais. Em determinadas áreas como o abuso de substâncias, surgem tensões entre os desejos manifestados no *self* presente e os do futuro, contudo estas mesmas tensões são reconhecidas amplamente na complexidade do ser humano. Este reconhecimento é talvez por isso, responsável pelas estratégias de pré compromisso assumidas antecipadamente com o futuro com o intuito de restringir determinado comportamento negativo. No entanto estas estratégias são bastante complexas pois nem sempre é claro, dentro dos interesses do *self* quais devem ser satisfeitos (Bartels & Urminsky, 2011; Ersner-Hershfield, Garton et al., 2009).

Características Sociodemográfica dos Indivíduos com Doença Aditiva

De forma global, o UNODC estima que 155 e 250 milhões de pessoas, (3,5% a 5,7% da população) entre os 15 e os 64 anos, consumiram substâncias ilegais pelo menos uma vez no ano anterior. Os consumidores de canábis são os maiores utilizadores de drogas ilícitas, representando cerca de 129-190 milhões de pessoas. Dados da Organização Mundial de Saúde (WHO) evidenciam que o consumo de substâncias psicoativas ilegais, é uma atividade com predominância no género masculino, sendo claramente superior ao consumo de nicotina e álcool.

O consumo de substâncias tem uma prevalência dominante nas camadas mais jovens da sociedade e os estimulantes (anfetaminas) são os segundos mais consumidos, seguidos pelos opiáceos e pela cocaína. Contudo, é importante salientar que os opiáceos são os que provocam mais danos nos seus consumidores. A heroína continua a ser a substância química mais referenciada pelos utentes em tratamento, com exceção dos novos utentes em ambulatório - canábis 49%, assim como os utentes de comunidades terapêuticas públicas - cocaína 61%, (SICAD, 2015).

Determinadas drogas e seu consumo (i.e., *ecstasy*) estão associadas a determinados focos populacionais, particularmente a camada jovem da população que devido ao estilo de vida, nomeadamente saídas, festas, necessidades de afirmação nos pares (Hussey et al., 2006; Guerra et al., 2010).

O consumo de substâncias psicoativas pode ser analisado de acordo com o entendimento que o mesmo, é realizado de forma a lidar com sentimentos de ansiedade, *stress*, baixa habilidade de gerir situações adversas para o plano mental e pobres ferramentas emocionais (Guerra et al., 2009).

Importa referir que a Revista Portuguesa Dependências, de acordo com dados do SICAD, na edição de fevereiro de 2016, preveniu que “sete em cada mil portugueses entre os 15 e os 64 anos são consumidores recentes de pelo menos uma das seguintes substâncias psicoativas: opiáceos, cocaína, anfetaminas ou metanfetaminas” (p. 4), apontando a necessidade de intervenção multidisciplinar.

Tabela 1

Taxa de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool por 100 000 habitantes em Portugal no ano de 2015

| Género | Taxa de mortalidade |
|-----------|---------------------|
| Masculino | 37,2 |
| Feminino | 8,7 |

De acordo com os dados aferidos pelo Instituto Nacional de Estatística, com última atualização em 2017, a taxa bruta de mortalidade em 2015, por doenças atribuíveis ao álcool (tabela 1) foi de 22,3 óbitos por 100 000 habitantes (37,2 nos homens e 8,7 nas mulheres). Já na realidade dos óbitos relacionados com drogas (tabela 2) o grupo etário com mais óbitos registados foi o de 40-64 anos (35), seguido pelo grupo com menos de 40 anos (15).

Tabela 2

Óbitos relacionados com consumo de drogas referentes ao ano de 2015

| Grupo etário | Taxa de mortalidade |
|-----------------|---------------------|
| Menos 40 anos | 15 |
| 40-64 anos | 35 |
| Mais de 65 anos | 2 |

Tabela 3

Mortes por Overdose, segundo o ano, por tipo de substância

| | 2014 | % | 2015 | % | 2016 | % |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| Tipo de substância | | | | | | |
| Cannabis | 8 | 24.2 | 12 | 30 | 5 | 18.5 |
| Cocaína | 21 | 63.6 | 11 | 27.5 | 9 | 33.3 |
| Opiáceos | 15 | 45.4 | 21 | 52.5 | 12 | 44.4 |
| Metadona | 14 | 42.4 | 10 | 25 | 10 | 37 |
| Anfetaminas | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 3.7 |
| Alucinogénios | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3.7 |
| Drogas Sintéticas | 2 | 6.1 | 1 | 2.5 | 3 | 11.1 |

De acordo com o relatório anual de 2016 do SICAD (tabela 3), é possível destacar os opiáceos, a metadona e a cocaína como as substâncias que mais *overdoses* provocaram nos referidos anos. Em 2014 os valores mais elevados corresponderam à cocaína, e em 2015 e 2016 corresponderam aos opiáceos. De salientar que estes são uma categoria composta por substâncias como a heroína, morfina, codeína e tramadol.

A adição em contexto clínico

A adição em substâncias químicas e/ou álcool evidencia ser uma das maiores problemáticas nas questões relacionadas com a saúde, refletindo elevados encargos para a sociedade. O adito pode desenvolver diversos problemas de caráter físico, emocional, social, financeiro ou jurídico. Determinadas substâncias causam uma dependência física onde o corpo simplesmente adapta-se ao consumo frequente, conduzindo à tolerância e à síndrome de abstinência quando se deixa de consumir (National Institute on Drug Abuse, 2012; Detar, 2011)

Ao longo da sua formação, o psicólogo clínico adquire inúmeras ferramentas teóricas que lhe permitem atuar e exercer a sua profissão, em diversos cenários. O desempenho das suas habilidades, depende muito das áreas onde pretende exercer, devendo por isso adequar os

conhecimentos e valências ao paciente e problemáticas e também às necessidades da instituição onde está inserido (Brito, 2008; Page & Stritzke, 2014).

Salientando os centros de reabilitação como área de intervenção, é pertinente referir que o consumo e dependência de substâncias, representa um importante encargo para indivíduos e sociedades de todo o mundo, sendo por isso um problema de saúde pública, com consequências biopsicossociais na vida dos indivíduos aditos, e de todos os que os rodeiam, havendo por isso interesse social na reabilitação e manutenção da sobriedade do adito (Lima, Dimenstein & Macedo, 2015; Santos, 2014).

A adição em álcool e substâncias químicas é considerada uma doença crónica, sendo necessária uma manutenção dos aspetos do foro emocional e na dotação de ferramentas que auxiliem o indivíduo a não recair (Baltieri et al., 2004; DGS, 2001; Tavares, Araújo, Silva & Sousa, 2002).

Existem vários tipos/programas de intervenção e tratamento que visam o tratamento e reabilitação dos indivíduos que sofrem deste tipo de problemática. Os mesmos podem diferir nos tipos de intervenção, abordagens teóricas utilizadas no aconselhamento psicológico ou psicoterapia, ou até na administração ou ausência de medicação na fase de desintoxicação (Center for Substance Abuse Treatment, 1999).

Dependendo da instituição, eficácia dos tratamentos, preferência e motivação do terapeuta, é utilizado um ou mais métodos de trabalho que assentam em diversos princípios como grupos de autoajuda, terapia cognitivo comportamental, método dos 12 passos, terapia Milieu, terapia Humanista, Terapia Gestalt, Terapia Comportamental Dialética, Terapia de Aceitação e Compromisso e entrevista de motivação (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014; Broekaert, Vandeveld, Soyez, Yates, & Slater, 2005)

No contexto clínico, o importante será evidenciar uma preocupação em valorizar os aspetos positivos e saudáveis do ser humano que necessita de ajuda, analisando e maximizando os mesmos e concluindo de que forma podem ser utilizados frente a situações potenciais de gerar stress e ansiedade (Atkinson, Martin & Rankin, 2009)

Com a redução do consumo e sobriedade no consumo de substâncias, vale a pena considerar a disponibilidade farmacológica e as terapias psicoterapêuticas, nomeadamente com técnicas interventivas que visem determinadas variáveis da personalidade como a resiliência e a continuidade do *Self*.

Método

Objetivo do Estudo

Esta investigação, tem como objetivo principal, a identificação de aspetos positivos da personalidade dos dependentes químicos e/ou em álcool, que sejam mais-valias terapêuticas, nomeadamente a resiliência e a continuidade do *self*.

Pretende-se ainda, analisar outros temas específicos, com pertinência para o estudo, tais como a caracterização do perfil da população com dependências e sem as mesmas, no que diz respeito à resiliência e continuidade do *self* e comparando as referidas dimensões, dentro das categorias aditivas. Aferir uma possível relação entre as dimensões estudadas e determinadas variáveis sociodemográficas.

Participantes

Os participantes neste estudo correspondem a 100 indivíduos recolhidos por conveniência, constituídos por 50 indivíduos com doença aditiva, mas em processo de abstinência de qualquer tipo de substâncias químicas e/ou álcool, com uma média de idade de 44.4 anos e desvio padrão de 1.69; e por 50 indivíduos sem doença aditiva, com uma média de idade de 32.9 anos e desvio padrão 0.92.

Tabela 4

Tabela de Frequências

| | | Count | Table N % |
|-------------------------|-----------------------------|-------|-----------|
| Género | Masculino | 71 | 71% |
| | Feminino | 29 | 29% |
| Estado Civil | Solteiro(a) | 26 | 26% |
| | União de Facto | 20 | 20% |
| | Casado(a) | 31 | 31% |
| | Separado(a) | 3 | 3% |
| Habilitações Académicas | Divorciado(a) | 10 | 10% |
| | Não completou ensino básico | 1 | 1% |
| | Ensino básico | 12 | 12% |
| | Ensino secundário | 71 | 71% |
| | Bacharel/Licenciatura | 6 | 6% |
| | Mestrado | 10 | 10% |

Através da análise da tabela 4, é possível verificar que 71% dos indivíduos da amostra pertencem ao género masculino enquanto 29% pertence ao género feminino. No que concerne ao estado civil, a dimensão que se destaca são os indivíduos casados (31%) ou em união de facto (20%). É possível aferir que a maioria dos indivíduos tem como habilitações literárias o ensino secundário (71%).

Tabela 5

Tabela de Frequências

| | | Sem Doença Aditiva=N50 | Com doença Aditiva=N50 |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | | Count | Count |
| Género | Masculino | 34 | 37 |
| | Feminino | 16 | 13 |
| Estado Civil | Solteiro(a) | 16 | 20 |
| | União de Facto | 16 | 4 |
| | Casado(a) | 16 | 15 |
| | Separado(a) | 1 | 2 |
| Habilitações Académicas | Divorciado(a) | 1 | 9 |
| | Não completou ensino básico | 0 | 1 |
| | Ensino básico | 5 | 7 |
| | Ensino secundário | 34 | 37 |
| | Bacharel/Licenciatura | 4 | 2 |
| | Mestrado | 7 | 3 |

No referente à destriça da amostra por patologia aditiva (tabela 5) verifica-se que dentro do grupo sem adição (N=50) que 34 indivíduos são do género masculino e 16 são do género feminino. No que alude ao estado civil, a maioria está casado (16) ou em união de facto (16). Nas habilitações académicas, salientam-se os indivíduos que possuem o ensino secundário (34), contudo 4 indivíduos possuem bacharel/licenciatura e 7 indivíduos o mestrado. No grupo com adição (N=50), é caracterizado quanto ao género na sua maioria (37) do género masculino e 13 do feminino. Quanto ao estado civil, destaca-se a categoria solteiro(a) com 15 indivíduos, seguida dos casados (as) com 15 indivíduos, havendo 9 indivíduos na situação de divorciado(a). A grande maioria (37) possui o ensino secundário com habilitações literárias, seguido do ensino básico (7).

Instrumentos

Escala de resiliência

Para esta investigação foi realizado um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico (apêndice B e apêndice C), formado por questões fechadas relevantes (*e. g.*, sexo, idade, escolaridade, profissão e história/padrões de consumos) e por duas escalas pertinentes ao estudo: a escala de resiliência (apêndice D) e a escala de continuidade do *self* (apêndice E).

Foi aplicada a *Resilience Scale* (apêndice D), desenvolvida por Wagnild & Young em 1993 e adaptada à população portuguesa por Deep & Leal em 2012. Esta escala avalia o nível de adaptação psicossocial positiva em determinados momentos significativos da vida dos indivíduos. É uma escala composta por 25 itens com resposta tipo likert que varia entre 1 e 7 (discordo totalmente a concordo totalmente) e que se organizam em 5 fatores: a) Perseverança (itens 1,2,9,10,23 e 24), para os dados em estudo neste trabalho apresenta um alfa de cronback de 0.85; b) Autoconfiança (itens 14,15,17,18,19,20 e 22) para os dados em estudo neste trabalho apresenta um alfa de cronback de 0.79; c) Serenidade (itens 4,6,12 e 16) para os dados em estudo neste trabalho apresenta um alfa de cronback de 0.46; d) Significado de vida (itens 8, 11,13,21 e 25 para os dados em estudo neste trabalho apresenta um alfa de cronback de 0.67); e) Autossuficiência (itens 3 e 7) para os dados em estudo neste trabalho apresenta um alfa de cronback de 0.34. Os seus resultados são aferidos em pontos e quanto maior a pontuação obtida, maior a resiliência do indivíduo, ou seja, a cotação dos resultados da Escala de Resiliência, assenta na soma dos pontos nos vários itens, tem uma variabilidade de 25 pontos e atinge um máximo de 175 pontos (tabela 6) (Wagnild & Young, 1993).

Tabela 6

Cotação de resultados de Wagnild e Young (1993)

| Cotação Resiliência | | | | |
|---------------------|------------------|------------------|-----------------|---------------|
| Nível muito baixo | Nível baixo | Nível moderado | Nível alto | Nível elevado |
| 115 Pontos | 116 - 130 Pontos | 131 - 145 Pontos | 146 -160 Pontos | 161 Pontos |

Escala continuidade do *self*

Para a obtenção da mensuração da continuidade do *self*, foi utilizada uma escala cuja validação para a população portuguesa por Cabrita e Rosado (2017) está em curso. A escala de persistência pessoal da continuidade do *self* (apêndice E), composta por 13 itens classificados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos em que 0 corresponde a “discordo totalmente”, 1 aponta a “discordo”, 2 significa “não concordo nem discordo”, 3 expressa “concordo” e 4 afirma “concordo totalmente” e cujas questões refletem duas dimensões distintas:

Continuidade do *Self* – Aferida através dos itens 2,5,7,8,9,10 e 12, cuja soma da pontuação varia entre 0 e 28, refletindo a forma como o individuo consegue permanecer igual, não denotando transformações persistentes, instigadas temporalmente.

Descontinuidade do *Self* - Aferida através dos itens 1,3,4,6,11 e 13, cuja soma da pontuação varia entre 0 e 24, refletindo uma desvirtuação na forma como o individuo se percebe no passado, presente e futuro.

Para os dados em estudo nesta investigação, a escala apresenta um alfa de cronback de 0.90 para a continuidade do *self* e de 0.73 para a descontinuidade do *self*.

Procedimentos

Num primeiro momento da investigação procedeu-se a um levantamento bibliográfico de aspetos históricos, socioeconómicos, culturais e demográficos sobre os elementos associados à personalidade dos dependentes químicos e álcool, que servissem de base à

contextualização e enquadramento da importância da resiliência e da continuidade do self no processo terapêutico, assim como ao conjunto de componentes subjacentes a esta investigação. Após análise dos artigos considerados pertinentes para o estudo, procedeu-se à recolha de dados através do protocolo concebido.

A recolha de dados decorreu em duas formas, uma em versão papel e na versão on-line (Google-Form).

Para a aplicação do protocolo na versão papel em indivíduos com doença aditiva, foi necessário entrar em contacto com uma comunidade terapêutica (UTITA), especializada no tratamento de adições e obter autorização da direção para a recolha de dados.

A todos os participantes, com e sem doença aditiva, que efetuaram o preenchimento dos dados, foi explicada a natureza da investigação, assegurada a confidencialidade dos dados e solicitada a maior sinceridade das respostas.

Numa segunda fase, procedeu-se à introdução e análise de dados através do programa da IBM, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). O tratamento estatístico foi realizado com a análise descritiva dos dados, visando essencialmente as variáveis em estudo e aferindo os valores mínimos, máximos, médias, desvio padrão, assimetria e curtose. Estes dados foram obtidos com recurso ao teste paramétrico t de Student e teste de Mann-Whitney; Teste não paramétrico de Kruskal-Wallis; modelos de regressão linear múltipla.

Resultados

Resultados Descritivos do Estudo

Tabela 7

Estatística Descritiva das Variáveis Psicológicas

| Variáveis em estudo | Mínimo | Máximo | Média | Desvio | | |
|-------------------------|--------|--------|--------|----------|------------|---------|
| | | | | Padrão | Assimetria | Curtose |
| Resiliência Total | 70 | 171 | 138.77 | 18.99328 | -1.615 | 3.476 |
| Perseverança | 11 | 42 | 33.36 | 5.5186 | -1.941 | 5.196 |
| Autoconfiança | 15 | 49 | 38.72 | 6.25402 | -1.793 | 3.755 |
| Serenidade | 11 | 28 | 23.25 | 3.17622 | -0.953 | 1.612 |
| Sentido da Vida | 12 | 35 | 26.88 | 5.10749 | -0.731 | 0.351 |
| Autossuficiência | 3 | 14 | 10.8 | 2.12726 | -1.063 | 1.797 |
| Continuidade do self | 7 | 35 | 20.34 | 6.89198 | -0.038 | -0.657 |
| Descontinuidade do self | 7 | 29 | 17.38 | 4.57437 | -0.097 | -0.601 |

Na caracterização da variável resiliência e as respetivas dimensões, de acordo com a tabela 7 e com a cotação de Wagnil e Young (tabela 6), a amostra total (N100) demonstra níveis moderados de Resiliência Total, com um valor médio de 138.77. As dimensões Perseverança e Autoconfiança são as que mais se evidenciam com valores médios de 33.36 e 38.72 respetivamente. A dimensão que menos se evidencia, apresenta valores médios de 10.80 e corresponde à Autossuficiência.

Relativamente a Resiliência Total às amostras quando analisadas de modo diferencial, é possível aferir através das tabelas 8 e 9 que os indivíduos com doença aditiva evidenciam valores médios de 132.58 enquanto os indivíduos sem adição obtiveram resultados médios de 144.96.

Tabela 8

Estatística do Grupo Com Doença Aditiva

| Variáveis em estudo | Média | Desvio Padrão |
|----------------------------|--------------|----------------------|
| Resiliência Total | 132.58 | 23.32 |
| Perseverança | 31.34 | 6.77 |
| Autoconfiança | 36.78 | 7.89 |
| Serenidade | 23.26 | 3.85 |
| Sentido da Vida | 25.18 | 5.29 |
| Autossuficiência | 10.44 | 2.56 |
| Continuidade do self | 18.8 | 6.68 |
| Descontinuidade do self | 18.94 | 4.21 |

É aferido tanto na amostra com doença aditiva (tabela 8), como a que não possui a adição (tabela 9), que as dimensões com mais expressão nos valores médios são a Perseverança (31.34 e 35.38) e Autoconfiança (36.78 e 40.66), enquanto a Autossuficiência (10.44 e 11.16) é a que possui os valores médios mais baixos.

Tabela 9

Estatística do Grupo Sem Doença Aditiva

| Variáveis em estudo | Média | Desvio Padrão |
|----------------------------|--------------|----------------------|
| Resiliência Total | 144.96 | 10.31 |
| Perseverança | 35.38 | 2.69 |
| Autoconfiança | 40.66 | 3 |
| Serenidade | 23.24 | 2.35 |
| Sentido da Vida | 28.58 | 4.32 |
| Autossuficiência | 11.16 | 1.51 |
| Continuidade do self | 21.88 | 6.81 |
| Descontinuidade do self | 15.82 | 4.42 |

Relativamente à dimensão Continuidade do *Self*, verificou-se que a amostra na sua globalidade possui um valor médio de 20.34 sendo superior quando comparado aos valores aferidos na Descontinuidade do *Self*, nomeadamente uma média de 17.38. Quando as amostras são analisadas distintivamente em relação à Continuidade do *Self*, o grupo de indivíduos sem doença aditiva (tabela 9), obteve valores médios de 21.88 enquanto os indivíduos com adição (tabela 8) obtiveram valores médios de 18.80. Na Descontinuidade do *Self* o grupo de indivíduos com doença aditiva obteve valores médios superiores (18.94) quando comparados com o grupo sem doença aditiva (15.82).

Resultados da relação entre as variáveis resiliência e continuidade do self, e as amostras com e sem patologia aditiva

Para obter uma possível relação entre as variáveis psicológicas e as amostras independentes, foi aplicado o teste paramétrico *t de Student* e cujos resultados podem ser verificados na tabela 10.

Tabela 10

Teste Paramétrico t de Student

| Variáveis Psicológicas | Grupo com patologia | | Grupo sem patologia | | T | Valor de p |
|-------------------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------|---------|------------|
| | aditiva | | aditiva | | | |
| | Media | Desvio Padrão | Média | Desvio Padrão | Student | |
| Resiliência Total | 132.58 | 23.32 | 145 | 10.31 | 3.432 | 0.001 |
| Perseverança | 31.34 | 6.77 | 35.38 | 2.69 | 3.916 | .000 |
| Autoconfiança | 36.78 | 7.89 | 40.66 | 3 | 3.248 | 0.002 |
| Serenidade | 23.26 | 3.85 | 23.24 | 2.35 | 0.031 | 0.975 |
| Sentido da Vida | 25.18 | 5.29 | 28.58 | 4.32 | 3.514 | 0.001 |
| Autossuficiência | 10.44 | 2.56 | 11.16 | 1.51 | 1.709 | 0.091 |
| Continuidade do self | 18.8 | 6.68 | 21.88 | 6.81 | 2.281 | 0.025 |
| Descontinuidade do self | 18.94 | 4.21 | 15.82 | 4.42 | 3.612 | .000 |

No que concerne ao estudo da diferença entre os dois grupos, foi evidenciada uma diferença nas variáveis resiliência total, perseverança, autoconfiança, sentido da vida e continuidade do self, com todas as variáveis a apresentarem valores superiores no grupo sem patologia de adição quando comparado com o grupo com a mesma. No que se refere à variável descontinuidade do self, é possível verificar que o grupo com patologia apresenta uma média superior ao grupo sem patologia aditiva.

Resultados da relação entre as variáveis resiliência e continuidade do *self*, e variáveis sociodemográficas na amostra com patologia aditiva

Tabela 11

Estudo das diferenças, nos sujeitos com patologia aditiva em função do género

| Variáveis Psicológicas | Homens | | Mulheres | | U de Mann-Whitney | Valor de p |
|-------------------------|---------|---------------|----------|---------------|-------------------|------------|
| | Mediana | Desvio padrão | Mediana | Desvio padrão | | |
| Resiliência Total | 137 | 3.76 | 135 | 7 | 275.50 | 0.438 |
| Perseverança | 33 | 1.35 | 32 | 1.84 | 254.00 | 0.764 |
| Autoconfiança | 40 | 1.21 | 34 | 2.43 | 331.50 | 0.044 |
| Serenidade | 24 | 0.58 | 25 | 1.31 | 216.00 | 0.586 |
| Sentido da Vida | 27 | 0.82 | 24 | 1.66 | 297.50 | 0.206 |
| Autossuficiência | 11 | 0.43 | 12 | 0.56 | 164.50 | 0.089 |
| Continuidade do self | 20 | 1.02 | 15 | 2.12 | 314.50 | 0.101 |
| Descontinuidade do self | 19 | 0.6 | 21 | 1.53 | 197.50 | 0.339 |

Através da apresentação de resultados da tabela 11, verifica-se que existem diferenças significativas entre os dois géneros no grupo com perturbação aditiva, nomeadamente no género masculino nas dimensões autoconfiança ($p=0.044$)

Tabela 12

Estudo das diferenças em função do tempo de abstinência

| Variáveis | Menos de 2 anos | | Entre 2 e 10 anos | | Mais de 10 anos | | Kruskal-Wallis | Valor de p |
|-------------------------|-----------------|---------------|-------------------|---------------|-----------------|---------------|----------------|------------|
| | Mediana | Desvio padrão | Mediana | Desvio padrão | Mediana | Desvio padrão | | |
| Resiliência Total | 137 | 5.21 | 137 | 4.6 | 137 | 4.91 | 0.272 | 0.873 |
| Perseverança | 32 | 1.55 | 33 | 1.19 | 32 | 1.29 | 0.281 | 0.869 |
| Autoconfiança | 40 | 1.73 | 38 | 1.71 | 38 | 1.80 | 0.103 | 0.950 |
| Serenidade | 24 | 0.85 | 23 | 0.78 | 25 | 0.59 | 1.891 | 0.388 |
| Sentido da Vida | 25.5 | 1.04 | 27 | 1.34 | 25 | 1.88 | 0.338 | 0.845 |
| Autossuficiência | 10.5 | 0.46 | 11 | 0.76 | 12 | 0.86 | 1.320 | 0.0517 |
| Continuidade do self | 18.5 | 1.16 | 21 | 1.63 | 13 | 3.54 | 2.077 | 0.354 |
| Descontinuidade do self | 19.5 | 0.78 | 20 | 0.96 | 17 | 2.21 | 0.313 | 0.855 |

Por forma a agilizar estatisticamente os resultados (tabela 12), optou-se pela junção de quatro campos, passando de sete para três campos (menos de 2 anos; entre 2 e 10 anos; mais de 10 anos).

Em relação à diferença em função do tempo de abstinência, verifica-se que não existem diferenças significativas em nenhuma dimensão estudada.

Tabela 13

Diferenças em função do estado civil

| Variáveis | Situação de vivência | | | | | | Kruskal-Wallis | Valor de p |
|-------------------------|----------------------|---------------|----------|---------------|------------|---------------|----------------|------------|
| | Solteiro | | em comum | | Divorciado | | | |
| Psicológicas | Mediana | Desvio padrão | Mediana | Desvio padrão | Mediana | Desvio padrão | | |
| Resiliência Total | 131.5 | 5.80 | 140 | 4.46 | 135 | 6.37 | 5.313 | 0.070 |
| Perseverança | 32 | 1.65 | 33 | 1.46 | 32 | 1.66 | 3.925 | 0.140 |
| Autoconfiança | 36 | 2.13 | 40 | 1.08 | 37 | 2.14 | 5.683 | 0.050 |
| Serenidade | 22.5 | 0.95 | 25 | 0.76 | 25 | 0.96 | 5.982 | 0.050 |
| Sentido da Vida | 24.5 | 1.16 | 27 | 1.05 | 27 | 1.81 | 4.171 | 0.124 |
| Autossuficiência | 10 | 0.53 | 11 | 0.72 | 12 | 0.45 | 1.484 | 0.476 |
| Continuidade do self | 18 | 1.41 | 20 | 1.68 | 19 | 1.97 | .0735 | 0.692 |
| Descontinuidade do self | 20.5 | 0.89 | 17 | 1.01 | 21 | 1.12 | 3.937 | 0.140 |

Por forma a agilizar estatisticamente os resultados (tabela 13), optou-se pela junção de três campos, passando de seis para três campos (solteiro; situação de vivência comum; divorciado).

No que concerne a diferenças no estado civil, é possível aferir que existe uma diferença significativa na variável autoconfiança ($p=0.05$) em que o grupo de situação de vivência comum apresenta valores superiores ($Me=40$) quando comparados com o grupo Solteiro ($Me=36$) e grupo divorciado ($Me=37$).

Na variável serenidade ($p=0.05$), distinguem-se os grupos situação de vivência comum e o grupo divorciado com um valor superior ($Me=25$) em relação ao grupo solteiro ($Me=22$).

Resultado do estudo das variáveis preditoras

Tabela 14

*Modelo regressão linear múltiplo da patologia aditiva em função das variáveis preditoras**(N=100)*

| Variables | Coeficientes não | | Coeficientes | | | Estatísticas de | |
|----------------------------|------------------|----------|----------------|----------|----------|-----------------|-------|
| | estandarizados | | estandarizados | <i>T</i> | <i>p</i> | colinearidade | |
| | <i>B</i> | <i>E</i> | β | | | Tol. | VIF |
| <i>(Constante)</i> | 1.553 | 0.431 | | 3.606 | 0.001 | 0.643 | 1.554 |
| Idade | -0.023 | 0.004 | -0.524 | -5.393 | 0 | 0.739 | 1.354 |
| Estado Civil | 0.021 | 0.036 | 0.053 | 0.58 | 0.563 | 0.82 | 1.22 |
| Género | 0.02 | 0.095 | 0.018 | 0.208 | 0.836 | 0.665 | 1.504 |
| Continuidade do self | 0.007 | 0.007 | 0.096 | 1.002 | 0.319 | 0.633 | 1.58 |
| Descontinuidade do self | -0.021 | 0.011 | -0.189 | -1.935 | 0.056 | 0.952 | 1.051 |
| Resiliência total | 0.007 | 0.002 | 0.27 | 3.389 | 0.001 | 0.643 | 1.554 |

Foi efetuada uma regressão linear múltipla onde se analisou as variáveis idade, género, estado civil, resiliência total, continuidade e descontinuidade do self. Encontram-se diferenças significativas ($F(6,93)=11.98$; $R^2=.40$; $p<.000$) e o VIF ($1.05<VIF<1.58$), o que indica a inexistência de multicolinearidade. Dos 6 preditores no modelo, revelam-se estatisticamente significativos para explicar a perturbação de adição nomeadamente a idade (menos), a resiliência (menos) e a descontinuidade do self (mais).

Discussão

Esta investigação tem como objetivo a identificação de aspetos positivos da personalidade dos dependentes químicos e/ou em álcool, que possam ser mais-valias terapêuticas, nomeadamente a Resiliência e a Continuidade do *Self*. Pretende-se ainda, analisar e caracterizar o perfil da população com dependências e sem as mesmas, comparando determinadas dimensões e aferir uma possível relação entre as variáveis psicológicas e as sociodemográficas.

De acordo com o investigado é possível aferir (tabela 7) que a amostra na sua globalidade, demonstra níveis moderados de resiliência total. Quando analisamos o grupo de forma diferencial, com e sem patologia aditiva, é possível verificar que os indivíduos com adição revelam um nível inferior de resiliência em relação aos indivíduos sem patologia aditiva. Este resultado pode ser clarificado ao analisarmos o conceito de resiliência, que pode ser encarado como o ajustamento individual positivo apesar da condição de risco. Fortemente relacionada não só com a genética do individuo, que tem um papel importante, mas também com fatores de contexto social, atuando como fator de proteção individual contra o consumo e abuso de substâncias. (Cicchetti & Cohen, 2006; Gomes, 2012; Resnik, 2006; Rutter, 2000).

Os fatores de proteção e risco na resiliência relacionam-se com a compreensão da adição, mostrando que poderão fazer diferença na escolha de consumir ou não substâncias psicoativas, corroborando o que é defendido por Beauvais & Oetting (1999). É importante compreender que a resiliência é uma variável psicológica que se vai desenvolvendo no decorrer da vida de um individuo e que emerge da intersecção dos fatores de risco com os de proteção. Estes últimos são adquiridos através das ferramentas intrínsecas do individuo, nomeadamente motivação, esperança no futuro, autonomia, estabilidade psicológica, autoestima elevada mas também através de ferramentas extrínsecas como um bom suporte de apoio social/familiar. Os

fatores de proteção têm a capacidade de atuar como mecanismos de defesa, promovendo o desenvolvimento do indivíduo e minimizando a repercussão de situações de risco que possam surgir na vivência diária do ser humano, estimulando e impelindo o indivíduo para o sucesso na execução de funções e reverter um possível fracasso das mesmas (Resnik, 2000).

É evidenciado nos resultados da relação entre as variáveis de resiliência (tabela 10), que o grupo sem adição apresenta valores superiores nas dimensões resiliência total, perseverança, sentido de vida, e autoconfiança quando comparados com o grupo com patologia aditiva. A perseverança pode ser encarada como a capacidade de persistir mesmo perante a adversidade, mostrando uma vontade de lutar superior à vontade de desistir. Estes resultados mostram que os indivíduos sem adição possuem uma determinação em alcançar as suas metas e objetivos, contrastando com os indivíduos com adição que refletem uma certa inconstância e desistência perante a adversidade e respetivas consequências. Romer Thomsen e seus colegas (2018) elucidam este facto ao determinarem com o seu estudo, que a falta de perseverança está associada ao uso problemático de diversas adições, evidenciando a mesma como potencial s alvo terapêutico preventivo.

O sentido de vida caracteriza-se pelo reconhecimento e valor que o indivíduo identifica na sua vivência, sendo que indivíduos com patologia aditiva, não reconhecendo muitas vezes o valor subjacente da vida. Esta situação é corroborada por Brassai, Piko & Steger (2010) que no estudo com adolescentes e o significado de vida realizado, evidenciou que esta dimensão desempenha um papel protetor em relação aos comportamentos de risco como drogas ilícitas e que a saúde psicológica está fortemente relacionada com o significado da vida.

Um indivíduo com uma boa capacidade de resiliência, evidencia autoconfiança elevada, acreditando nas suas próprias aptidões e competências, criando estratégias de enfrentamento para resolver dilemas e dificuldades que vão surgindo na sua vivência com o meio onde esta

inserido. Por esta razão, é considerada como uma variável de elevada significância na promoção e manutenção da saúde intelectual ao reduzir a intensidade de emoções negativas como o *stress*, humor deprimido ou ansiedade (Ferro & Meneses-Gaya, 2015). Por outro lado os fatores de risco, aumentam a vulnerabilidade do indivíduo e são constituídos pelas situações e experiências adversas, circunstâncias stressantes, perigos físicos e mentais. Dependendo dos seus fatores de risco e proteção e de quais prevalecem, um indivíduo age ou não, de forma resiliente numa situação de consumo de substâncias psicoativas (Beauvais & Oetting, 1999; Yunes, 2001). Determinados estudos (Sinha, 2008) sugerem que determinados eventos de vida, assim como um grau de *stress* elevado, podem influenciar e motivar fortemente o indivíduo na decisão de consumir substâncias psicoativas, evidenciando uma correlação entre o fator stress (fator de risco) e o desenvolvimento da adição. Não obstante, a resiliência pode ser desenvolvida desde os estágios iniciais de vida e primeira infância, contribuindo como um valioso fator de proteção. Este facto é comprovado por estudos (Pesce et al., 2005) efetuados com crianças resilientes que apontam, que a coesão e boa dinâmica familiar são importantes fatores de proteção contra a adversidade.

É evidenciado nos resultados da relação entre as variáveis de continuidade do *self* (tabela 10), uma diferença significativa na continuidade do *self* com um valor superior no grupo sem adição, e na descontinuidade do *self* com maior valor no grupo com patologia aditiva. Estas diferenças podem ser consideradas ao abordar o conceito de continuidade do *Self* que pode ser descrito pelas características centrais e imutáveis que o ser humano evidencia, assim como as particularidades que o mesmo pode modificar sem perder a sua essência e identidade perante a versatilidade inerente à própria vivência (Sadeh & Karniol, 2012). Por outro lado, o conceito de descontinuidade do *self* traduz-se como uma desvirtuação na forma como o indivíduo se percebe no passado, presente e futuro, revelando um rompimento na identidade

do indivíduo. Em concordância com este resultado Bartels & Urminsky (2011) defendem que determinadas falhas são evidenciadas quando se relacionam os conceitos de continuidade do *self* e tomadas de decisão, podendo advir discórdias entre os vários *selves* distintos na forma temporal. Isto é importante quando nos referimos a áreas como o abuso de substâncias, onde surgem tensões entre os desejos manifestados no *self* presente e os do futuro.

No que respeita aos resultados da relação entre as variáveis resiliência, continuidade do *self* e variáveis sociodemográficas no grupo com patologia aditiva, foi possível aferir uma relação entre a dimensão autoconfiança e o género masculino (tabela 11). A dimensão autoconfiança pode ser percebida como a competência para o foco e autodeterminação, sendo que este resultado pode ser elucidado pela elevada prevalência de aditos do género masculino, sendo consistente com a Sinope Estatística do SICAD (2016) em matérias de substâncias ilícitas que evidencia no consumo ao longo da vida, uma prevalência superior no género masculino, quando comparado ao feminino. O mesmo se reflete na taxa de mortalidade por consumo de álcool, verificando-se uma prevalência superior no género masculino. A autoconfiança superior no género masculino poderá estar também, relacionada com os papéis sociais e modelos educativos praticados na sociedade onde se está inserido. Estes contribuem para um condicionamento de determinadas atitudes e comportamentos, assim como podem regular a confiança em si mesmo e nas suas habilidades, traduzindo-se de uma forma mais elevada no género masculino e numa forma mais reduzida no género feminino (Bourdieu, 2003; Werner, 2005).

Dos resultados da relação entre as variáveis resiliência, continuidade do *self* e a variável sociodemográfica estado civil, no grupo com patologia aditiva, foi possível aferir uma relação (tabela 13) entre a dimensão autoconfiança e os grupos que se encontram em situação de vivência comum e situação de divórcio, dentro da amostra com doença aditiva. A serenidade

pode ser considerada como a forma como se perspetiva a vida, modelando as atitudes extremas à contrariedade. Os resultados aferidos são consistentes com Werner (2005) que defende a importância da situação familiar, do comprometimento e estabelecimento de relações amorosas na construção e manutenção da resiliência do adulto. Apesar dos resultados serem iguais para os dois grupos, é importante salientar que o grupo de indivíduos divorciados já vivenciou a situação de casado ou unido de facto, podendo ter desenvolvido as dimensões resilientes aquando dessa situação. Segundo Black & Lobo (2008), a família é um sistema capaz de potencializar o desenvolvimento e promover a robustez da resiliência. Através da rede de apoio desse sistema, há um auxílio dos seus membros em situações adversas, contribuindo para que ultrapassem as mesmas com relativo êxito. Para além de fomentar a resiliência, a família pode ser uma poderosa ferramenta na luta contra a adição. Segundo Walsh (2002) a resiliência familiar pode ser utilizada no sentido de prevenir patologias, promovendo a saúde através da forma como os seus membros se influenciam na sua dinâmica de convivência diária através de ensinamentos de adaptações a situações desagradáveis ou difíceis.

Dos resultados da relação entre as variáveis resiliência, continuidade do *selfe* a variável tempo de abstinência, é possível aferir (tabela 12) que não existe nenhuma diferença estatística significativa. Este resultado poderá estar relacionado com o total da amostra com doença aditiva ser limitada em termos representativos, não permitindo evidenciar diferenças significativas nesta categoria estudada. Por outro lado, esta ausência de resultado entre as variáveis psicológicas e o tempo que o indivíduo se encontra sem consumir, estando em processo de sobriedade, pode ser elucidado por Dessen & Polonia (1998) que consideram que a resiliência e o seu conceito não são tão lineares como se perspetivava. A resiliência pode não advir do simples facto da adaptação ou fuga a alguma situação adversa ou desagradável. Indivíduos que superaram experiências negativas podem concentrar toda a sua energia psíquica

em torno das situações adversas que experienciaram, negligenciando determinadas dimensões da sua vivência não refletindo por isso um aumento da resiliência mesmo já não consumindo substâncias psicoativas.

Do resultado das variáveis preditoras (tabela 14), aferido através de uma regressão linear múltipla com o intuito de avaliar uma possível relação de dependência, que explique o comportamento da variável dependente (adição) a partir do comportamento de uma ou mais variáveis independentes (idade, estado civil, género, continuidade e descontinuidade do *self*, resiliência total), constata-se que dos seis preditores no modelo, é possível aferir significância estatística, concretamente menos idade, menos resiliência total e mais descontinuidade do *self* associadas à existência de perturbação aditiva. Estes resultados são coerentes com estudos (Bartzokis et al., 2000) que aferiram a relação entre a idade e volume do lobo frontal e temporal em jovens com problemas de adição. Dados do referido estudo sugerem, que os jovens com problemas aditivos apresentam um declínio acelerado no volume de matéria cinzenta do lobo frontal, assim como um menor volume do lobo temporal. Estas diminuições da área cortical podem ser um marcador biológico para o risco de comportamento aditivo, que também diminui com o avançar da idade.

No respeitante ao resultado de uma menor resiliência total (tabela 14) como preditor da patologia aditiva. Wingo, Ressler & Bradley (2014) elucidam esse facto ao apresentar o seu estudo que aferiu que a capacidade de ajustamento e superação de situações infelizes ou hostis se traduz em maiores níveis de resiliência, e conseqüentemente se mitiga a tendência de consumo de substâncias psicoativas, mesmo em adultos cuja infância foi marcada por situações adversas como violência, abusos e outras experiências traumáticas.

No respeitante ao resultado de um maior nível de descontinuidade do *self* como preditor de adição (tabela 14), podemos considerar que este facto pode ser elucidado uma desconexão

da ligação do *Self* ao longo da vida, muitas vezes marcados por períodos negros de abuso de substâncias no passado e onde o indivíduo em recuperação e sem estar a consumir no presente, se sente incapaz de se rever com o mesmo sentido de identidade. O indivíduo é por isso incapaz de perceber o self futuro como uma amplificação direta do self presente (Ariely & Wertenbroch, 2002; Blouin-Hudon & Pychyl, 2015).

No decorrer desta investigação, foram percebidas algumas limitações. O número da amostra (N=50) de indivíduos com adição tendo em conta a vasta população, não permitiu retirar determinadas relações dentro do grupo de indivíduos com doença aditiva, sendo por isso difícil obter resultados consistentes com os testes estatísticos realizados. Esta dificuldade de amostragem relaciona-se principalmente com a dificuldade e disponibilidade de colaboração por parte de comunidades terapêuticas que funcionam em regime ambulatorio com antigos pacientes.

Considerando a adição na sua totalidade com os diversos fatores de risco inerentes, não é possível considerar a droga ou o álcool por si só, como o único fator a ter em conta no perigo de consumir ou recair. É por isso sugerido que haja um investimento em ações de cariz preventivo, e em desenvolvimento de habilidades que permitam a oposição a pressões externas. Estas ações deverão estar focadas principalmente nas camadas mais jovens e suscetíveis de consumir substâncias psicoativas.

Ao longo da investigação e aferidos os resultados, é notória a importância que a resiliência e a continuidade do *self* poderão ter no auxílio da manutenção da sobriedade de um adito. A doença aditiva é considerada uma doença crónica e como tal, carece de cuidados vitalícios por forma a alcançar um estado de saúde física e também mental. A pesquisa apontou a necessidade da promoção de terapêuticas capazes de desenvolver a resiliência e também da continuidade do *self* procurando aferir quais os fatores de proteção e de risco que podem ser

trabalhados em contexto clínico com indivíduos aditos. Nesse sentido sugere-se o desenvolvimento de terapêuticas que visem a diminuição de emoções negativas como a ansiedade e/ou *stress*, assim como a ferramentas que trabalhem a aquisição de competências capazes de auxiliar o indivíduo numa superação positiva aquando o aparecimento de uma situação adversa. É também importante, o treino de habilidades que facilitem a diminuição de procrastinação, podendo ser utilizados como mais-valias na promoção da manutenção e prevenção de recaídas na adição de substâncias químicas e/ou álcool.

Como sugestão futura, propõe-se a recolha de uma amostra maior, podendo posteriormente correlacionar dimensões não verificadas neste estudo.

Do estudo realizado e dos objetivos estudados e evidenciados com resultados significativos, conclui-se que existe relação entre as variáveis psicológicas resiliência e continuidade do *self*, evidenciando a importância das mesmas como preditores de existência de perturbação aditiva. Para além das variáveis psicológicas, complementa-se que determinadas variáveis sociodemográficas, podem exercer influência na adição de substâncias psicoativas.

Determinados eventos de vida, assim como um grau de *stress* elevado, podem influenciar e motivar fortemente o indivíduo na decisão de consumir substâncias psicoativas, evidenciando a importância de um bom nível de resiliência que objete essa mesma tendência.

O consumo e dependência de substâncias psicoativas representam um importante encargo para indivíduos e sociedade tendo repercussões que originam mazelas físicas e mentais, fragilizando não só o adito mas também todos os que o rodeiam, traduzindo-se em consequências biopsicossociais da sociedade.

Conclui-se reforçando a importância da prevenção primária ao nível da promoção de competências de resiliência, nas fases precoces do desenvolvimento humano por forma a superar futuras adversidades suscetíveis de consumo.

Referências

- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ariely, D., & Wertenbroch, K. (2002). Procrastination, deadlines, and performance: Self-control by precommitment. *Psychological Science, 13*(3), 219-224. doi: 10.1111/1467-9280.00441
- Atkinson, P., Martin, C., & Rankin, J. (2009). Resilience revisited. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 16*(2), 137-145. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01341.x
- Baltieri, D. A., Strain, E. C, Dias, J. C., Scivoletto, S., Malbergier, A., Nicastrí, S., Jerônimo, C., & Andrade, A. G. (2004). Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. *Brazilian Journal of Psychiatry, 26*(4), 259-269. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000400011>
- Bartels, D., & Urminsky, O. (2011). On intertemporal selfishness: How the perceived instability of identity underlies impatient consumption. *Journal Of Consumer Research, 38*(1), 182-198. doi: 10.1086/658339
- Beauvais, F., & Oetting, E. R. (1999). Drug use, resilience, and the myth of golden child. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Klumer Academic / Plenum Publishers (pp. 101-107).
- Bechelli, L., & Santos, M. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Rev Latino-Am Enfermagem, 10*(3), 383-391.

- Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing, 14*, 33-55.
- Blouin-Hudon, E., & Pychyl, T. (2015). Experiencing the temporally extended self: Initial support for the role of affective states, vivid mental imagery, and future self-continuity in the prediction of academic procrastination. *Personality And Individual Differences, 86*, 50-56. doi: 10.1016/j.paid.2015.06.003
- Bourdieu, P. (2003). *A dominação masculina* (pp. 21-50). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brassai, L., Piko, B., & Steger, M. (2010). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health?. *International Journal Of Behavioral Medicine, 18*(1), 44-51. doi: 10.1007/s12529-010-9089-6
- Brewer C. (1974) Alcoholic brain damage: Implications for sentencing policy (with a note on the air-encephalogram) *Medicine, Science, and the Law*;14:40–43
- Broekaert E., Vandavelde S., Soyez V., Yates R., & Slater A. (2006). The Third Generation of Therapeutic Communities: The Early Development of the TC for Addictions in Europe. *Eur Addict Res*;12:1-11. doi: 10.1159/000088577
- Brook JS, Brook DW, Richter L, Whiteman M. (2002). Risk and protective factors of adolescent drug use: implications for prevention programs. In: Sloboda Z & Bukoski WJ. *Handbook of drug abuse prevention – theory, science and practice*. New York: Kluwer / Plenum;

Burns L., Teesson M., O'Neill K. (2005). The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction* 100:787–96.

Center for Substance Abuse Treatment. (1999). *Brief interventions and brief therapies for substance abuse* (pp. 105-121). Rockville.

Chandler, M. (2000). Surviving time: the persistence of identity in this culture and that. *Culture & Psychology*, 6, 209-231.

Chandler, M. J., Lalonde, C. E., Sokol, B. W., & Hallett, D. (2003). Personal persistence, identity development, and suicide: A study of native and non-native north american adolescents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 68, 1.

Chandler, M., Lalonde, C., & Teucher, U. (2004). Culture, continuity and the limits of narrativity: A comparison of the self-narratives of native and non-native youth. In C.Daiute & C.Lightfoot (Eds.), *Narrative Analysis: Studying the Development of Individuals in Society* (pp. 245-265). New York: Sage.

Chiapetti, N., & Serbena, C. A. (2007). Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma Universidade de Curitiba. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 303-313.

Cicchetti D1, Blender J. A. (2006). A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Dec;1094:248-58

Cicchetti, D., & Cohen, D. (2006). *Developmental psychopathology* (pp. 739-767). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.

Costa, P., & McCrae, R. (2006). Age changes in personality and their origins: Comment on Roberts, Walton, and Viechtbauer (2006). *Psychological Bulletin*, 132(1), 26-28. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.26

Cunha, P. J., & Novaes, M. A. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26(Suppl. 1), 23-27. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500007>

Dallman, M.F., Pecoraro, N.C., & Fleur, S.E. (2005). Chronic stress and comfort foods: self-medication and abdominal obesity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 19, 275-280.

Deep, N. G., Carvalho A. F., & Leal, I. P., (2012). Adaptação da “The Resilience Scale” para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*, 23(2), 417-433. Epub July 17, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642012005000008>

Dessen, M., & Polonia, A., (2007). A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 17(36), 21-32.

Detar, D. T. (2011). Understanding the disease of addiction. *Primary Care*, 38(1), 1–7, v. <http://doi.org/10.1016/j.pop.2010.11.001>

Development and psychometric evaluation of the resilience scale. (1993). *Journal Of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Dias, P. (2008). *Determinantes sociais e comportamentais do consumo de álcool*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Dillon D. G., Holmes J., Birk J. L., Brooks N., Lyons R. K. & Pizzagalli D. (2009). Childhood adversity is associated with left basal ganglia dysfunction during reward anticipation in adulthood. *Biol. Psychiatry*; 66(3): 206–213.

Edwards G., Marshall E.J., Cook C.C.H., (2004). *The treatment of drinking problems – a guide for the helping professions*. London: Cambridge

Enoch M. A., Steer C. D., Newman T. K., Gibson N. & Goldman D. (2010a). The impact of early life stress, MAOA, and gene-environment interaction on behavioral disinhibition in pre-pubertal children. *Genes Brain Behav.*;9:65–74

Erik Erikson (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: W.W. Norton & Company

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, (2014). *Residential treatment for drug use in Europe*, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Evren C, Cınar O, Evren B, Ulku M, Karabulut V& Umut G.(2013) The mediator roles of trait anxiety, hostility, and impulsivity in the association between childhood trauma and dissociation in male substance-dependent inpatients. *Compr. Psychiatry*; 54(2): 158–166.

Ferro, L., & Meneses-Gaya, C. (2015). Resiliência como fator protetor no consumo de drogas entre universitários. *Saúde E Pesquisa*, 8, 139-149.

Gerhant, A. & Olajosy (2016) Personality traits in alcohol-dependent individuals in the context of childhood abuse. *Psychiatr Pol.* Oct 31;50(5):973-987

Gomes, L. (2012). *Etiologia das Toxicodependências no Sexo Masculino: Pesquisa de Factores Genéticos* (Mestrado). Universidade de Coimbra.

Hershfield, H., Garton, M., Ballard, K., Larkin, G., & Knutson, B. (2009). Don't stop thinking about tomorrow: Individual differences in future self-continuity account for saving. *Judgment And Decision Making*, 4(4), 280-286.

Lay, C., & Silverman, S. (1996). Trait procrastination, anxiety, and dilatory behavior. *Personality And Individual Differences*, 21(1), 61-67. doi: 10.1016/0191-8869(96)00038-4

Leonhard, C., Mulvey, K., Gastfriend, D. R. & Shwartz, M. (2000). Addiction Severity Index: A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(2), 129-135.

Leweke, F. M., & Koethe, D. (2008). Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction Biology*, 13(2), 264-275

Locke, J. (2015). *An Essay Concerning Human Understanding*. Wordsworth Editions Ltd.

Lopes, A., & Rezende, M. (2013). Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. *Estudos De Psicologia (Campinas)*, 30(1), 49-56. doi: 10.1590/s0103-166x2013000100006

Luthar S. S., Cicchetti D., Becker B. A. (2000). construção da resiliência: uma avaliação crítica e diretrizes para trabalhos futuros . *Criança Dev*; 71 : 543–62

Maciel, M. J. N. & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5, 43-54.

Minnesota Department of Human Services. Alcohol and Drug Abuse Division. (2013).

Minnesota's Model of Care for Substance Use Disorder. Retrieved from <https://edocs.dhs.state.mn.us/lfsrserver/Public/DHS-6706-ENG>

Montgomery, D. C., Peck, E. A., Vining, G. G.(2006). *Introduction to linear regression analysis*. John, Wiley and Sons, Inc., New York, 612p.

Montvilo, R. K.(2012). *Salam Health: Addictions and Substance Abuse*. Salem Press

Moreira, A., Vóvio, C., & Micheli, D. (2015). Prevenção ao consumo abusivo de drogas na escola: desafios e possibilidades para a atuação do educador. *Educação E Pesquisa*, 41(1), 119-135. doi: 10.1590/s1517-97022015011670

National Institute on Drug Abuse. (2012). *Understanding Drug Abuse and Addiction*, (November), 1–3.

Nunes, L. (2018). *Análise biográfica, do estilo de vinculação e da personalidade, em indivíduos com história de abuso de substâncias e condutas delinquentes*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10284/1522>

Occhini, M., & Teixeira, M. (2006). Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos De Psicologia (Natal)*, 11(2), 229-236.

doi: 10.1590/s1413-294x2006000200012

Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoactivas : resumo*. (pp. 12-24). Genebra.

Pedroso Lima, M., & Simões, A. (2012). A teoria dos cinco factores: Uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico?. *Análise Psicológica*, 18(2), 171-179. doi: 10.14417/ap.412

Pesce, R., Assis, S., Avanci, J., Santos, N., Malaquias, J. & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação Transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 436-448.

Reppold C.T. , Mayer J.C., Almeida L.S., Hutz (2012). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2)

Resnick M.D. (2000), Resilience and protective factors in the lives of adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27 (1) , pp.1-2.

Rocha, J., & Rocha, J. (2010). Aspectos de personalidade observados em uma amostra de indivíduos usuários de drogas por meio do teste Wartegg. *Revista Saúde*, 4(2).

Romer Thomsen, K., Callesen, M., Hesse, M., Kvamme, T., Pedersen, M., Pedersen, M., & Voon, V. (2018). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal Of Behavioral Addictions*, 7(2), 317-330. doi: 10.1556/2006.7.2018.22

Rosenberg, K., & Feder, L. (2014). *Behavioral addictions*. London: Academic Press.

- Sadeh, N., & Karniol, R. (2012). The sense of self-continuity as a resource in adaptive coping with job loss. *Journal Of Vocational Behavior*, 80(1), 93-99. doi: 10.1016/j.jvb.2011.04.009
- Salgado, J. V., Malloy-Diniz, L. F., Campos, V. R., Abrantes, S. S. C., Fuentes, D., Bechara, A., & Correa, H. (2009). Neuropsychological assessment of impulsive behavior in abstinent alcohol-dependent subjects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 4-9.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2018). *Sinopse estatística 2016 – Substâncias Ilícitas*.
- Shen, Y., Wang, E., Wang, X., & Lou, M. (2012). Disrupted integrity of white matter in heroin-addicted subjects at different abstinent time. *Journal Of Addiction Medicine*, 6(2), 172-176. doi: 10.1097/adm.0b013e318252db94
- SICAD: Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação (2015). *Relatório anual 2014 - A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*.
- Silva, M., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, 13(26), 147-156.
- Sinha, R. (2008). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343–359. doi: 10.1007/s002130100917
- Sirikantraporn, S., Mateu-Gelabert, P., Friedman, S., Sandoval, M., & Torruella, R. (2012). Resilience among IDUS: planning strategies to help injection drug users to protect

- themselves and others from HIV/HCV infections. *Substance Use & Misuse*, 47(10), 1125-1133. doi: 10.3109/10826084.2012.682324
- Tavares, M., Araújo, A., Silva, J., & Sousa, L. (2002). Drogas de abuso - o discurso da biologia. *Revista Dependências*, 8(2), 3-15.
- Velleman, R., & Templetonl, L. (2007). Substance misuse by children and young people: the role of the family and implications for intervention and prevention. *Paediatrics And Child Health*, 17(1), 25-30. doi: 10.1016/j.paed.2006.12.002
- Venkatesh, V., Brown, S. A., & Bala, H. (2013). Bridging the qualitative-quantitative divide: guidelines for conducting mixed methods research in information systems. *Management Information Systems Quarterly*, 37(1), 21-54.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas*, 1(2), 165-78.
- Werner, E. E. (2005). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies?, *Handbook of resilience in children*, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers (pp. 91-105)..
- Witkiewitz, K., Votaw, V., Vowles, K., & Kranzler, H. (2002). Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: rationale and methods. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 27(7), 1107-1122. doi: 10.1097/00000374-200307000-00011

Wingo, A., Ressler, K., & Bradley, B. (2014). Resilience characteristics mitigate tendency for harmful alcohol and illicit drug use in adults with a history of childhood abuse: A cross-sectional study of 2024 inner-city men and women. *Journal Of Psychiatric Research*, 51, 93-99. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.01.007

World Health Organization (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*, Geneva.

Yunes, M. A. M. (2001). A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda. Tese de doutorado-não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICES

LISTA DE APÊNDICES

- Apêndice A** - Consentimento Informado
- Apêndice B** - Questionário Sociodemográfico - Adições
- Apêndice C** - Questionário Sociodemográfico – Sem Adições
- Apêndice D** - Escala Resiliência
- Apêndice E** - Escala Continuidade do *Self*

APÊNDICE A

Consentimento informado



Formulário de consentimento informado

Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica

Autora: Ana Catarina Torgal Martins

(Aluna do Mestrado em Psicologia Clínica na Universidade Lusíada de Lisboa)

O trabalho de investigação, intitulado **“Aspetos positivos da personalidade do dependente químico e/ou alcoólico, que possam ser mais-valias terapêuticas”**, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Lusíada de Lisboa e sendo o mesmo orientado pela Prof.^a Doutora Túlia Rute Maia Cabrita. Este estudo, tem como principal objetivo identificar e compreender os aspetos positivos da personalidade de indivíduos com dependência de substâncias químicas e/ou álcool, que possam ser mais-valias terapêuticas, tendo em vista o alargamento dos conhecimentos nesta área, bem como, ponderar formas de intervenção adequadas às necessidades.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efetuadas através de um questionário sociodemográfico, uma escala de Resiliência e uma escala de Continuidade do *Self*, ambas validadas para a população portuguesa, que visam a obtenção de dados para uma melhor compreensão dos factos.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si. Todas as informações são de âmbito confidencial e não será revelada a terceiros.

Desta forma, declaro que aceito participar nesta investigação.

Rubrica: _____ Data: ___/___/___

APÊNDICE B

Questionário Sociodemográfico – Adições

Universidade Lusíada de Lisboa - Mestrado em Psicologia Clínica



PEDE-SE A SUA COLABORAÇÃO NESTA INVESTIGAÇÃO QUE ESTÁ A SER REALIZADA.

Pretende-se identificar e compreender determinados aspetos positivos da personalidade de indivíduos com doença aditiva, que possam ser mais-valias terapêuticas.

Os dados recolhidos destinam-se a procedimentos meramente estatísticos, tendo em vista o alargamento dos conhecimentos nesta área, bem como, ponderar formas de intervenção adequadas às necessidades. Os dados serão recolhidos através deste protocolo.

A sua colaboração é fundamental. Sinta-se livre de aceitar ou recusar participar no estudo. Todos os dados por si fornecidos são confidenciais.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas lhe é pedido que responda a todas as questões apresentadas com a máxima sinceridade possível.

Muito obrigada pela sua colaboração.

1. Género Feminino
Masculino

2. Idade _____

3. Estado Civil
Solteiro(a)
União de Facto
Casado(a)
Separado(a)
Divorciado(a)
Viúvo(a)

4. Pessoa com quem coabita
Sozinho(a)
Cônjuge
Cônjuge e Filhos
Filhos
Pais
Outros

5. Nível de escolaridade
Não sabe ler nem escrever
Não completou o Ensino Básico
Ensino Básico
Ensino Secundário
Bacharel/Licenciatura
Mestrado
Doutoramento

6. Situação profissional
Empregado(a) por conta própria
Empregado(a) por conta de outrem
Desempregado(a)
Reformado(a)
Outra _____

7. Alguma vez consumiu alguma destas substâncias
Álcool
Haxixe
Sedativos
Analgésicos
Cocaína
Alucinógenos (LSD, mescalina)
Heroína
Outra
Nenhuma

8. Qual era a frequência dos consumos
Uma vez/dia
Mais de uma vez/dia
2 a 4 vezes por semana
Semanalmente
Mensalmente ou esporadicamente
Nunca

História/Padrões de consumo de substâncias

9. Idade do início do consumo de substâncias

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Antes dos 10 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre os 11 e os 15 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre os 16 e os 20 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre os 21 e os 25 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre os 26 e os 30 anos | <input type="checkbox"/> |
| Depois dos 30 anos | <input type="checkbox"/> |

10. Qual a primeira substância que consumiu

| | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Álcool | <input type="checkbox"/> |
| Haxixe | <input type="checkbox"/> |
| Anfetaminas | <input type="checkbox"/> |
| Cocaína | <input type="checkbox"/> |
| Crack | <input type="checkbox"/> |
| Alucinógenos (LSD, mescalina) | <input type="checkbox"/> |
| Heroína | <input type="checkbox"/> |
| Outra _____ | <input type="checkbox"/> |

11. Qual a duração do período de consumo regular

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Entre 2 a 5 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre 5 a 10 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre 10 a 15 anos | <input type="checkbox"/> |
| Entre 15 a 20 anos | <input type="checkbox"/> |
| Mais de 20 anos | <input type="checkbox"/> |

12. Ao longo do período de consumo, qual a substância consumida com maior regularidade

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Álcool | <input type="checkbox"/> | Sedativos | <input type="checkbox"/> |
| Haxixe | <input type="checkbox"/> | Analgésicos | <input type="checkbox"/> |
| Anfetaminas | <input type="checkbox"/> | Outra _____ | |
| Cocaína | <input type="checkbox"/> | | |
| Crack (cocaína cozida) | <input type="checkbox"/> | | |
| Alucinógenos (LSD, mescalina) | <input type="checkbox"/> | | |
| Heroína | <input type="checkbox"/> | | |

13. Diga qual a frequência com que consumia

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Uma vez/dia | <input type="checkbox"/> |
| Mais de uma vez/dia | <input type="checkbox"/> |
| 4 vezes por semana | <input type="checkbox"/> |
| Semanalmente | <input type="checkbox"/> |
| Mensalmente ou esporadicamente | <input type="checkbox"/> |

14. Há quanto tempo se encontra em abstinência (se for esse o caso): _____

15. Quantos tratamentos de reabilitação realizou?

| | | | |
|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Nenhum | <input type="checkbox"/> | Entre 3 a 6 | <input type="checkbox"/> |
| Entre 1 a 3 | <input type="checkbox"/> | Mais de 6 | <input type="checkbox"/> |

Obrigada

APÊNDICE C

Questionário Sociodemográfico – Sem Adições

Universidade Lusiana de Lisboa - Mestrado em Psicologia Clínica



PEDE-SE A SUA COLABORAÇÃO NESTA INVESTIGAÇÃO QUE ESTÁ A SER REALIZADA.

Pretende-se identificar e compreender determinados aspetos positivos da personalidade de indivíduos com doença aditiva, que possam ser mais-valias terapêuticas.

Os dados recolhidos destinam-se a procedimentos meramente estatísticos, tendo em vista o alargamento dos conhecimentos nesta área, bem como, ponderar formas de intervenção adequadas às necessidades. Os dados serão recolhidos através deste protocolo.

A sua colaboração é fundamental. Sinta-se livre de aceitar ou recusar participar no estudo. Todos os dados por si fornecidos são confidenciais.

Não existem respostas certas ou erradas, apenas lhe é pedido que responda a todas as questões apresentadas com a máxima sinceridade possível.

Muito obrigada pela sua colaboração.

1. Género Feminino
Masculino

2. Idade _____

3. Estado Civil

Solteiro(a)
União de Facto
Casado(a)
Separado(a)
Divorciado(a)
Viúvo(a)

4. Pessoa com quem coabita

Sozinho(a)
Cônjuge
Cônjuge e Filhos
Filhos
Pais
Outros

5. Nível de escolaridade

Não sabe ler nem escrever
Não completou o Ensino Básico
Ensino Básico
Ensino Secundário
Bacharel/Licenciatura
Mestrado
Doutoramento

6. Situação profissional

Empregado(a) por conta própria
Empregado(a) por conta de outrem
Desempregado(a)
Reformado(a)
Outra _____

7. Alguma vez consumiu alguma destas substâncias

Álcool
Haxixe
Sedativos
Analgésicos
Cocaína
Alucinógenos (LSD, mescalina)
Heroína
Outra
Nenhuma

8. Qual era a frequência dos consumos

Uma vez/dia
Mais de uma vez/dia
2 a 4 vezes por semana
Semanalmente
Mensalmente ou esporadicamente
Nunca

APÊNDICE D
Escala Resiliência



Por favor leia cada item, veja como se sente a respeito dele, e assinale com uma cruz, aquela que lhe parece ser a melhor resposta.

| | Discordo totalmente | Discordo | Discordo ligeiramente | Nem concordo, nem discordo | Concordo ligeiramente | Concordo | Concordo totalmente |
|--|---------------------|----------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|----------|---------------------|
| 1. Quando faço planos, levo-os até ao fim. | | | | | | | |
| 2. Eu normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objetivos. | | | | | | | |
| 3. Sou capaz de depender de mim próprio mais do que de qualquer outra pessoa. | | | | | | | |
| 4. Manter-me interessado nas atividades do dia-a-dia é importante para mim. | | | | | | | |
| 5. Posso estar por conta própria se for preciso. | | | | | | | |
| 6. Sinto-me orgulhoso por ter alcançado objetivos na minha vida. | | | | | | | |
| 7. Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo. | | | | | | | |
| 8. Sou amigo de mim próprio. | | | | | | | |
| 9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo. | | | | | | | |
| 10. Sou determinado. | | | | | | | |
| 11. Raramente me questiono se a vida tem sentido. | | | | | | | |
| 12. Vivo um dia de cada vez. | | | | | | | |
| 13. Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes. | | | | | | | |
| 14. Tenho autodisciplina. | | | | | | | |
| 15. Mantenho-me interessado nas coisas. | | | | | | | |
| 16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir. | | | | | | | |
| 17. A confiança em mim próprio ajuda-me a lidar com tempos difíceis. | | | | | | | |
| 18. Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar. | | | | | | | |
| 19. Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas. | | | | | | | |
| 20. As vezes obrigo-me a fazer coisas que queira que não. | | | | | | | |
| 21. A minha vida tem sentido. | | | | | | | |
| 22. Eu não fico obcecado com coisas que não posso resolver. | | | | | | | |
| 23. Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução. | | | | | | | |
| 24. Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito. | | | | | | | |
| 25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim. | | | | | | | |

APÊNDICE E

Escala Continuidade Self



1. Por favor indique até que ponto são verdade para si as seguintes afirmações, tendo em conta o seu crescimento até hoje.

| | Discordo Totalmente | Discordo | Não Concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Com o tempo tornei-me uma pessoa completamente diferente. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Por fora eu mudo, mas por dentro sou o mesmo. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Eu mudo mais, do que continuo o mesmo. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Quem fui no passado não tem nada em comum com quem sou agora. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Eu continuei o mesmo, mais do que mudei. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. De dia para dia, sou uma pessoa diferente. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 7. Sou a mesma pessoa hoje que era há 5 anos atrás. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 8. Quando for mais velho, serei a mesma pessoa que sou hoje. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 9. Eu posso parecer diferente ao longo do tempo, mas por dentro continuo o mesmo. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 10. Daqui a 5 anos continuarei a mesma pessoa de hoje. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 11. Quando penso no meu futuro vejo-o em branco. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 12. Independentemente de tudo serei sempre a mesma pessoa. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 13. Não consigo encontrar um padrão na minha vida. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |